

ARTICULO ORIGINAL

Caracterización del Síndrome de Guillain-Barre en las Unidades de Cuidados Intensivos entre 1996 – 2017

- Characterization of Guillain-Barre Syndrome in Intensive Care Units between 1996 – 2017
- Caracterização da Síndrome de Guillain-Barré em Unidades de Terapia Intensiva entre 1996 e 2017

Efren Santana Castillo¹

ORCID: 0009-0002-7760-8658

Javier Vicente Sánchez

López²

ORCID: 0000-0002-5421-4210

Esther Maragoto Pérez¹

ORCID: 0009-0003-8113-777X

Emmanuel Zayas Fundora²

ORCID: 0000-0002-3830-358X

1-Centro Internacional de Restauración Neurológica. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón". Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

2-Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Rafael Estrada González". Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo". Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

Resumen

Introducción: El Síndrome de Guillain-Barré es una polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda, inflamatoria, afebril, de carácter monofásico, de base inmunológica, que se presenta a cualquier edad, potencialmente reversible. El objetivo de esta investigación es describir el comportamiento clínico del Síndrome de Guillain-Barré en las Unidades de Cuidados Intensivos en instituciones de La Habana entre 1996-2017.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en las Unidades de Cuidados Intensivos en Instituciones de La Habana entre 1996-2017. El universo estuvo constituido por 124 pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos que cumplieron los criterios de inclusión.

Resultados: Predominaron los pacientes con edades entre los 40 y los 59 años (48,38%), del sexo femenino, de color de piel blanca con antecedentes de procesos infecciosos respiratorios los cuales fueron referidos por el 50% de los pacientes. La forma de presentación más frecuente fue la variante clásica en el 69,35% de los pacientes. Las complicaciones fueron la disautonomía 24,19% y la sepsis respiratoria 32,26%. La evolución clínica fue favorable en el 95,16% de los casos y todos recibieron tratamiento con inmunoglobulinas (Intacglobin).

Conclusiones: Los hallazgos de la variable edad y género coincidieron con las características típicas de la enfermedad. La etiología y forma clínica de presentación también tuvieron un comportamiento similar a los parámetros demográficos, lo que no ocurrió con el tipo de complicación más frecuente. No obstante, los pacientes evolucionaron favorablemente, por el adecuado tratamiento empleado.

Palabras clave: Síndrome de Guillain-Barre, polirradiculoneuropatía aguda inflamatoria desmielinizante, Miller Fisher, Intacglobin.

Abstract

Introduction: Guillain-Barré Syndrome is an acute, inflammatory, afebrile, monophasic, immunologically based demyelinating polyradiculoneuropathy that occurs at any age and is potentially reversible. The objective of this research is to describe the clinical behavior of Guillain-Barré Syndrome in Intensive Care Units in institutions in Havana between 1996-2017.

Methods: An observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study was conducted in Intensive Care Units in Institutions in Havana between 1996-2017. The universe consisted of 124 patients admitted to intensive care units who met the inclusion criteria.

Results: Patients between 40 and 59 years of age (48.38%) were predominantly female, white-skinned, and had a history of respiratory infections, which were reported by 50% of the patients. The most frequent form of presentation was the classic variant in 69.35% of the patients. Complications were dysautonomia in 24.19% and respiratory sepsis in 32.26%. The clinical

evolution was favorable in 95.16% of the cases and all received treatment with immunoglobulins (Intacglobin).

Conclusions: The findings of the age and gender variables coincided with the typical characteristics of the disease. The etiology and clinical form of presentation also had a similar behavior to the demographic parameters, which did not occur with the most frequent type of complication. However, the patients evolved favorably, due to the appropriate treatment used.

Key words: Guillain-Barre syndrome, acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy, Miller Fisher, Intacglobin.

Resumo

Introdução: A síndrome de Guillain-Barré é uma polirradiculoneuropatia desmielinizante aguda, inflamatória, afebril, monofásica, de base imunológica, que se apresenta em qualquer idade e é potencialmente reversível. O objetivo deste estudo é descrever o comportamento clínico da síndrome de Guillain-Barré em unidades de terapia intensiva de instituições de Havana entre 1996 e 2017.

Metodologia: Foi realizado um estudo observacional, descritivo, transversal e retrospectivo em unidades de terapia intensiva de instituições de Havana entre 1996 e 2017. A amostra foi composta por 124 pacientes internados em unidades de terapia intensiva que atenderam aos critérios de inclusão.

Resultados: Predominaram pacientes com idade entre 40 e 59 anos (48,38%), do sexo feminino, de cor branca e com histórico de infecções respiratórias, relatadas por 50% dos pacientes. A apresentação mais comum foi a variante clássica, presente em 69,35% dos pacientes. As complicações foram disautonomia em 24,19% e sepse respiratória em 32,26%. A evolução clínica foi favorável em 95,16% dos casos, e todos receberam tratamento com imunoglobulina (Intacglobin).

Conclusões: Os achados para idade e sexo foram consistentes com as características típicas da doença. A etiologia e a apresentação clínica também se comportaram de forma semelhante aos parâmetros demográficos, o que não ocorreu com o tipo de complicação mais comum. No entanto, os pacientes evoluíram favoravelmente devido ao tratamento adequado.

Palavras-chave: Síndrome de Guillain-Barré, polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda, Miller Fisher, Intacglobin.

Recibido: 19/11/2024 - **Aceptado:** 10/05/2025

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Rafael Estrada González". Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo". Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

Correspondencia. E-mail: emmanuelzayascuba@gmail.com

Introducción

El Síndrome de Landry-Guillain-Barré-Strohl o Síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda desmielinizante que constituye la causa más frecuente de parálisis flácida aguda generalizada en el mundo. Es un trastorno autoinmune que afecta al sistema nervioso periférico. ^(1,2)

El SGB es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda desmielinizante (AIDP), afebril, de carácter monofásico que se presenta a cualquier edad, potencialmente reversible, pero que en sus formas graves puede llevar a la muerte y se caracteriza por un déficit motor que progresa en pocos días. En la actualidad se considera que el SGB produce una afectación de base inmunológica. ^(3,4)

Aproximadamente dos tercios de los casos con SGB presentan como antecedente una infección de las vías respiratorias o del tracto gastrointestinal, a partir de la cual generalmente transcurre de 7 a 30 días entre el proceso que se cree causal y el comienzo de los síntomas. Las infecciones por *Campylobacter* Jejuni, Cytomegalovirus, virus de Epstein Barr, *Mycoplasma pneumoniae*, virus de la hepatitis, herpes simple, virus del Dengue, virus del zica, VIH y COVID-19 son las más asociadas al desarrollo de este síndrome. ^(5,6)

Inicialmente, la enfermedad era atribuible solamente a una causa infecciosa previa, pero actualmente se conoce que es una enfermedad autoinmune. Se ha comunicado que existe similitud molecular entre algunas estructuras del agente infeccioso y epítopes de los nervios periféricos; la respuesta inmune contra la infección inicial es mediada fundamentalmente por anticuerpos. ⁽⁷⁾

El SGB se manifiesta como un cuadro de parálisis motora arrefléxica de evolución rápida, con o sin alteraciones sensitivas. El modelo más habitual es el de la “parálisis ascendente de Landry” que el paciente nota al principio como un acorchamiento de las piernas. Característicamente, la debilidad evoluciona en un lapso de horas a pocos días, y a menudo se acompaña de disestesias con hormigueos en las extremidades. Las piernas son afectadas con mayor intensidad que los brazos y en el 50% de los pacientes se observa paresia facial. Los nervios craneales más afectados son el VII, V, X, y XI nervio craneal. ⁽⁸⁾

Un paciente con SGB requiere su ingreso en una UCI dada la gravedad y rapidez con que puede evolucionar el cuadro de no tratarse adecuadamente en tiempo. Es considerada una urgencia neurológica, ya que la evolución puede llegar a ser rápida y fulminante. ⁽⁹⁾ Actualmente el tratamiento específico de primera opción es el uso de Intacglobin (inmunoglobulinas A) a altas dosis. También se emplea como segunda opción la plasmaféresis. Igualmente, el tratamiento de betametasona intratecal es recomendado por algunos autores. ⁽⁶⁾

En Cuba la enfermedad se manifiesta de manera muy similar, y se notifica una tasa de incidencia de 0,8 por cada 100 000 personas. ⁽⁹⁾ Puede afectar prácticamente a cualquier persona, de cualquier edad y sexo por lo que su conocimiento se hace imprescindible no solo por el Especialista en Neurología, sino también por el Médico General Integral, dada la urgencia y gravedad del cuadro.

Por tal motivo, los autores de esta investigación se plantearon como objetivo determinar el comportamiento clínico del Síndrome de Guillain-Barré en pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos en instituciones de La Habana entre 1996-2017.

Metodología

1) Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en las Unidades de Cuidados Intensivos del Instituto de Neurología y Neurocirugía, del Hospital Clínico Quirúrgico General Calixto García y del Hospital Clínico Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo en el período comprendido entre 1996-2017.

2) Población

El universo estuvo constituido por 124 pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos que cumplieron los criterios de inclusión: pacientes con cuadro clínico de Polirradiculoneuropatía con debilidad de instalación aguda y progresiva confirmada por examen físico. Con ausencia o disminución de reflejos osteotendinosos, (Polirradiculoneuropatía aguda).

3) Procedimiento

La información se obtuvo a partir de la revisión de las historias clínicas, en la que incluyó parámetros demográficos, antecedentes de infección previa, variantes clínicas de la enfermedad, evolución clínica, complicaciones y tratamiento recibido.

4) Variables estudiadas

Se estudiaron las variables: Grupos de edad, Sexo, Color de la piel, Factores desencadenantes, Variantes clínicas, Complicaciones, Evolución Clínica, Tratamiento con Intacglobin y Tratamiento con ventilación mecánica.

5) Análisis estadístico

El procesamiento de la información se realizó de forma automatizada y se presentó en tablas para su mejor análisis e interpretación. Se utilizó el programa Microsoft Office Excel para Windows, versión 2016, para la confección de la base de datos y el análisis y procesamiento de la información. Se utilizó el paquete estadístico Microstat para procesar toda la información.

6) Aspectos bioéticos

En la investigación se preservó en todo momento la confidencialidad de la información adquirida mediante las historias clínicas para contribuir a la privacidad del paciente, el cual tras consentimiento previo accede al uso de sus datos derivados de historia clínica y modelo de recolección de información, los cuales fueron utilizados solamente con fines académicos e investigativos.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan las características epidemiológicas. El grupo de edad más afectado fue el de 40 a 59 años en un 48,38 %, el sexo femenino predominó en el universo estudiado con un 58,06 % y los pacientes de color de piel blanca fueron los que con frecuencia tuvieron esta enfermedad.

Distribución	Número	Por ciento
Grupo de edades		
20 a 39 años	24	19,35
40 a 59 años	60	48,38
60 a 79 años	38	30,64
80 años y más	2	1,63
Sexo		
Femenino	72	58,06
Masculino	52	41,94
Color de la piel		
Blanca	74	59,68
Negra	22	17,74
Mestiza	28	22,58

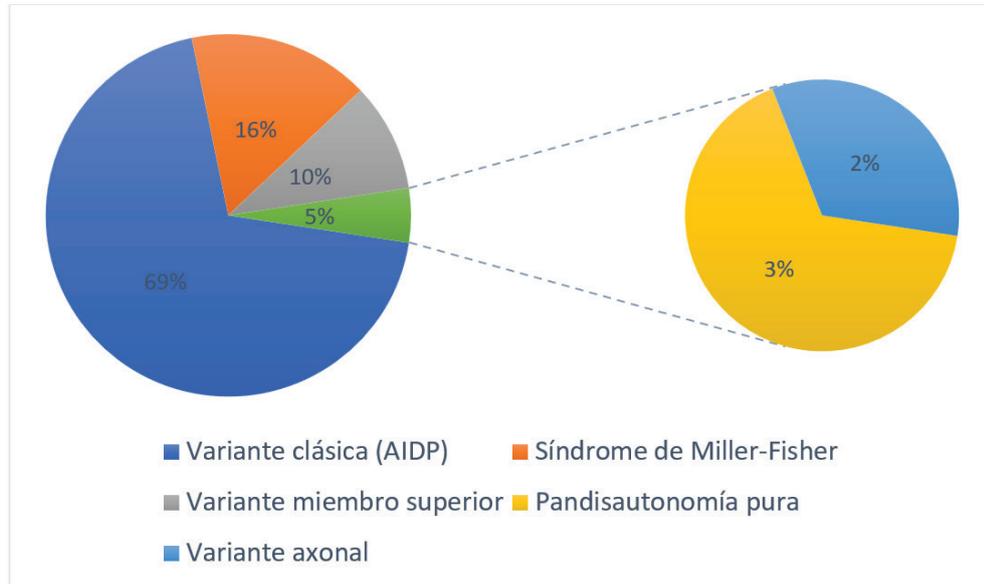
Tabla 1: Distribución de pacientes según características demográficas

Predominaron los pacientes con infecciones respiratorias previas al padecimiento de SGB, siendo el 50 % de los pacientes estudiados, seguidos de aquellos que no refirieron haber padecido de procesos infecciosos previos, mientras que la población restante mencionó como antecedente de infección cuadros gastrointestinales. Tabla 2.

Antecedentes	Número	Por ciento
Proceso infeccioso respiratorio	62	50,0
Proceso infeccioso gástrico	28	22,58
Sin antecedentes	34	27,42
Total	124	100

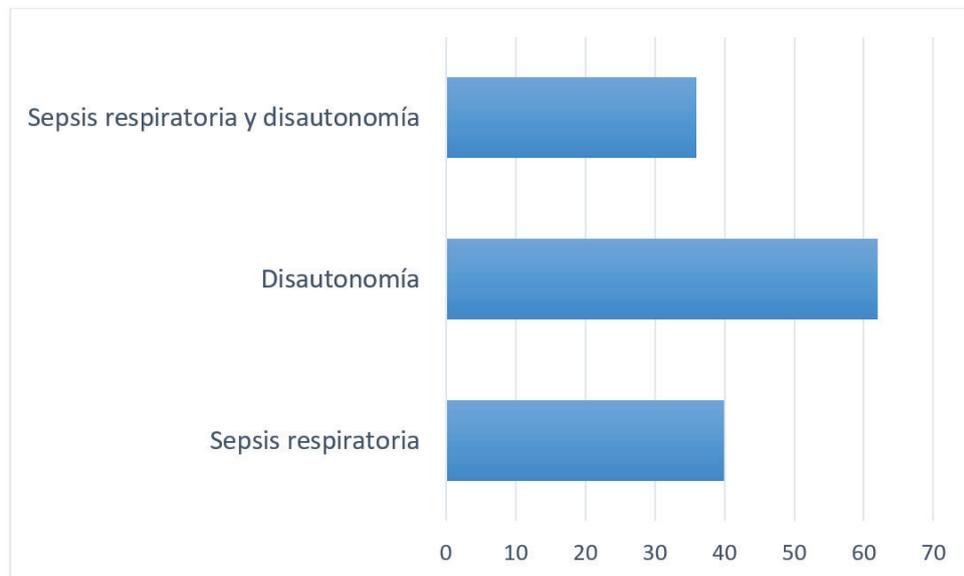
Tabla 2: Distribución de pacientes según factores desencadenantes del Síndrome de Guillain-Barré

En la gráfica 1 se aprecia que la variante clásica fue la forma de presentación más frecuente con un 69,35 % del total estudiado, seguida del síndrome de Miller-Fisher con un 16%.



Gráfica 1: Distribución de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré según formas clínicas de presentación
Abreviatura: AIDP - polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda desmielinizante

En la gráfica 2 se aprecia que la complicación más frecuente fue la disautonomía (62 pacientes), seguida de la sepsis respiratoria (26 pacientes).



Gráfica 2: Distribución de las complicaciones de los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré

En la Tabla 3 se constata que la evolución clínica más frecuente del SGB fue favorable en un 95,16%, la desfavorable un 4,83% y los fallecidos fueron un 3,22% de la muestra estudiada.

Evolución clínica	Número	Por ciento
Favorable	118	95,16
Desfavorable	6	4,83
Fallecidos	4	3,22
Total	124	100

Tabla 3: Evolución clínica de los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré

En la Tabla 4 se muestra que el 100% de los pacientes recibieron tratamiento con medidas generales, intacglobin y vitaminoterapia; mientras que solo 32,26% de los pacientes con SGB necesitaron ventilación artificial.

Tratamiento	Número	Por ciento
Medidas generales	124	100
Ventilación artificial	40	32,26
Intacglobin	124	100
Vitaminoterapia	124	100

Tabla 4: Tratamiento de los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré

Discusión

En un estudio realizado por Montes de Oca y Albert Victorero⁽¹⁰⁾, el grupo etario más afectado fue el de 40 a 59 años de edad. Estos resultados fueron diferentes a los obtenidos por Torriente-Cortina y cols.⁽⁷⁾, donde predominó en mayores de 75 años (28,6% de la población estudiada), mientras que Carrillo-Torres y Peña Ríos⁽¹¹⁾ encontraron que el grupo más afectado fue el de 20 a 40 años.

Esta variedad de resultados expresa que el SGB puede aparecer a cualquier edad, incluidas edades pediátricas,⁽¹²⁾ aunque el pico de la enfermedad ocurre entre los 40 y los 60 años. En este sentido, los datos recogidos en la presente investigación coinciden con lo planteado por estos autores.^(4,5,11,12)

La predominancia según el sexo, es variable. Hay quienes plantean que existe un ligero predominio en el sexo femenino^(10,12,13), mientras que otros lo indican para el sexo masculino^(7,9,10,13,14,15). En nuestro trabajo encontramos que las féminas fueron las más afectadas (58,06 % de la población estudiada). La relación mujer : hombre fue de 1,38 : 1 en nuestro estudio.

En la literatura revisada pocas fuentes determinan la relación entre el SGB y el color de la piel, se encontró que algunos autores refieren un predominio del color de piel blanco dentro de los pacientes con este síndrome neurológico.^(5,15) También, en nuestro trabajo, en la distribución de los pacientes por el color de piel hubo un predominio del color de piel blanca.

En la fisiopatología de este síndrome, es reconocida como causa desencadenante principal, la ocurrencia previa a este cuadro neurológico de procesos infecciosos respiratorios o gastrointestinales^(5, 7,11,15), que en algunos casos llega hasta el 50%. Incluso se reportan casos de SGB con antecedentes previos de infección por dengue⁽¹⁰⁾. Estos hallazgos refuerzan la teoría que plantea la ocurrencia del SGB a partir de un mecanismo inmunopatogénico como el mimetismo molecular. Nuestro trabajo muestra resultados similares con respecto a los desencadenantes del SGB.

La mayoría de la literatura establece que la variante clásica es la más frecuente^(10,12,16), con reportes de hasta el 70% de la variante AIDP⁽¹⁵⁾. Aragonés y cols.⁽¹⁶⁾ han reportado que las variantes axonales son más frecuentes que la variante Miller-Fisher; hecho apoyado por otros trabajos que indican que las variantes axonales representan el 2do lugar de frecuencia.^(12,17)

En la literatura consultada se encontraron pocos datos que recogieran la distribución de las formas clínicas, sobre todo de las variantes atípicas. Esto se debe, a que los principales trabajos sobre el SGB utilizan criterios diagnósticos que las excluyen.⁽¹¹⁾

En el presente trabajo la presentación más frecuente fue la AIDP, seguido de la variante Miller-Fisher con porcentajes similar a otros reportes.

Las complicaciones más frecuentes son la insuficiencia respiratoria aguda y la infección respiratoria vinculada a la ventilación mecánica. Con porcentajes que oscilan entre 25 – 30% han sido reportado por la mayoría de los autores^(7,17,18), aunque en algunos trabajos la misma es mayor llegando al 43% de los casos.⁽¹¹⁾ Es también frecuente la presencia de sepsis respiratoria en los pacientes ventilados.^(17,18)

En nuestro trabajo se encontraron datos similares, un 32,26% de los pacientes presentó insuficiencia respiratoria aguda que conllevó a una intubación mecánica, y posterior sepsis respiratoria.

En cuanto a la disautonomía se describieron en un 50% de los pacientes, dado por bradirritmias, hipotensión arterial y trastornos gastrointestinales.^(17,18) Esta complicación también se observó en nuestra investigación en el 50% de los pacientes.

A diferencia de otros trabajos,^(7,10,11) no se mencionó como complicación el tromboembolismo pulmonar en nuestra investigación ya que no fue recogida esta información. A su vez, no se encontró estudios de concomitancia de la sepsis respiratoria y la disautonomía, ya que los autores lo analizan por separado.^(7, 17, 18)

En cuanto a la evolución clínica, la mortalidad oscila entre 3 al 8% según el trabajo analizado^(7,9,10,11,15), dato concordante con nuestro trabajo donde se encontró un 3%. La recuperación sin secuelas se ha reportado en el 91% de los pacientes.⁽¹⁰⁾

La mortalidad en pacientes con SGB se debe a la ocurrencia de complicaciones respiratorias como insuficiencia aguda, bronconeumonía e infecciones el uso de la ventilación mecánica. Incrementan la mortalidad, las variantes graves como la pandisautonómica, la edad y la ocurrencia de tromboembolismo pulmonar.^(9,10)

Encontramos que los pacientes con evolución desfavorable coincidieron con aquellos pacientes con mayor complicación por disautonomía y que también estuvieron bajo ventilación mecánica, y que coincidieron con las variantes axonales y las pandisautonómica con peor respuesta al tratamiento. A su vez, los cuatro pacientes fallecidos se correspondieron con los cuatro pacientes con la variante pandisautonómica que presentaron además de la disautonomía, sepsis respiratoria.

No existe una prevención primaria para evitar el SGB. El diagnóstico precoz y el rápido tratamiento que incluye la internación en UCI, han mejorado el pronóstico de este síndrome.^(6, 17)

En el tratamiento de los pacientes con SGB el uso de la plasmaféresis y las inmunoglobulinas intravenosas, han demostrado ser eficaces;⁽²⁰⁾ sin embargo, el uso de la plasmaféresis contiene múltiples riesgos como la hipotensión y la sepsis respiratorias. A pesar de ello varios autores refieren su empleo con buenos resultados.^(11,21)

En el presente estudio la totalidad del universo fue tratada con Intacglobin, lo que coincidió con los datos de Torriente Cortina⁽⁷⁾ quienes, sin embargo, refiere que no se empleó vitaminoterapia en los pacientes estudiados, contrario a lo encontrado en esta investigación. Con el uso del Intacglobin la gran mayoría tuvo una evaluación satisfactoria.

No se recogieron datos acerca de la plasmaféresis en este trabajo, elemento que podría considerarse como una limitación del estudio, pues sería de utilidad la realización de futuros estudios donde se comparen los riesgos y ventajas de ambos tratamientos en paciente con padecimiento de SGB.

Conclusiones

En la investigación realizada predominaron los pacientes con edades entre los 40 y 59 años de edad, del sexo femenino y de color de piel blanca. La mayor parte de los pacientes tuvo como factor desencadenante del Síndrome de Guillain-Barre un proceso respiratorio de causa infecciosa, siendo la forma clínica clásica la más frecuente. Las complicaciones más frecuentes fue la disautonomía y la evolución de los pacientes en su mayoría fue favorable. Todos los pacientes recibieron tratamiento con Intacglobin, y vitaminoterapias.

Bibliografía

- 1- Rodríguez García PL, Rodríguez Pupo LR. Semiología neurológica. Trastornos de la motilidad. La Habana: Ciencias Médicas; 2012. pp. 27-85.
- 2- García Álvarez T, García Herrera A, Mazuecos Blanca A, Lancho Novillo C., Síndrome de Guillain-Barré en trasplante renal. Nefrología. 2010; 30(2):260-261.
- 3- Benavides JA, Rodríguez Gerson J. Características clínicas del Síndrome de Guillain Barre Relación al Zika y Chikunguña. Rev Ecuat Neurol. 2020; 27(1):39-41.
- 4- Huaman Saavedra J. Síndrome de Guillain Barre. Rev Medica de Trujillo. 2018;13(2):63-64
- 5- Vallejo Serna R, Cantor González JF, Arce Gálvez L. Síndrome de Guillain Barre asociado a COVID-19: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Neurol Perspect. 2021;1(1):104 – 106.

- 6- Domínguez-Borgúa A, Valenzuela-Plata A, Jiménez-Sánchez JA, Méndez-Chagoya JL, Bailón Becerra A, Nophal Cruz AG. Variante AMAN del síndrome de Guillain-Barré en un paciente de 40 años de edad. *Med Int Méx.* 2014;30(1):489-495.
- 7- Torriente Cortina M, Felipe Barroso AA, Valdivieso Romero JF. Caracterización del síndrome de Guillain-Barré en el Hospital "Julio Trigo López" durante el período 2000-2009 [Internet]. *Rev Cubana Neurol Neurocir.* 2012[acceso: 01/03/2025]; 2(1):3-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3876468.pdf>
- 8- Zuberhuler P, Conti ME, Leon Cejas L, Maximiliano-Gonzalez F, Bonardo P, Miquelini A, et al. Síndrome de Guillain Barre. *Rev Neurol* 2021; 72 (6): 203-212
- 9- Marta-Enguita J, Rubio-Baines I, Gastón-Zubimendi I. Síndrome de Guillain-Barré fatal tras infección por el virus SARS-CoV-2 [Fatal Guillain-Barre syndrome after infection with SARS-CoV-2]. *Neurología.* 2020 May;35(4):265-7. Spanish. doi: 10.1016/j.nrl.2020.04.004.
- 10- Montes de Oca SL, Albert Victorero A. Síndrome de Guillain-Barré. *Rev. Ciencias Médicas.* 2014;18(2):275-283.
- 11- Carrillo Torres JH, Peña Ríos DH. Síndrome de Guillain-Barré en el Hospital General del Estado de Sonora: revisión de casos entre los años 2007 a 2011. *Med Int Mex.* 2013;29(5):458-468.
- 12- Sheikh KA. Guillain-Barré Syndrome. *Continuum (Minneap Minn).* 2020 Oct;26(5):1184-1204. doi: 10.1212/CON.0000000000000929.
- 13- Diaz, L. Características clínicas, paraclínicas y epidemiológicas del síndrome de guillain barré en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017 - 2018 [Tesis].: Universidad Privada San Juan Bautista; 2019. <https://hdl.handle.net/20.500.14308/2097>
- 14- Polo Romero FJ, Sánchez Beteta P, Perona Buendía P, Pérez García AM. Síndrome de Guillain-Barré como forma de presentación de un linfoma no Hodgkin. *Neurología.* 2012;27(8):511-513.
- 15- Shahrizaila N, Lehmann HC, Kuwabara S. Guillain-Barré syndrome. *Lancet.* 2021;397(10280):1214-1228.
- 16- Aragonès JM, Altimiras J, Alonso F, Celedón G, Alfonso S, Roura P, et al. Incidence and clinical characteristics of Guillain-Barré syndrome in Osona (Barcelona, Spain), 2003-2016. *Neurologia (Engl Ed).* 2021 Sep;36(7):525-530. doi: 10.1016/j.nrleng.2018.03.020
- 17- Wang Y, Zhang HL, Wu X, Zhu J. Complications of Guillain-Barré syndrome. *Expert Rev Clin Immunol.* 2016;12(4):439-48. doi: 10.1586/1744666X.2016.1128829.
- 18- Shang P, Zhu M, Baker M, Feng J, Zhou C, Zhang HL. Mechanical ventilation in Guillain-Barré syndrome. *Expert Rev Clin Immunol.* 2020 Nov;16(11):1053-1064. doi: 10.1080/1744666X.2021.1840355.
- 19- Fokke C, van den Berg B, Drenthen J, Walgaard C, van Doorn PA, Jacobs BC. Diagnosis of Guillain-Barré syndrome and validation of Brighton criteria. *Brain.* 2014 Jan;137(Pt 1):33-43. doi: 10.1093/brain/awt285.
- 20- Alva-Díaz C, Mori N, Pacheco-Barríos N, Velásquez-Rimachi V, Rivera-Torrejona O, HuertaRosario CA, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del paciente con síndrome de Guillain-Barré. *Neurol Arg [Internet].* 2020 [citado el 8 abril de 2025]; 12(1):36-48 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-guia-practica-clinica-eldiagnosticoS185300281930069>
- 21- Suárez F E, Ortiz G I, Mogollón J P, Clavijo L, Ortiz P A, Rodríguez Jesús Hernán et al. Minimización de costos: inmunoglobulina IV vs. plasmaféresis en síndrome de Guillain Barré. *Acta Neurol Colomb.* 2016;32(3):184-189.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Nota de contribución autoral

Efren Santana Castillo: conceptualización, curación de datos, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.

Javier Vicente Sánchez López: conceptualización, curación de datos, redacción – borrador original.

Esther Maragoto Pérez: curación de datos, redacción – borrador original.

Emmanuel Zayas Fundora: conceptualización, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.

Nota de referencia autoral

Efren Santana Castillo: Doctor en Medicina. Especialista en Neurología.

Javier Vicente Sánchez López: Doctor en Medicina. Doctor en Ciencias. Especialista en Neurología y Terapia Intensiva.

Esther Maragoto Pérez: Doctor en Medicina. Especialista en Neurología.

Emmanuel Zayas Fundora: Doctor en Medicina. Residente de Neurología

Nota de disponibilidad de datos

Los autores declaran que el conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentran disponibles. Autor de referencia.

Nota del editor

El editor responsable por la publicación del presente artículo es la Dra. Mercedes Perendones.