

recimundo

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento

DOI: 10.26820/recimundo/6.(1).ene.2022.96-103

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1506>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 96-103



Guillan Barré. Síndrome
Guillain barre. syndrome
Barra de Guillain. síndrome

**Juan Manuel Cevallos Pablo¹; Diego Alejandro Vaca Jácome²;
Dayanara Alexandra Ordoñez Calderón³; Eddy Xavier Díaz Recalde⁴**

RECIBIDO: 15/11/2021 **ACEPTADO:** 05/12/2021 **PUBLICADO:** 30/01/2022

1. Médico Cirujano de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí; Investigador Independiente; Manta, Ecuador; jmcp8486l@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7252-0011>
2. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; mddiegoalejandro90@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-2696-7554>
3. Médico de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; dayanara.ordonez94@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3030-3961>
4. Médico de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; dr.eddydiazr@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7717-5437>

CORRESPONDENCIA

Juan Manuel Cevallos Pablo
jmcp8486l@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

El síndrome de Guillain-Barré es una enfermedad rara capaz de presentar complicaciones importantes. Es la causa más frecuente de parálisis flácida a nivel mundial, genera una gran carga neuroinmune y provoca clásicamente polineuropatía aguda desmielinizante de etiología múltiple. Es un trastorno poco común en el cual el sistema inmunológico del cuerpo ataca parte del sistema nervioso periférico, cuyos síntomas incluyen debilidad muscular, entumecimiento, y sensación de hormigueo, que puede aumentar en intensidad hasta que los músculos no pueden utilizarse en absoluto. Este trastorno grave que requiere hospitalización inmediata, porque puede empeorar con rapidez. En consecuencia, cuanto antes se inicie el tratamiento apropiado, mayores serán las probabilidades de un buen resultado. El objetivo fundamental de la presente investigación es el tratamiento del Síndrome de Guillain Barré. La investigación se realizó bajo una metodología de tipo documental bibliográfica, bajo la modalidad de revisión. El tratamiento incluye todos y cada uno de los cuidados que requiere un paciente crítico en una Unidad de Cuidados Intensivos, para el mantenimiento de sus funciones vitales. El tratamiento específico incluye la plasmaféresis y la administración intravenosa de inmunoglobulinas. El inicio temprano del tratamiento permite una mejor evolución, pronóstico y recuperación del paciente.

Palabras clave: Síndrome, Guillain Barré, Tratamiento, Enfermedad, Polineuropatía.

ABSTRACT

Guillain-Barré syndrome is a rare disease capable of presenting important complications. It is the most common cause of flaccid paralysis worldwide, generates a large neuroimmune load and classically causes acute demyelinating polyneuropathy of multiple aetiology. It is a rare disorder in which the immune system attacks part of the peripheral nervous system, the symptoms of which include muscle weakness, numbness, and a tingling sensation, which may increase in intensity until the muscles cannot be used at all. This serious disorder that requires immediate hospitalization, because it can get worse quickly. Consequently, the sooner appropriate treatment is started, the greater the chance of a good outcome. The main objective of this research is the treatment of Guillain Barré Syndrome. The research was carried out under a bibliographic documentary type methodology, under the review modality. The treatment includes each and every one of the care that a critical patient requires in an Intensive Care Unit, for the maintenance of his vital functions. Specific treatment includes plasmapheresis and intravenous administration of immunoglobulins. The early start of treatment allows a better evolution, prognosis and recovery of the patient.

Keywords: Syndrome, Guillain Barré, Treatment, Disease, Polyneuropathy.

RESUMO

A síndrome de Guillain-Barré é uma doença rara capaz de apresentar importantes complicações. É a causa mais comum de paralisia flácida em todo o mundo, gera uma grande carga neuroimune e classicamente causa polineuropatia desmielinizante aguda de etiologia múltipla. É um distúrbio raro em que o sistema imunológico ataca parte do sistema nervoso periférico, cujos sintomas incluem fraqueza muscular, dormência e sensação de formigamento, que pode aumentar de intensidade até que os músculos não possam ser usados. Este transtorno grave que requer hospitalização imediata, pois pode piorar rapidamente. Consequentemente, quanto mais cedo for iniciado o tratamento adequado, maior a chance de um bom resultado. O objetivo principal desta pesquisa é o tratamento da Síndrome de Guillain Barré. A pesquisa foi realizada sob a metodologia do tipo documental bibliográfico, na modalidade revisão. O tratamento inclui todos e cada um dos cuidados que um paciente crítico necessita em uma Unidade de Terapia Intensiva, para a manutenção de suas funções vitais. O tratamento específico inclui plasmaférese e administração intravenosa de imunoglobulinas. O início precoce do tratamento permite uma melhor evolução, prognóstico e recuperação do paciente.

Palavras-chave: Síndrome, Guillain Barré, Tratamento, Doença, Polineuropatia.

Introducción

El síndrome de Guillain-Barré a pesar de ser una enfermedad rara puede presentar complicaciones mortales. Es la causa más frecuente de parálisis flácida a nivel mundial, genera una gran carga neuroinmune y provoca clásicamente polineuropatía aguda desmielinizante de etiología múltiple. (Montaño et al., 2021, pág. 1)

La poliradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda o síndrome de Guillain Barré (SGB), fue descrita por primera vez por Waldrop en 1834 y por Landry en 1859, cuando este último observó a 10 pacientes con el mismo desorden, agregándole la característica de ser una parálisis ascendente. Guillain-Barré-Strohl, en 1916, describen a dos soldados con este síndrome caracterizado por lesión motora, arreflexia, debilidad, y con la alteración del líquido cefalorraquídeo que sirvió para completar los criterios del síndrome, o sea la disociación albumino-citológica, que permitía diferenciar a esta condición de otras con alteración de desmielinización. Strohl agregó el conocimiento de los cambios electromiográficos.

Este artículo de Guillain-Barré, fue el más influyente para actualizar los conocimientos de las neuropatías desmielinizantes. Osler y Targowla en 1890, describieron las formas crónicas confirmadas posteriormente por Austin y Dyck en 1958. Haymaker y Kernoham en 1949, realizaron revisión de la patología de 50 casos fatales y comprobaron que lo estudiado por Guillain-Barré y Landry era la misma condición. Asbury, Arnason y Adams en 1969, observaron la infiltración inflamatoria y la desmielinización segmentaria en las raíces y nervios periféricos, en 19 pacientes y establecieron la relación del SGB y su patogenia inmunológica. Fisher en 1956 describe una de las formas variantes con características clínicas propias. En 1976 se acusó al gobierno de Estados Unidos por la relación entre la aparición del SGB y la vacuna contra la influenza. (Montesdeoca, 2018)

En tal sentido, se llega al concepto o definición actual de estas condiciones de neuropatías desmielinizantes o síndrome de Guillain-Barré (SGB), es un trastorno poco común en el cual el sistema inmunológico del cuerpo ataca parte del sistema nervioso periférico, cuyos síntomas incluyen debilidad muscular, entumecimiento, y sensación de hormigueo, que puede aumentar en intensidad hasta que los músculos no pueden utilizarse en absoluto. Por lo general, el síndrome de Guillain-Barré ocurre unos pocos días o semanas después de los síntomas de una infección viral o bacteriana. (Centro de Información Genética y Enfermedades Raras EE. UU., 2017)

Cualquier persona puede desarrollar SGB. Sin embargo, es más común entre los adultos mayores. La incidencia de SGB aumenta con la edad y las personas mayores de 50 años corren el mayor riesgo para el desarrollo de SGB. (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades - CDC, 2015)

El síndrome puede ser difícil de diagnosticar. Dentro de los exámenes médicos posibles se incluyen exámenes neurológicos y una punción lumbar. La mayoría de las personas se recupera. La recuperación puede tomar algunas semanas o algunos años. El tratamiento ayuda con los síntomas y puede incluir medicamentos o un procedimiento llamado intercambio de plasma. (Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.), 2021)

La recuperación puede tardar semanas, meses o años. La mayoría de las personas sobreviven y se recuperan por completo. En algunas personas, la debilidad leve puede persistir. El pronóstico es generalmente bueno cuando los síntomas desaparecen inmediatamente después de haber iniciado. Entre sus principales complicaciones se encuentran las siguientes:

- Dificultad respiratoria (insuficiencia para respirar)

- Acortamiento de los tejidos en las articulaciones (contracturas) u otras deformidades
- Coágulos de sangre (trombosis venosa profunda) que se forman cuando la persona con
- GBS está inactiva o tiene que permanecer en la cama
- Aumento del riesgo de infecciones
- Presión arterial baja o inestable
- Parálisis permanente
- Neumonía
- Daño a la piel (úlceras)
- Broncoaspiración de alimentos o líquidos. (Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU., 2022)

Se estima que la incidencia anual del SGB oscila entre 0.4 y 4.0 casos por 100.000 habitantes por año. En Norteamérica y en Europa el SGB es más común en adultos y aumenta de manera constante con la edad. Varios estudios indican que los hombres tienden a ser más afectados que las mujeres. (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2016)

Es importante destacar que alrededor del 2 % al 5 % de las personas con síndrome de Guillain-Barré experimentan una recaída. Los síntomas tempranos y graves del síndrome de Guillain-Barré aumentan de manera significativa el riesgo de complicaciones graves a largo plazo. En raras ocasiones, complicaciones como el síndrome de dificultad respiratoria y el ataque cardíaco pueden causar la muerte. (Clínica Mayo, 2019)

Alrededor del 30% de los adultos e incluso un mayor porcentaje de los niños con la enfermedad presentan debilidad residual 3 años después del inicio del síndrome. En promedio, menos del 2% de las personas mueren. Tras una mejora inicial, entre el 3 y el 10% de las personas afectadas por sín-

drome de Guillain-Barré desarrollan polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica. (Rubin, 2020)

Este trastorno grave que requiere hospitalización inmediata, porque puede empeorar con rapidez. En consecuencia, cuanto antes se inicie el tratamiento apropiado, mayores serán las probabilidades de un buen resultado. (Clínica Mayo, 2020)

El objetivo fundamental de la presente investigación el tratamiento del Síndrome de Guillain Barré.

Materiales y Métodos

Las herramientas y materiales de trabajo necesarios para el desarrollo de la presente investigación consistieron en computadores personales con conexión a internet, donde se realizó una búsqueda de material bibliográfico digitalizado con el que se persigue aportar información de calidad y actualizada respecto al tratamiento del Síndrome de Guillain Barré.

El objetivo de esta investigación se delimitó a la búsqueda y revisión de literatura científicoacadémica reciente, disponible de manera gratuita mediante el uso de diversas bases de datos, entre las que figuran: NCBI, PubMed, MedlinePlus, SciELO, BVS, Embase, Dialnet, entre otras.

La exploración se hizo en base a las expresiones o descriptores que se mencionan a continuación: "Síndrome Guillian Barré", "Síndrome Guillian Barré Diagnóstico" y "Síndrome Guillian Barré Tratamiento", tanto en español como en inglés, con la finalidad de identificar, seleccionar y referir las fuentes que de la manera más resumida.

El material bibliográfico rescatado consistió en artículos científicos en general, guías clínicas, e-books, ensayos clínicos, consensos, protocolos, tesis de posgrado y doctorado, noticias científicas, boletines y/o folletos de instituciones oficiales o privadas de reconocida trayectoria en el ámbito científicoacadémico y demás documentos

e informaciones, considerados de interés y considerable valor de la evidencia científica a criterio del equipo investigador, que se encontrasen, preferiblemente, publicados en los últimos 6 años.

Se desestimaron estudios de cohorte, casos y controles, series y reportes de casos, editoriales, cartas al editor y otros tipos de materiales bibliográficos que, a juicio de este equipo, se consideraron de escaso valor científicoacadémico o de bajo nivel de evidencia percibido en sus contenidos.

Por último, el equipo investigador procede a dar lectura crítica y análisis a toda la evidencia científica recopilada y seleccionada, lo que resultó en el fundamento de las ideas y planteamientos plasmados en la presente investigación.

Resultados

Para Montaña et al., (2021) “el tratamiento para el SGB sigue enfocado en detener la respuesta inmunológica autoinducida, que permita disminuir el impacto de la enfermedad, los días de hospitalización y riesgo de falla ventilatoria”. (p. 4)

La Organización Mundial de la Salud, (2016) recomienda para el tratamiento de los casos de síndrome de Guillain-Barré y su atención, lo siguiente:

- El síndrome de Guillain-Barré puede ser mortal. Los pacientes con el síndrome deben ser hospitalizados para que estén vigilados.
- Las medidas de apoyo incluyen el monitoreo de la respiración, la actividad cardíaca y la tensión arterial. Los pacientes con dificultad para respirar suelen necesitar ventilación asistida y deben recibir vigilancia para detectar complicaciones como arritmias, infecciones, trombosis e hipertensión o hipotensión.
- No hay cura para el síndrome de Guillain-Barré, pero el tratamiento puede mejorar los síntomas y acortar su duración.
- Dada la naturaleza autoinmunitaria de la enfermedad, en la fase aguda suele tratarse con inmunoterapia, como inmunoglobulinas intravenosas o plasmaféresis para eliminar los autoanticuerpos. Generalmente, los mayores beneficios se obtienen cuando la inmunoterapia se inicia 7 a 14 días después de la aparición de los síntomas.
- En caso de persistencia de la debilidad muscular tras la fase aguda de la enfermedad, los pacientes pueden necesitar rehabilitación para fortalecer la musculatura y restaurar el movimiento.

En un primer plano el soporte vital avanzado en la Unidad de Cuidados Intensivos sigue siendo la piedra angular del tratamiento, el uso de escalas como EGOS y EGRIS han demostrado ser coadyuvantes en la decisión clínica respecto del tratamiento y las complicaciones del síndrome (ver Tabla 1). (Rebolledo, González, & Salgado, 2018, pág. 78)

Tabla 1. Índices Erasmus GBS Respiratory Insufficiency (EGRIS) y Erasmus GBS Outcome (EGOS)

Factores de pronóstico	Categorías	EGRIS	EGOS Modificado		EGOS
Edad de inicio		Admisión hospitalaria	Admisión hospitalaria	A los 7 días de admisión	A los 14 días de admisión
< 40			0	0	1
41-60			1	1	0,5
> 60			2	2	0
Diarrea en las cuatro semanas que precedieron al inicio de la debilidad					
	Ausente		0	0	0
	Presente		1	1	1
Días desde el inicio de la debilidad					
	> 7 días	0			
	4-7 días	1			
	< 3 días	2			
Debilidad facial o bulbar					
	Ausente	0			
	Presente	1			
Escala de fuerza Medical Research Council					
	60-51	0	0	0	
	50-41	1	2	3	
	40-31	2	4	6	
	30-21	3			
	< 20	4			
	< 30		6	9	
Escala de discapacidad del síndrome de Guillain-Barré					
	0 o 1				1
	2				2
	3				3

Nota: Tomado de “Síndrome de Guillain-Barré: viejos y nuevos conceptos”. Rebolledo, González, & Salgado. (2018). Medicina Interna México. 34 (1). p. 79. Url: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim181i.pdf>

Para González, Giraldo, González, & Ramírez, (2016) aproximadamente el 25% de los pacientes presentan falla respiratoria, de estos la gran mayoría la hacen durante la primera semana de enfermedad. Existen algunas recomendaciones de intubación orotraqueal como hipercapnia ($P_{CO_2} > 48$ mmHg), hipoxemia ($P_{O_2} < 56$ mmHg), capacidad vital menor a 15 ml por Kg de peso corporal y otras indicaciones como tos ineficaz, alteración en la deglución y/o atelectasias. Sin embargo queremos resaltar que los cambios en la gasometría arterial ocurren en fases tardías cuando ya existe una insuficiencia respiratoria manifiesta, no todos los servicios asistenciales tiene la disponibilidad de espirometría, siendo este el método ideal para definir la intubación orotraqueal, no obstante los pacientes que tienen una rápida progresión de la parálisis, aquellos que

presenta dificultad para elevación del cuello o los hombros (signo indirecto de debilidad del diafragma) y un conteo respiratorio menor a 20 segundos (muy buena correlación con una capacidad vital $< 15-20$ ml) debe recibir manejo en unidad de cuidado intensivo e intubación orotraqueal(40, 44). De manera reciente se ha diseñado una puntuación para ayudar en la toma de decisiones a este respecto en el servicio de urgencias. Este score conocido como Erasmo score se derivó de una cohorte de pacientes con Síndrome Guillain-Barré e identificó que la debilidad bulbar o de los músculos faciales y la escala MRC son los principales predictores de falla ventilatoria. (p. 41)

El inicio de terapia inmunomoduladora (plasmaféresis, inmunoglobulina) de forma precoz se relaciona con mejores resultados



pronósticos. La Plasmaféresis consiste en un procedimiento extracorpóreo en el que se extrae sangre del paciente y se procede a la separación del plasma y los elementos celulares. El plasma extraído se intercambia por plasma fresco congelado y/o albúmina. Existen 2 tipos de plasmaféresis:

1. Por centrifugación. Mediante una fuerza centrífuga con movimientos giratorios se procede a la separación del plasma y los elementos celulares. De uso común en bancos de sangre.
2. Por filtración. Mediante máquinas similares a las de hemodiálisis con plasmafiltros adaptados que hacen la función de membranas de alta permeabilidad. Es de más fácil aplicación y barato coste. Se necesita un catéter venoso central y anticoagular al paciente con heparina.

Se suelen extraer 50 mL de sangre/kg de peso del paciente en días alternos hasta alcanzar unas 5-6 sesiones. Hay estudios que han demostrado que la terapia con plasmaféresis reduce de manera significativa el tiempo de recuperación de la fuerza muscular y el tiempo necesario de conexión a ventilación mecánica. Puede desarrollar algunas complicaciones hemodinámicas (hipo o hipervolemia, trombosis o hemorragias), metabólicas (alcalosis, alteración de factores de coagulación y plaquetas), infecciosas (disminución de Ig, transmisión de virus VIH, hepatitis C o Citomegalovirus). (McKinney, Gálvez, Marcén, & Sancho, 2020)

Otra terapia inmunomoduladora es la inmunoglobulina, que contiene anticuerpos sanos de donantes de sangre se administra a través de una vena (por vía endovenosa). Las dosis altas de inmunoglobulina pueden bloquear los anticuerpos perjudiciales que podrían contribuir al síndrome de Guillain-Barré. (Clínica Mayo, 2019)

Se requiere de un equipo multidisciplinario para el buen cuidado de los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré. Se recomienda profilaxis para evitar la trombosis venosa

profunda utilizando medias de compresión elástica o heparina subcutánea, el adecuado manejo farmacológico de la disautonomía, el control del dolor neuropático y un plan de recuperación temprana desde la terapia respiratoria, la terapia física y ocupacional que junto con las medidas específicas como la inmunoterapia son esenciales para la recuperación. (González, Giraldo, González, & Ramirez, 2016, pág. 42)

Conclusión

El Síndrome de Guillain Barré es una enfermedad autoinmune caracterizada principalmente por una parálisis flácida aguda y generalizada, esta puede comprometer los músculos respiratorios y causar un fallo, en virtud de lo cual su diagnóstico temprano es fundamental para iniciar el tratamiento, igualmente, de manera precoz.

El tratamiento incluye todos y cada uno de los cuidados que requiere un paciente crítico en una Unidad de Cuidados Intensivos, para el mantenimiento de sus funciones vitales. El tratamiento específico incluye la plasmaféresis y la administración intravenosa de inmunoglobulinas. El inicio temprano del tratamiento permite una mejor evolución, pronóstico y recuperación del paciente.

Bibliografía

- Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.). (07 de julio de 2021). MedlinePlus en español [Internet]. Recuperado el 15 de enero de 2022, de <https://medlineplus.gov/spanish/guillainbarresyndrome.html>
- Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. (12 de enero de 2022). MedlinePlus en español [Internet]. Recuperado el 15 de enero de 2022, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000684.htm>
- Centro de Información Genética y Enfermedades Raras EE. UU. (12 de mayo de 2017). Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos - NIH. Recuperado el 15 de enero de 2022, de <https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/12899/sindrome-de-guillain-barre>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades - CDC. (16 de octubre de 2015). Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

- CDC. Recuperado el 20 de enero de 2022, de <https://espanol.cdc.gov/flu/prevent/guillainbarre.htm>
- Clínica Mayo. (20 de junio de 2019). Clínica Mayo. Recuperado el 16 de enero de 2022, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/guillain-barre-syndrome/symptoms-causes/syc-20362793?p=1>
- Clínica Mayo. (17 de febrero de 2020). Clínica Mayo. Recuperado el 05 de enero de 2022, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/guillain-barre-syndrome/symptoms-causes/syc-20362793>
- González, G., Giraldo, G., González, A., & Ramirez, C. F. (2016). Síndrome Guillain-Barré: Una mirada actual. *R.F.S Revista Facultad de Salud*, 8(2), 38-45. doi:<https://doi.org/10.25054/rfs.v8i2.1408>
- McKinney, S., Gálvez, C., Marcén, R., & Sancho, E. (2020). Revisión bibliográfica: Síndrome de Guillain-Barré. *Revista Electrónica de PortalesMédicos.com*, 15(16). Recuperado el 28 de enero de 2022, de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/revision-bibliografica-sindrome-de-guillain-barre/>
- Montaño, J., Castillo, E., Mendoza, M., Zúñiga, G., Pérez, C., Arrieta, D., & Jaramillo, C. (2021). Infección por Sars-Cov-2 y Síndrome de Guillain-Barré. *Archivos de Medicina*, 17(4), 1-6. doi:[10.3823/1476](https://doi.org/10.3823/1476)
- Montesdeoca, I. (2018). Síndrome de Guillain-Barré y sus variantes. *Sociedad Venezolana de Medicina Interna*. Recuperado el 20 de enero de 2022, de https://svmi.web.ve/wh/documentos/S._de_GB.pdf
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2016). Organización Mundial de la Salud - OMS. Recuperado el 18 de enero de 2022, de <https://apps.who.int/mediacentre/factsheets/guillain-barre-syndrome/es/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (febrero de 2016). Organización Panamericana de la Salud - OPS. Recuperado el 20 de enero de 2022, de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52687/Guillain-Barre_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rebolledo, D., González, P., & Salgado, I. (2018). Síndrome de Guillain-Barré: viejos y nuevos conceptos. *Medicina Interna México*, 34(1), 72-81. Recuperado el 21 de enero de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim181i.pdf>
- Rubin, M. (diciembre de 2020). Manuales MSD. Recuperado el 10 de enero de 2022, de <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-neurol%3%b3gicos/sistema-nervioso-perif%3%a9rico-y-trastornos-de-la-unidad-motora/s%3%adndrome-de-guillain-barr%3%a9>

CITAR ESTE ARTICULO:

Cevallos Pablo, J. M., Vaca Jácome, D. A., Ordoñez Calderón, D. A., & Díaz Recalde, E. X. (2022). Guillan Barré. Síndrome. *RECIMUNDO*, 6(1), 96-103. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(1\).ene.2022.96-103](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(1).ene.2022.96-103)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NO-COMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.