

<https://doi.org/10.51230/ri.v20i1.114>
E-ISSN: 0718-7947

Descripción clínica y funcional de pacientes hospitalizados con síndrome de Guillain-Barré en un hospital universitario chileno en el período 2020-2024: un estudio descriptivo

JAIME VALLEJOS G.¹, CRISTÓBAL JELDRES C.², VICENTE ABARZA DE LA P.², JOSÉ MIGUEL MUÑOZ R.²

ABSTRACT

Clinical and functional description of hospitalized patients with Guillain-Barré syndrome in a Chilean university hospital (2020–2024): a descriptive study

Introduction: Guillain-Barré syndrome is the most common cause of acute flaccid paralysis. Although survival is high, a relevant proportion of patients presents functional limitations at hospital discharge, with implications for rehabilitation. **Objective:** To describe the clinical and functional profile of patients hospitalized with Guillain-Barré syndrome in a Chilean university hospital. **Materials or Patients and Methods:** Observational, descriptive, and retrospective study based on the review of medical records of patients hospitalized between 2020 and 2024. Demographic, clinical, and functional variables were analyzed, including muscle strength (Medical Research Council sum score), disability (Guillain-Barré Disability Score), pain, and support requirements. Prognostic scores EGRIS and EGOS were evaluated. The performance of EGRIS was assessed using a ROC curve. **Results:** A total of 33 patients were included, with a median age of 58 years (range: 20-89) and a median hospital stay of 26 days (range: 5-516). Axonal variants accounted for 51.5% of cases. Mechanical ventilation was required in 24.2% of patients, and 75% experienced pain during hospitalization. MRC scores improved significantly between admission and discharge ($p = 0.0007$). At discharge, 37.5% of patients were unable to walk independently, and 60.7% had moderate to severe disability ($GDS \geq 3$). EGRIS showed good discriminative ability (AUC 0.815; 95% CI: 0.61-0.96). **Conclusions:** Although neurological improvement occurs during hospitalization, it does not necessarily translate into functional recovery at discharge, highlighting the need for early rehabilitation and continuity of care.

Keywords: Guillain-Barré Syndrome, Rehabilitation, Disability Evaluation, Activities of Daily Living; Pain.

¹Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Santiago, Chile.

²Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

ORCID:

Jaime Vallejos G.: <https://orcid.org/0009-0004-7097-959X>

Cristóbal Jeldres C.: <https://orcid.org/0009-0007-3148-5652>

Vicente Abarza de la P.: <https://orcid.org/0009-0007-9689-5097>

José Miguel Muñoz R.: <https://orcid.org/0009-0009-3642-3842>.

Recibido: 21-01-2026

Revisado: 30-04-2026

Aceptado: 04-05-2026

Publicado: 09-06-2026

Correspondencia:

Jaime Vallejos G.
jvallejos@hcuch.cl

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda. Aunque la sobrevida es alta, una proporción relevante de pacientes presenta limitaciones funcionales al egreso hospitalario, con implicancias para la rehabilitación. **Objetivo:** Describir el perfil clínico y funcional de pacientes hospitalizados por síndrome de Guillain-Barré en un hospital universitario chileno. **Material o Pacientes y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo mediante revisión de fichas clínicas de pacientes hospitalizados entre 2020 y 2024. Se analizaron variables demográficas, clínicas y funcionales, incluyendo fuerza muscular (Medical Research Council sum score), discapacidad (Guillain-Barré Disability Score), dolor y requerimientos de soporte. Se evaluaron los scores pronósticos EGRIS y EGOS. El desempeño del score EGRIS se analizó mediante curva ROC. **Resultados:** Se incluyeron 33 pacientes, con una mediana de edad de 58 años (rango: 20-89) y una mediana de estadía hospitalaria de 26 días (rango: 5-516). Las variantes axonales representaron el 51,5% de los casos. El 24,2% requirió ventilación mecánica invasiva y el 75% presentó dolor. El puntaje MRC mejoró significativamente entre ingreso y egreso ($p = 0,0007$). Al alta, el 37,5% no logró marcha independiente y el 60,7% presentó discapacidad moderada a severa ($GDS \geq 3$). El score EGRIS mostró adecuada capacidad discriminativa (AUC 0,815; IC 95%: 0,61-0,96). **Conclusiones:** Aunque se observa mejoría neurológica durante la hospitalización, esta no se traduce necesariamente en recuperación funcional al egreso, lo que refuerza la necesidad de rehabilitación precoz y continuidad de cuidados.

Palabras clave: Síndrome de Guillain-Barré, Rehabilitación, Evaluación de la Discapacidad, Actividades de la Vida Diaria; Dolor.

Introducción

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda a nivel mundial y corresponde a una polirradiculoneuropatía inmunomediada de curso clínico variable, potencialmente grave¹⁻³. Aunque la mayoría de los pacientes sobrevive y logra una recuperación neurológica completa o cercana a ella, un subgrupo relevante presenta secuelas persistentes, como limitaciones para la marcha, dependencia en actividades de la vida diaria, fatiga y dolor^{4,5}. Estudios de seguimiento han demostrado que la discapacidad y el deterioro en la calidad de vida pueden mantenerse durante años, con impacto significativo en la salud mental y en la reintegración familiar, laboral y comunitaria⁶⁻⁸.

Desde la perspectiva de la Medicina Física y Rehabilitación, el SGB constituye un modelo de enfermedad neurológica aguda con déficits potencialmente recuperables, pero con alta carga funcional durante la hospitalización. En esta fase, los pacientes pueden presentar dolor, disfagia y trastornos de la marcha, lo que hace necesario un abordaje rehabilitador precoz, intensivo y multidisciplinario⁹⁻¹¹. Si bien la evidencia disponible es limitada, algunos estudios sugieren que programas estructurados de rehabilitación se asocian a mayores niveles de independencia funcional y mejor calidad de vida⁹⁻¹¹.

Con el fin de estimar el riesgo de ventilación mecánica y el pronóstico de recuperación de la marcha, se han desarrollado modelos pronósticos como el Erasmus GBS Outcome

Score (EGOS) y el Erasmus GBS Respiratory Insufficiency Score (EGRIS), ambos con validaciones internacionales¹²⁻¹⁴. Asimismo, cohortes multicéntricas como el International GBS Outcome Study (IGOS) han evidenciado variaciones regionales en presentación y desenlaces, subrayando la importancia de contar con datos locales^{15,16}.

En Chile, la información publicada sobre el perfil funcional de pacientes con SGB es escasa. El estudio de Cea et al., describió características clínicas y demográficas, pero con información funcional limitada¹⁷. El objetivo de este estudio fue describir el perfil clínico y funcional de pacientes hospitalizados por SGB en un hospital universitario chileno, con énfasis en la discapacidad al egreso, el uso de invasivos, el destino al alta y la estimación de scores pronósticos, aportando información funcional inédita a nivel nacional.

Material o Pacientes y Métodos

Tipo de estudio y pacientes

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. La población estudiada incluyó pacientes hospitalizados con diagnóstico de SGB en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2024.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico compatible con síndrome de Guillain-Barré, confirmado mediante evaluación neurológica y apoyo diagnóstico según disponibilidad y necesidad clínica (electrodiagnóstico y/o análisis de líquido cefalorraquídeo). Se excluyeron registros con información funcional insuficiente para el análisis, en particular, de las variables de Medical Research Council sum score (MRC), capacidad de marcha independiente, destino al alta y necesidad de invasivos. De acuerdo con lo anterior, se excluyó 1 caso por no contar con MRC explícitamente consignado al ingreso y egreso, por lo que la cohorte fi-

nal analizada corresponde a 33 pacientes. En casos en que los scores pronósticos EGRIS o EGOS no fueron detallados explícitamente en la ficha clínica, pero se contaba con los datos suficientes para su cálculo, esta estimación fue hecha *a posteriori*, usando calculadoras disponibles en la web (ver <https://gbstools.erasmusmc.nl/prognosis-tool>), que son de libre acceso, y dichos pacientes fueron incluidos en la población estudiada.

Variables analizadas

Se recolectaron variables demográficas y clínicas (edad, subtipo diagnóstico, días de hospitalización, requerimiento de ingreso a unidades de paciente crítico y de soporte con ventilación mecánica o drogas vasoactivas, y tratamientos recibidos como plasmaféresis y/o inmunoglobulina endovenosa), así como también datos funcionales del período intrahospitalario y del momento del alta. La evaluación funcional incluyó fuerza muscular mediante MRC y la discapacidad al alta mediante Guillain-Barré Disability Score (GDS) para aquellos pacientes egresados durante el período del estudio. El MRC al ingreso correspondió al primer registro consignado en la ficha clínica (por el equipo tratante o médico interconsultor de fisioterapia o neurología), lo que ocurrió dentro de los primeros 7 días, mientras que el MRC al egreso correspondió al último registro disponible previo al alta para aquellos en los que ésta se había indicado en el período de estudio. Además, se registró la presencia de dolor, disautonomía, disfagia, necesidad de invasivos al egreso (gastrostomía, ventilación mecánica invasiva, sonda vesical), destino al alta hospitalaria y los scores pronósticos EGOS y EGRIS.

Intervenciones de rehabilitación

Todos los pacientes recibieron rehabilitación intrahospitalaria interdisciplinaria por equipos de kinesiólogía (intensiva, neurokinesiólogía y, en algunos casos, de piso pélvico), terapia ocupacional, fonoaudiología y psicología, ajustada a su condición clínica, tipo de déficit y nivel de cooperación. Las

cargas terapéuticas habituales variaron entre 3 y 6 horas al día.

Análisis estadístico

El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central y dispersión según la distribución de los datos. Para la comparación de variables continuas pareadas (MRC al ingreso y egreso) se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Para comparaciones entre grupos independientes se emplearon pruebas no paramétricas (Mann-Whitney) y pruebas de chi-cuadrado o exacta de Fisher según correspondiera. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

De manera exploratoria, para evaluar el desempeño del score EGRIS en la predicción de ventilación mecánica invasiva, se realizó un análisis de curva ROC (receiver operating characteristic), calculando el área bajo la curva (AUC) con una estimación del intervalo de confianza del 95%. Se exploró, además, el desempeño diagnóstico del punto de corte $EGRIS \geq 5$, estimando sensibilidad, especificidad y valores predictivos.

El análisis estadístico se realizó utilizando el software GraphPad Prism v10.3.

Consideraciones éticas

El estudio contó con la aprobación del comité de ética institucional del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (Certificado N° 49 del 04 de septiembre de 2024). Los datos fueron anonimizados y analizados de forma confidencial.

Resultados

Se incluyeron 33 pacientes con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré, con una mediana de edad de 58 años (rango: 20-89), de los cuales el 51,5% correspondió a sexo masculino. La mediana de estadía hospitalaria fue de 26 días (rango: 5-516). Las variantes axonales (AMAN y AMSAN) representaron el 51,5% de los casos, mientras que la variante

desmielinizante (AIDP) correspondió al 33,3%. Desde el punto de vista clínico, el 45,5% de los pacientes requirió manejo en unidades de paciente crítico y el 24,2% ventilación mecánica invasiva. El dolor estuvo presente en el 75% de la cohorte durante la hospitalización. La Tabla 1 resume las principales características demográficas y clínicas de la cohorte estudiada.

En relación con la evolución de la fuerza muscular, en los pacientes con medición pareada de ingreso y egreso ($n = 28$), el puntaje MRC mostró un aumento significativo desde el ingreso hasta el egreso hospitalario, con una mediana de 40 a 47,5 puntos (prueba de Wilcoxon, $p = 0,0007$).

La discapacidad al egreso hospitalario fue evaluada en 28 pacientes mediante el GDS (los 5 restantes continuaban hospitalizados al momento del análisis), observando que el 60,7% de los pacientes presentó discapacidad moderada a severa ($GDS \geq 3$), mientras que el 35,7% presentó discapacidad severa ($GDS 4-5$). La Figura 1 muestra el detalle en los niveles de discapacidad estimada mediante GDS para la cohorte estudiada. Al analizar la relación entre variables clínicas y funcionales, se observó que los pacientes con mayor discapacidad al egreso ($GDS \geq 3$) presentaron una mayor edad en comparación con aquellos con menor discapacidad (mediana 66,5 vs 56 años; $p = 0,03$). De manera similar, los pacientes

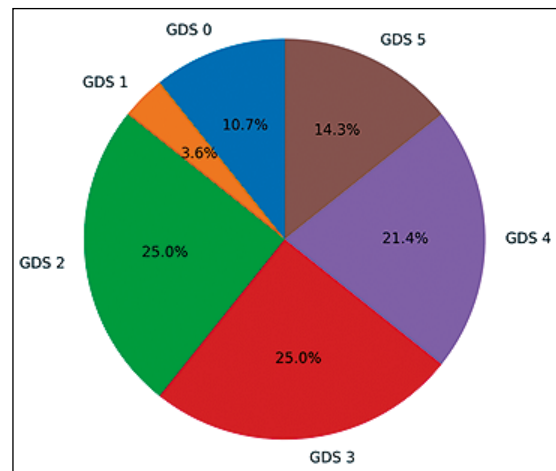


Figura 1. Distribución del Guillain-Barré Disability Score (GDS) al alta hospitalaria.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la población estudiada

Variable	Resultado
Edad, años (promedio; rango)	58,0 (20-89)
Sexo	
Mujeres	16 (48,5%)
Hombres	17 (51,5%)
Días de hospitalización (mediana; rango)	26,0 (5-516)
Subtipo de SGB	
AIDP, n (%)	11 (33,3%)
AMAN, n (%)	13 (39,4%)
AMSAN, n (%)	4 (12,1%)
Miller-Fisher, n (%)	3 (9,1%)
Faringocervicobraquial, n (%)	1 (3,0%)
No consignado, n (%)	1 (3,0%)
Forma de diagnóstico del SGB	
Clínica + electrodiagnóstico, n (%)	6 (18,2%)
Clínica + punción lumbar, n (%)	8 (24,2%)
Clínica + electrodiagnóstico + punción lumbar, n (%)	19 (57,6%)
Tratamiento recibido	
Inmunoglobulina endovenosa (IgIV), n (%)	24 (72,7%)
Plasmaféresis + IgIV, n (%)	5 (15,2%)
Sin necesidad de tratamiento, n (%)	4 (12,1%)
Medidas de soporte recibidas	
VMI, n (%)	8 (24,2%)
TQT, n (%)	5 (15,2%)
DVA, n (%)	3 (9,1%)
GTT, n (%)	4 (12,1%)

VMI: ventilación mecánica invasiva; TQT: traqueostomía; DVA: drogas vasoactivas; GTT: gastrostomía.

con discapacidad severa (GDS 4-5) fueron significativamente mayores que aquellos con menor compromiso funcional (mediana 73 vs 56,5 años; $p = 0,048$).

Desde el punto de vista funcional, al egreso hospitalario el 37,5% de los pacientes no logró marcha independiente. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en relación con la capacidad de marcha independiente al egreso. Al comparar los subtipos de síndrome de Guillain-Barré, no se identificaron diferencias significativas entre variantes axonales y desmielinizantes en relación con la marcha independiente al egreso, discapacidad funcional ni requerimiento de ventilación mecánica invasiva. Los pacientes que requirieron ventilación mecánica invasiva presentaron una estadía hospitalaria significativamente mayor que aquellos que no la requirieron (mediana 61 vs 18 días; $p = 0,006$). Asimismo, los pacientes que egresaron

con requerimientos de soporte o dispositivos invasivos presentaron menor frecuencia de marcha independiente ($p = 0,018$) y mayor proporción de discapacidad severa (GDS 4-5; $p = 0,0016$).

El puntaje MRC al egreso fue significativamente mayor en los pacientes que lograron marcha independiente en comparación con aquellos que no la lograron (mediana 53,5 vs 41 puntos; $p = 0,025$), lo que sugiere una correlación entre la recuperación de la fuerza muscular y la capacidad funcional de marcha.

Por su parte, el EGOS presentó una mediana de 5 puntos, lo que se asocia en estudios de validación con una probabilidad aproximada del 25% de no lograr marcha independiente a los 6 meses. En esta cohorte, la proporción de pacientes sin marcha independiente al egreso hospitalario fue mayor a la estimada por este score, sin embargo, la ventana temporal para este instrumento pronóstico se extiende a los 3

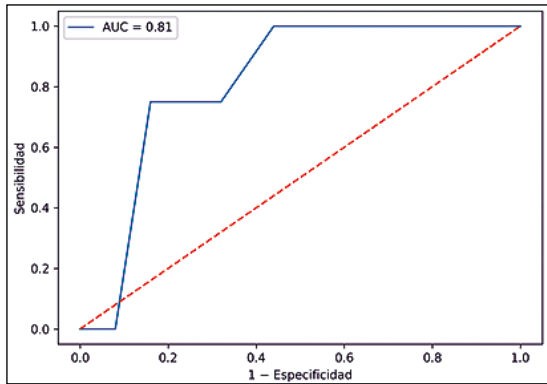


Figura 2. Curva ROC y cálculo del AUC para el score EGRIS en relación con la necesidad real de ventilación mecánica invasiva.

y 6 meses, es decir, un período de seguimiento mayor al de hospitalización para la mayoría de los casos.

En relación con el score pronóstico EGRIS, éste permitió estratificar a los pacientes en categorías de riesgo bajo, intermedio y alto de requerir ventilación mecánica invasiva. En un análisis exploratorio mediante curva ROC, el score EGRIS mostró una adecuada capacidad discriminativa para predecir este desenlace, con un área bajo la curva (AUC) de 0,815 (IC 95%: 0,61-0,96) (Figura 2). Utilizando un punto de corte de EGRIS ≥ 5 , se obtuvo una sensibilidad de 75%, especificidad de 78,6% y un valor predictivo negativo de 91,7%.

Discusión

Este estudio describe el perfil clínico y funcional de una cohorte hospitalaria de pacientes con síndrome de Guillain-Barré en un centro terciario chileno, evidenciando que una proporción relevante de pacientes egresa con limitaciones funcionales significativas, a pesar de la mejoría neurológica observada durante la hospitalización. En particular, cerca del 40% de los pacientes no logró marcha independiente al alta y más de la mitad presentó discapacidad moderada a severa (GDS ≥ 3), lo que es consistente con lo descrito en la literatura internacional, donde se ha observado que la recuperación neurológica no siempre se traduce

en independencia funcional temprana^{4-7,18,19}.

En nuestra cohorte se observó una mejoría intrahospitalaria significativa en la fuerza muscular, evaluada mediante el puntaje MRC. Sin embargo, esta mejoría no fue suficiente para evitar la persistencia de dependencia funcional en una proporción importante de pacientes al egreso. Este fenómeno ha sido descrito previamente²⁰, reforzando la distinción entre recuperación neurológica y recuperación funcional, y subrayando el rol central de la rehabilitación interdisciplinaria precoz y progresiva en SGB, orientada no sólo a la recuperación de la fuerza, sino también a la prevención de complicaciones secundarias, optimización de la deglución y la comunicación, y planificación anticipada de la continuidad de cuidados. En este sentido, una revisión sistemática reciente sugiere beneficios funcionales asociados a programas estructurados de rehabilitación, aunque destaca la heterogeneidad de las intervenciones y la necesidad de estandarizar desenlaces funcionales clínicamente relevantes^{9-11,20}.

Un hallazgo relevante fue la asociación entre mayor edad y peor desempeño funcional al alta hospitalaria, lo que sugiere que la edad podría actuar como un factor modificador de la recuperación funcional en esta población. Si bien el tamaño muestral limita la identificación de puntos de corte clínicamente aplicables, esta observación es concordante con estudios previos que han descrito una recuperación más lenta y mayor carga funcional en pacientes de mayor edad.

En relación con los subtipos de síndrome de Guillain-Barré, la proporción de variantes axonales observada en esta cohorte fue superior a la descrita en algunas series nacionales previas, donde predominó la variante desmielinizante. Este hallazgo puede explicarse, al menos en parte, por el carácter terciario del centro donde se realizó el estudio, que tiende a concentrar pacientes de mayor complejidad clínica. Asimismo, se alinea con la variabilidad regional descrita en estudios multicéntricos internacionales, particularmente en el International GBS Outcome Study (IGOS), donde se ha demostrado que la distribución de subtipos y la gravedad clínica difieren según el contexto geográfico. Considerando que las variantes

axonales se han asociado a trayectorias de recuperación más prolongadas y mayor carga funcional, este hallazgo resulta relevante para anticipar necesidades de rehabilitación post aguda y recursos de continuidad de cuidados^{15,17}.

El dolor fue un síntoma altamente prevalente en esta cohorte, en concordancia con lo descrito en la literatura, donde se ha reportado una alta frecuencia de dolor neuropático y mixto durante las fases aguda y subaguda del síndrome de Guillain-Barré, con impacto en la funcionalidad y la calidad de vida^{5,6,21}. Este hallazgo destaca la necesidad de incorporar estrategias de manejo del dolor de manera sistemática en los programas de rehabilitación, incluyendo abordajes farmacológicos y no farmacológicos.

En forma exploratoria, el análisis del score EGRIS mostró una adecuada capacidad discriminativa para predecir la necesidad de ventilación mecánica invasiva. Si bien estos resultados concuerdan con lo observado en la validación internacional, deben interpretarse con cautela, considerando el bajo número de pacientes que requirieron ventilación mecánica invasiva¹²⁻¹⁴. Por su parte, el EGOS mostró una discrepancia esperable entre la situación funcional al alta y el pronóstico de marcha a 6 meses, lo que refuerza la necesidad de interpretar estos scores en función del horizonte temporal para el cual fueron diseñados.

Un aspecto relevante a considerar en la interpretación de los resultados es la duración de la hospitalización. Si bien la mediana de estadía fue inferior a un mes, esto no necesariamente refleja una recuperación funcional completa. En algunos casos, el egreso precoz se explicó por una evolución clínica favorable que permitió la continuación de la rehabilitación en forma ambulatoria. Sin embargo, en otros pacientes, el alta temprana estuvo determinada por factores logísticos y previsionales propios del sistema de salud chileno, como la modalidad de ingreso por Ley de Urgencia, que implica el traslado al hospital de base una vez superada la condición de riesgo vital. En estos casos, la pérdida de seguimiento en el centro terciario no responde a criterios clínicos, lo que debe considerarse al interpretar los desenlaces funcionales al alta.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta para el análisis de los resultados obtenidos. En primer lugar, su diseño retrospectivo conlleva el riesgo de subregistro y variabilidad en la calidad de los datos clínicos. En segundo lugar, el tamaño muestral limitado restringe la capacidad de detectar asociaciones más complejas entre variables clínicas y funcionales. Finalmente, al tratarse de un estudio monocéntrico en un hospital terciario, los resultados pueden no ser completamente generalizables a otros niveles de atención.

No obstante, este trabajo aporta información clínica y funcional relevante sobre pacientes con síndrome de Guillain-Barré hospitalizados en Chile, incorporando variables poco reportadas en la literatura nacional, como la evolución de la fuerza muscular, la discapacidad al alta, el uso de soporte invasivo y el análisis de scores pronósticos. Estos hallazgos tienen implicancias directas para la planificación de la rehabilitación intrahospitalaria y la organización de estrategias de continuidad de cuidados, aspectos clave para mejorar los desenlaces funcionales en esta población.

Conclusión

En esta cohorte de pacientes hospitalizados con síndrome de Guillain-Barré, se observó una mejoría significativa del déficit neurológico durante la hospitalización, expresada en el aumento de la fuerza muscular. Sin embargo, esta recuperación no se tradujo en independencia funcional al egreso en una proporción relevante de casos, con persistencia de limitaciones en la marcha y altos grados de discapacidad global. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias de rehabilitación precoz, así como de una adecuada planificación de la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria, especialmente en pacientes de mayor edad y con mayor compromiso clínico. Futuros estudios con diseño longitudinal y seguimiento prolongado permitirán caracterizar de mejor forma la evolución funcional y evaluar la precisión de las herramientas pronósticas en contextos locales.

Referencias

1. Shahrizaila N, Lehmann HC, Kuwabara S. Guillain-Barré syndrome. *Lancet*. 2021 Mar 27;397(10280):1214-1228. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00517-1. Epub 2021 Feb 26. PMID: 33647239.
2. van den Berg B, Walgaard C, Drenthen J et al. Guillain-Barré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. *Nat Rev Neurol*. 2014 Aug;10(8):469-82. doi: 10.1038/nrneurol.2014.121. Epub 2014 Jul 15. PMID: 25023340.
3. Leonhard SE, Mandarakas MR, Gondim FAA et al. Diagnosis and management of Guillain-Barré syndrome in ten steps. *Nat Rev Neurol*. 2019 Nov;15(11):671-683. doi: 10.1038/s41582-019-0250-9. Epub 2019 Sep 20. PMID: 31541214; PMCID: PMC6821638.
4. Ranjani P, Khanna M, Gupta A et al. Prevalence of fatigue in Guillain-Barre syndrome in neurological rehabilitation setting. *Ann Indian Acad Neurol*. 2014 Jul;17(3):331-5. doi: 10.4103/0972-2327.138521. PMID: 25221406; PMCID: PMC4162023.
5. Peña L, Moreno CB, Gutiérrez-Alvarez AM. Pain management in Guillain-Barre syndrome: a systematic review. *Neurologia*. 2015 Sep;30(7):433-8. doi: 10.1016/j.nrl.2014.04.009. Epub 2014 Jun 12. PMID: 24929444.
6. Djordjevic G, Stojanov A, Bozovic I et al. Six-month prospective study of quality of life in Guillain-Barre syndrome. *Acta Neurol Scand*. 2020 Mar;141(3):236-241. doi: 10.1111/ane.13195. Epub 2019 Nov 8. PMID: 31705530.
7. Li CMF, Wong S, Fabiano N et al. Systematic Review: Mental Health Outcomes in Guillain-Barré Syndrome and Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy. *Can J Neurol Sci*. 2025 Jun 9:1-10. doi: 10.1017/cjn.2025.10107. Epub ahead of print.
8. Khedr EM, Mahmoud DM, Ahmed GK et al. Predictors of long-term health-related quality of life in Guillain-Barré syndrome: A hospital-based study. *Clin Neurol Neurosurg*. 2023 Dec;235:108026. doi: 10.1016/j.clineuro.2023.108026. Epub 2023 Oct 28. PMID: 37913589.
9. Sulli S, Scala L, Berardi A et al. The efficacy of rehabilitation in people with Guillain-Barré syndrome: a systematic review of randomized controlled trials. *Expert Rev Neurother*. 2021 Apr;21(4):455-461. doi: 10.1080/14737175.2021.1890034. Epub 2021 Feb 23. PMID: 33567916.
10. Kiper P, Chevrot M, Godart J et al. Physical Exercise in Guillain-Barré Syndrome: A Scoping Review. *J Clin Med*. 2025 Apr 12;14(8):2655. doi: 10.3390/jcm14082655. PMID: 40283485; PMCID: PMC12028042.
11. Yousef NM, Adejumo DK, Hazari A, Kandakurti PK. A structured rehabilitation program for functional recovery in Guillain-Barré syndrome: a case report. *J Med Case Rep*. 2025 Sep 26;19(1):450. doi: 10.1186/s13256-025-05545-z. PMID: 41013802; PMCID: PMC12465850.
12. Walgaard C, Lingsma HF, Ruts L et al. Early recognition of poor prognosis in Guillain-Barre syndrome. *Neurology*. 2011 Mar 15;76(11):968-75. doi: 10.1212/WNL.0b013e3182104407. PMID: 21403108; PMCID: PMC3059137.
13. Busl KM, Fried H, Muehlschlegel S et al. Guidelines for Neuroprognostication in Adults with Guillain-Barré Syndrome. *Neurocrit Care*. 2023 Jun;38(3):564-583. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12028-023-01707-3>. doi: 10.1007/s12028-023-01707-3. Epub 2023 Mar 25. Erratum in: *Neurocrit Care*. 2023 Jun;38(3):832. doi: 10.1007/s12028-023-01726-0. Erratum in: *Neurocrit Care*. 2023 Dec;39(3):752. doi: 10.1007/s12028-023-01830-1. PMID: 36964442; PMCID: PMC10241707.
14. Doets AY, Walgaard C, Lingsma HF et al. IGOS Consortium. International Validation of the Erasmus Guillain-Barré Syndrome Respiratory Insufficiency Score. *Ann Neurol*. 2022 Apr;91(4):521-531. doi: 10.1002/ana.26312. Epub 2022 Feb 21. PMID: 35106830; PMCID: PMC9306880.
15. Jacobs BC, van den Berg B, Verboon C et al; IGOS Consortium. International Guillain-Barré Syndrome Outcome Study: protocol of a prospective observational cohort study on clinical and biological predictors of disease course and outcome in Guillain-Barré syndrome. *J Peripher Nerv Syst*. 2017 Jun;22(2):68-76. doi: 10.1111/jns.12209. PMID: 28406555.
16. Luijten LWG, Doets AY, Arends S et al; IGOS Consortium. Modified Erasmus GBS Respiratory Insufficiency Score: a simplified clinical tool to predict the risk of mechanical ventilation in Guillain-Barré syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2023 Apr;94(4):300-308. doi: 10.1136/jnnp-2022-329937. Epub 2022 Nov 25. PMID: 36428088.
17. Cea G, Jara P, Quevedo F. Características epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré en población chilena: estudio hospitalario en un período de 7 años [Clinical features of Guillain-Barré syndrome in 41 patients admitted to a public hospital]. *Rev Med Chil*. 2015 Feb;143(2):183-9. Spanish. doi: 10.4067/S0034-98872015000200005. PMID: 25860360.18.
18. Hughes RAC. Guillain-Barré syndrome: looking back...

- and forward. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2020 Feb;91(2):111-112. doi: 10.1136/jnnp-2019-322361. PMID: 31924731.
19. Walteros DM, Soares J, Styczynski AR et al. Long-term outcomes of Guillain-Barré syndrome possibly associated with Zika virus infection. *PLoS One*. 2019 Aug 1;14(8):e0220049. doi: 10.1371/journal.pone.0220049. PMID: 31369576; PMCID: PMC6675241.
 20. Groves KD, Preisig AM, Aldanese A et al. Pain management in Guillain-Barré Syndrome: a literatura review. *Explor Neurosci*. 2025;4:1006114. <https://doi.org/10.37349/en.2025.1006114>.