

Características clínicas y epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré durante el brote de 2019 en un hospital de Chiclayo, Perú

Lisbeth Cueva-Ortega^{1,a}; Diana C. Montenegro-Castro^{1,a}; Heber Silva-Díaz^{1,2,b}

¹ Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Chiclayo, Perú.

² Hospital Regional Lambayeque, Dirección de Investigación. Chiclayo, Perú.

^a Médica Cirujana; ^b biólogo, doctor en Ciencias.

RESUMEN

El objetivo consiste en describir las características clínicas y epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré (SGB) durante el brote de 2019 en pacientes de un hospital de Chiclayo, Lambayeque, Perú. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo basado en 36 casos. Los datos se recolectaron mediante análisis documental de fichas de investigación clínico-epidemiológica de vigilancia del SGB proporcionadas por el Ministerio de Salud. La muestra se caracterizó por una mediana de edad de 46,05 años, un predominio del sexo masculino (69,40 %) y una mayor procedencia de la zona de Lambayeque (66,70 %). Asimismo, el 19,40 % de pacientes padecieron enfermedades crónicas, y los antecedentes más frecuentes fueron infecciones respiratorias (45,50%) y gastrointestinales (36,40%). La presentación clínica se caracterizó por debilidad (97,20 %), parálisis ascendente (72,20 %), paresia del nervio facial izquierdo (8,30 %), hiporreflexia (91,70 %) y disminución del tono muscular (47,20 %). En conclusión, el sexo masculino, la edad entre 30 y 59 años y los antecedentes de infección gastrointestinal y respiratoria fueron las características epidemiológicas predominantes del SGB en este brote; mientras que la debilidad, la parálisis ascendente, el dolor y la hiporreflexia predominaron entre las características clínicas. Se sugiere la vigilancia activa y el fortalecimiento de capacidades preventivas y de atención de esta enfermedad.

Palabras clave: Síndrome de Guillain-Barré; Monitoreo Epidemiológico; Signos y Síntomas; Perú (Fuente: DeCS BIREME).

Clinical and epidemiological characteristics of Guillain-Barré syndrome during the 2019 outbreak in a hospital in Chiclayo, Peru

ABSTRACT

The objective is to describe the clinical and epidemiological characteristics of Guillain-Barré syndrome (GBS) during the 2019 outbreak in patients treated in a hospital in Chiclayo, Lambayeque, Peru. This is a descriptive and retrospective study conducted on 36 cases. Data were collected through a documentary analysis of clinical-epidemiological surveillance research forms for GBS, provided by the Ministry of Health. The sample was characterized by a median age of 46.05 years, a predominance of male sex (69.40 %) and an origin from Lambayeque (66.70 %). Additionally, 19.40 % of patients had chronic diseases, and the most frequent conditions found in their medical history were respiratory infections (45.50 %) and gastrointestinal infections (36.40 %). The clinical presentation was characterized by weakness (97.20 %), ascending paralysis (72.20 %), paresis of the left facial nerve (8.30 %), hyporeflexia (91.70 %) and decreased muscle tone (47.20 %). We conclude that male sex, an age between 30 and 59 years and a history of gastrointestinal and respiratory infections were the predominant epidemiological characteristics of GBS in this outbreak; while weakness, ascending paralysis, pain and hyporeflexia were among the most common clinical characteristics. Active surveillance and the strengthening of preventive and care capacities for this disease are recommended.

Keywords: Guillain-Barre Syndrome; Epidemiological Monitoring; Signs and Symptoms; Peru (Source: MeSH NLM).

Correspondencia:

Lisbeth Cueva-Ortega
liscueva.2801@gmail.com

Recibido: 2/8/2023

Evaluado: 28/8/2023

Aprobado: 13/9/2023



Esta obra tiene licencia de Creative Commons. Artículo en acceso abierto. Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Copyright © 2025, Revista Horizonte Médico (Lima). Publicado por la Universidad de San Martín de Porres, Perú.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuropatía inflamatoria aguda, posiblemente adquirida y desencadenada por una infección previa. El 58 % de los casos se asocian a infecciones respiratorias, y el 22 % a infecciones gastrointestinales ^(1,2). Se caracteriza por debilidad simétrica que progresa rápidamente de distal a proximal, pérdida o disminución de los reflejos osteotendinosos y signos sensitivos leves o ausentes. Además, puede afectar la musculatura bulbar respiratoria ⁽³⁾.

Su fisiopatología aún no es clara. De acuerdo con sus características neurofisiológicas, se plantean diferentes variantes: la neuropatía axonal motora aguda (NAMA), la neuropatía axonal sensitivo-motora aguda (NASMA), la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA) y el síndrome de Miller-Fisher (SMF). Estos trastornos están mediados por mecanismos inmunes que implican la presencia de anticuerpos, los cuales originan daño funcional y estructural en los axones y la mielina del sistema nervioso periférico ⁽⁴⁾.

Desde el punto de vista epidemiológico, la incidencia anual global es de uno a dos casos por cada 100 000 habitantes. Todos los grupos etarios pueden verse afectados, pero es más frecuente en hombres. En niños se reportan 0,6 casos anuales por cada 100 000 personas ^(1,2). Además, la incidencia aumenta con la edad: cada 10 años, un 20 % ⁽⁵⁾; también se incrementa durante los brotes de enfermedades infecciosas, como en las epidemias del virus del Zika en la polinesia francesa en 2013 y en América Latina en 2015 ⁽¹⁾.

Se desconoce la causa del SGB; sin embargo, como se mencionó anteriormente, se asocia principalmente con una infección previa. En efecto, en un 70 % de los casos, los pacientes manifiestan haber tenido una enfermedad autolimitada antes del inicio de la enfermedad. Se ha encontrado la bacteria *Campylobacter jejuni* entre el 25 % y el 50 % de los pacientes adultos con el síndrome ⁽⁶⁾. Otros microorganismos relacionados son el citomegalovirus (CMV), el virus del Zika (ZIKV), el enterovirus, el *Mycoplasma pneumoniae*, el virus de Epstein Barr, el virus influenza A, el *Haemophilus influenzae*, el virus del dengue y, desde el 2020, el virus SARS-CoV-2 ^(2,7).

En Perú, antes de 2019, el número promedio mensual de casos sospechosos era inferior a 20 ⁽⁸⁾; entre 2012 y 2017, se registraron 955 casos ⁽⁹⁾, y en 2018, 341 casos ⁽¹⁰⁾. Sin embargo, en 2019 se notificó un brote sin precedentes. El SGB se presentó en nueve de los veinticuatro departamentos, lo cual afectó especialmente a regiones del norte (Piura, Cajamarca, La Libertad y Lambayeque); se notificaron 900 casos aproximadamente ^(8,11). Solo entre la semana epidemiológica

(SE) 21 y la 30 se reportaron 683 casos, lo que resultó en una incidencia anualizada de 30,9 casos por 100 000 habitantes, 25 veces mayor de lo esperado y superior a los años anteriores. Por tal razón, el brote del 2019 fue catalogado como atípico e inusual debido a su tamaño ⁽¹²⁾.

La región Lambayeque, en la SE 23 de 2019, presentó el mayor número de casos, con un total de 15, lo cual fue en ascenso hasta la SE 35, en que se presentaron 34 casos. Además, el número se incrementó a 62 registrados, más una defunción hasta la SE 45 ⁽¹³⁾. Por otro lado, el 24 de junio de 2023, el Ministerio de Salud del Perú (Minsa) emitió una alerta epidemiológica debido al incremento de casos del SGB, tomando como referencia y antecedente el brote de 2019, al ser este el más relevante por sus cifras ⁽¹¹⁾. Esto podría significar la frecuente recurrencia de brotes inusuales del SGB en un futuro; por tanto, se considera necesario conocer y comprender el contexto epidemiológico y clínico de brotes previos, con el fin de prevenir, controlar y manejar adecuadamente los venideros. Por esta razón, el objetivo de nuestra investigación consiste en describir las características clínicas y epidemiológicas del SGB durante el brote de 2019 en un hospital de Chiclayo, Perú.

EL ESTUDIO

De 54 historias clínicas revisadas, se excluyeron diez por presentar datos incompletos, siete por diagnóstico sospechoso y una por diagnóstico descartado, quedando un total de 36 historias clínicas.

La Tabla 1 describe las características epidemiológicas del SGB. La mayoría de los casos se presentaron en el sexo masculino, con un 69,40 % del total. Las edades oscilaron entre 3 y 88 años, con una media de 46,10 años. Respecto al grupo etario, el más frecuente fue el de 30 a 59 años, con 17 pacientes. Al realizar la recolección en el HRL, que es el hospital referencial de la macrorregión, el 6,70 % de los casos procedieron del mismo departamento de Lambayeque, seguido por Cajamarca, con el 19,40 % de los casos.

Un 19,40 % del total presentó enfermedad crónica (hipertensión arterial, diabetes y epilepsia) y solo el 11,10 % recibía medicación frecuente (irbesartán, losartán y Valprax). Se analizaron los antecedentes de enfermedad ocurridos cuatro semanas antes del inicio de la parálisis en 33 casos, ya que no se encontraron datos de tres de ellos. Se determinó una alta frecuencia de infecciones respiratorias y gastrointestinales, con un 45,50 % y un 36,40 %, respectivamente. Ningún paciente presentó antecedentes de viaje en los 30 días previos a la parálisis ni de vacunación antes de los 40 días.

Características clínicas y epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré durante el brote de 2019 en un hospital de Chiclayo, Perú

Tabla 1. Características epidemiológicas de pacientes con SGB en el Hospital Regional Lambayeque, 2019 (N = 36)

| Características epidemiológicas | N | % |
|--|----|--------|
| Sexo | | |
| Femenino | 10 | 30,60 |
| Masculino | 26 | 69,40 |
| Edad (años) | | |
| 0 a 17 | 6 | 16,70 |
| 18 a 29 | 6 | 16,70 |
| 30 a 59 | 17 | 47,20 |
| 60 a más | 7 | 19,40 |
| Departamento de procedencia | | |
| Cajamarca | 7 | 19,40 |
| Lambayeque | 24 | 66,70 |
| Otros | 5 | 13,90 |
| Enfermedad crónica | 7 | 19,40 |
| Hipertensión arterial | 3 | 8,30 |
| Diabetes | 2 | 5,60 |
| Epilepsia | 2 | 5,60 |
| Sin medicación | 32 | 88,90 |
| Sin riesgo de intoxicación | 36 | 100,00 |
| Infección respiratoria (N = 33) | 15 | 45,50 |
| Infección gastrointestinal (N = 33) | 12 | 36,40 |
| Fiebre (N = 32) | 3 | 9,40 |
| Sin exantema (N = 33) | 33 | 100,00 |
| Sin conjuntivitis no purulenta (N = 33) | 33 | 100,00 |
| Dolor articular (N = 33) | 1 | 3,00 |
| Dolor muscular (N = 33) | 1 | 3,00 |
| Sin dolor de cabeza (N = 33) | 33 | 100,00 |
| Sin viaje | 36 | 100,00 |
| Sin vacunación | 36 | 100,00 |

En la Tabla 2, se observan las características clínicas. De los signos y síntomas generales, el más frecuente fue la debilidad, con un 97,20 %. Además, la parálisis ascendente fue más frecuente que la descendente, que se presentó en un 72,20 % de los casos. El dolor, la ataxia, la asimetría e hipertensión, la fiebre, la anormalidad autónoma, la disfunción urinaria y la hipotensión se manifestaron con menor frecuencia. En ningún caso se presentó disfunción rectal, taquicardia sinusal, arritmias e hiponatremia.

Respecto a la evaluación de los pares craneales, la alteración más frecuente fue la paresia, con predominio en el nervio

facial izquierdo (8,30 %). En cuanto a la evaluación del tono muscular, se observó que estaba disminuido con mayor frecuencia.

En relación con los reflejos osteotendinosos de los músculos bicipital, tricipital, patelar y aquileo, derecho e izquierdo, respectivamente, se observó que en el 91,70 % de los casos se presentó hiporreflexia; en el 5,60 %, normorreflexia, y en el 2,80 % no hubo respuesta. A su vez, la presencia de los tres signos de irritación meníngea se encontró en un solo paciente.

Tabla 2. Características clínicas de pacientes con SGB en el Hospital Regional Lambayeque, 2019 (N = 36)

| Características clínicas | N | % |
|--------------------------------------|----|-------|
| Signos y síntomas generales | | |
| Debilidad | 35 | 97,20 |
| Parálisis ascendente | 26 | 72,20 |
| Parálisis descendente | 10 | 27,80 |
| Dolor | 8 | 22,20 |
| Asimetría | 5 | 13,90 |
| Ataxia | 2 | 5,60 |
| Hipertensión | 2 | 5,60 |
| Fiebre | 1 | 2,80 |
| Anormalidad autónoma | 1 | 2,80 |
| Disfunción urinaria | 1 | 2,80 |
| Hipotensión | 1 | 2,80 |
| Paresia según pares craneales | | |
| Facial izquierdo | 3 | 8,30 |
| Facial derecho | 2 | 5,60 |
| IX-X izquierdo | 1 | 2,80 |
| IX-X derecho | 1 | 2,80 |
| Trigémino izquierdo | 1 | 2,80 |
| Trigémino derecho | 1 | 2,80 |
| Tono muscular disminuido | | |
| Miembro superior izquierdo | 17 | 47,20 |
| Miembro superior derecho | 17 | 47,20 |
| Miembro inferior izquierdo | 17 | 47,20 |
| Miembro inferior derecho | 16 | 44,40 |
| Reflejos osteotendinosos | | |
| Hiporreflexia | 33 | 91,70 |
| Normorreflexia | 2 | 5,60 |
| No hubo respuesta | 1 | 2,80 |
| Irritación meníngea | | |
| Rigidez de la nuca | 1 | 2,80 |
| Signo de Kernig | 1 | 2,80 |
| Signo de Brudzinski | 1 | 2,80 |

En la Tabla 3, se evalúa la fuerza muscular proximal y distal de miembros superiores e inferiores, con una escala del 0 a 5.

Prevalció la mayor frecuencia de estos casos en la escala 3 (movimiento completo solo contra la gravedad).

Características clínicas y epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré durante el brote de 2019 en un hospital de Chiclayo, Perú

Tabla 3. Evaluación de la fuerza muscular en el SGB en el Hospital Regional Lambayeque, 2019 (N = 36)

| Variables | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------------|----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| MS izquierdo proximal | 1 (2,80) | 10 (27,80) | 6 (16,70) | 15 (41,70) | 2 (5,60) | 2 (5,60) |
| MS izquierdo distal | 0 | 7 (19,40) | 4 (11,10) | 8 (22,20) | 2 (5,60) | 15 (41,70) |
| MS derecho proximal | 2 (5,60) | 9 (25) | 5 (13,90) | 15 (41,70) | 2 (5,60) | 3 (8,30) |
| MS derecho distal | 0 | 6 (16,70) | 5 (13,90) | 8 (22,20) | 1 (2,80) | 16 (44,40) |
| MI izquierdo proximal | 2 (5,60) | 10 (27,80) | 4 (11,10) | 13 (36,10) | 5 (13,90) | 2 (5,60) |
| MI izquierdo distal | 1 (2,80) | 7 (19,40) | 6 (16,70) | 4 (11,10) | 1 (2,80) | 17 (47,20) |
| MI inferior derecho proximal | 2 (5,60) | 10 (27,80) | 4 (11,10) | 14 (38,90) | 4 (11,10) | 2 (5,60) |
| MI derecho distal | 1 (2,80) | 7 (19,40) | 5 (13,90) | 5 (13,90) | 1 (2,80) | 17 (47,20) |

MS: miembro superior; MI: miembro inferior.

Escala de fuerza muscular del Consejo de Investigación Médica (MRC).

- 0: sin contracción, músculo paralizado.
- 1: intento palpable de contracción muscular.
- 2: movimiento completo si no se opone la gravedad.
- 3: movimiento completo solo contra la gravedad.
- 4: movimiento completo contra la gravedad y resistencia moderada.
- 5: movimiento completo contra la gravedad y resistencia.

DISCUSIÓN

Se estudiaron 36 casos del SGB presentados en el HRL de Chiclayo, durante el brote de 2019. Se observó predominio en varones y en el grupo etario entre 30 y 59 años. Estas observaciones concuerdan con los resultados de un estudio realizado por Ballón-Manrique *et al.* en el mismo hospital, entre los años 2011 y 2015 ⁽¹⁴⁾; la única diferencia es el número de casos revisados (16 casos). Esta concordancia evidencia la existencia de una relación entre el sexo y la edad con la enfermedad, al menos en la población de Lambayeque, Perú. Por otro lado, Loayza *et al.* describen que, durante el brote del 2019, la mayoría de afectados fueron varones entre los 30 y 59 años ⁽¹⁵⁾, lo que confirmó nuevamente que el SGB forma parte de la minoría de cuadros inmunológicos frecuentes en pacientes varones y adultos; sin embargo, hasta ahora se desconoce la causa.

Estudios previos señalan que la mayoría de los casos registraron antecedentes de inmunización o infección ⁽²⁾. En el presente estudio no se encontró ningún caso con antecedentes de inmunización, pero sí con casos infecciosos, principalmente respiratorios y gastrointestinales. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Ballón-Manrique *et al.*, en donde también refieren antecedentes de infecciones digestivas y respiratorias ⁽¹⁴⁾. Esta coincidencia podría indicar que estos

antecedentes tienen una alta probabilidad de ser causas directas o indirectas de los casos estudiados. Sin embargo, se requieren mayores estudios y evidencia para confirmar una relación de causalidad.

En este sentido, múltiples fuentes señalan que el SGB se presenta típicamente después de un proceso infeccioso, generalmente ocasionado por un virus como el del dengue, influenza o bacterias como *Campylobacter jejuni*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, etc. ⁽¹⁶⁾. Es importante considerar dicha información debido a que, durante los años 2017 y 2023, el norte peruano sufrió desastres naturales por intensas lluvias que provocaron inundaciones, y que, a su vez, trajeron consigo diversas enfermedades infecciosas relacionadas con el SGB ⁽¹⁷⁾.

Actualmente, la evidencia explica que en el SGB intervienen anticuerpos que dañan los axones y la mielina del sistema nervioso periférico, debido a la reactividad cruzada con epítopos virales o bacterianos, a través del mimetismo molecular. Las consecuencias patológicas incluyen fallo en la conducción nerviosa, lo que origina deficiencia motora o sin parestesias, dolor en los miembros superiores e inferiores y en la columna vertebral, debilidad muscular y ataxia. El defecto motor es a menudo simétrico, progresivo, con inicio

distal en las extremidades inferiores y avance proximal^(3,4,6). En el presente estudio, la presentación clínica se caracterizó por debilidad muscular, parálisis ascendente y dolor, lo que dificulta la marcha y genera un problema para la salud pública, ya que los pacientes requieren rehabilitación. Esto implica una extensa recuperación, con posibles complicaciones, lo que representa una elevada carga económica y social para la familia y el Estado⁽¹⁾.

Por otro lado, en este estudio, la asimetría y la ataxia fueron poco frecuentes. En el estudio de Ballón-Manrique *et al.*⁽¹⁴⁾, al igual que en la presente investigación, a pesar del tiempo transcurrido entre ambos (cuatro años), la característica clínica motora más frecuente fue la debilidad muscular. Es preciso mencionar que se puede observar paresia facial simétrica y bilateral en pocos pacientes. Además, la hipotonía e hiporreflexia osteotendinosa son características que deben tenerse en cuenta⁽¹⁸⁾. En el presente estudio, la paresia, según pares craneales, predominó en el facial izquierdo y en el facial derecho. Asimismo, se presentó disminución del tono muscular en los cuatro miembros e hiporreflexia.

En pacientes con un proceso grave, las funciones motora, sensitiva y visceral pueden verse afectadas. Se manifiesta con fiebre, anormalidad autonómica, hipertensión o hipotensión, taquicardia sinusal, arritmia, hiponatremia, disfunción rectal, entre otros⁽¹⁶⁾. En este estudio, solo un paciente presentó fiebre, anormalidad autonómica, hipotensión y disfunción urinaria, y dos pacientes presentaron hipertensión.

El brote de 2019 fue catalogado como “atípico”, ya que los “pacientes manifestaron síntomas y signos del síndrome en solo uno o dos días, cuando usualmente transcurren de una a dos semanas. Además, se observó un mayor número de casos con parálisis descendente”⁽¹⁰⁾. La presentación de síntomas no se pudo corroborar en este estudio debido a que las fichas clínico-epidemiológicas revisadas no contaban con el tiempo de enfermedad. Respecto a la parálisis, se confirmó lo descrito anteriormente, dado que hubo una cantidad considerable de pacientes con parálisis descendente.

Este estudio presentó algunas limitaciones. Primero, al ser un estudio retrospectivo, hubo la posibilidad de errores sistemáticos y aleatorios en la medición de datos que se registraron en las fichas. Segundo, debido al número reducido de casos que se presentan en un hospital, no es posible generalizar los resultados a otros hospitales o regiones del país. Sin embargo, dado que el HRL —donde se atendieron los pacientes objeto de este estudio— es parte del Minsa del Perú y un centro de salud referencial para la región Lambayeque y varias regiones aledañas, se requiere un nivel de representatividad significativo. Además, en este hospital se registraron más de la mitad de los casos presentados en la región Lambayeque durante el brote de 2019. Por otra parte, esta investigación identifica las variables epidemiológicas y clínicas predominantes en la población de estudio, las cuales serán útiles para prevenir y enfrentar nuevos brotes, como el ocurrido recientemente en 2023. Por tanto, estos

resultados establecen bases y antecedentes para futuros estudios complementarios que permitan comprender mejor la enfermedad y responder oportunamente a ella.

En conclusión, los pacientes atendidos en el HRL durante el brote del SGB del año 2019 presentaron características epidemiológicas y clínicas previsibles y descritas previamente para la enfermedad y población de estudio. Se sugiere considerar estos hallazgos y complementar con más estudios que revelen la causalidad de la enfermedad en cada población donde se observen brotes, de tal manera que se prevenga o fortalezca la capacidad de respuesta a nuevos episodios que, en el contexto climático y epidemiológicos peruanos, serán inevitables.

Contribución de autoría: LCO, DCMC, HSD participaron en la conceptualización, la investigación, la metodología, la descripción de resultados y la redacción del borrador original.

Fuentes de financiamiento: Los autores financiaron este artículo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Leonhard SE, Mandarakas MR, De Assis Aquino F, Bateman K, Brito Ferreira ML, Cornblath DR, et al. Guía basada en la evidencia. Diagnóstico y manejo del síndrome de Guillain-Barré en diez pasos. Medicina (Buenos Aires) [Internet]. 2021;81(5):817-36.
- Phillips Morales Ó. Actualización en el síndrome de Guillain-Barré. Rev méd sinerg(San José, En línea)[Internet]. 2019;4(11):e290.
- Vega-Fernández JA, Suclupe-Campos DO, Coico-Vega MM, Aguilar-Gamboa FR. Viral etiology associated with Guillain-Barré syndrome: seeking an answer to the idiopathic. Rev Fac Med Humana [Internet]. 2022;22(3):584-96.
- Carrera García L, Expósito Escudero JM, Natera de Benito D, Ortez C, Nascimento A. Neuropatías hereditarias y síndrome de Guillain-Barré. Protoc Diagn Ter Pediatr [Internet]. 2022;1:197-205.
- Rigo D de FH, Ross C, Hofstatter LM, Ferreira MFAPL. Síndrome de Guillain Barré: perfil clínico epidemiológico e assistência de enfermagem: Guillain-Barré syndrome: epidemiological clinical profile and nursing care. Enferm Glob [Internet]. 2020;19(1):346-89.
- Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. Lancet [Internet]. 2016;388(10045):717-27.
- Shahzaila N, Lehmann HC, Kuwabara S. Guillain-Barré syndrome. Lancet [Internet]. 2021;397(10280):1214-28.
- Organización Mundial de la Salud. Síndrome de Guillain-Barré - Perú [Internet]. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/disease-outbreak-news/item/2023-DON477>
- Rodríguez-Morales AJ, Failoc-Rojas VE, Díaz-Vélez C. Gastrointestinal, respiratory and/or arboviral infections? What is the cause of the Guillain-Barré syndrome epidemics in Perú? Current status - 2019. Travel Med Infect Dis [Internet]. 2019;30:114-6.
- La Industria. Incertidumbre y desinformación por casos de Guillain-Barré [Internet]. Chiclayo: La Industria; 2019. Disponible en: <http://www.laindustriadechiclayo.pe/noticia/1560466405-incertidumbre-y-desinformacion-por-casos-de-guillain-barre>
- Ministerio de Salud. Alerta epidemiológica: incremento de casos de Guillain Barré en algunas regiones del país. Perú: MINSA; 2023. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/alertas/alertas_202315_26_141558.pdf

Características clínicas y epidemiológicas del síndrome de
Guillain-Barré durante el brote de 2019 en un hospital de Chiclayo, Perú

12. Munayco CV, Gavilan RG, Ramirez G, Loayza M, Miraval ML, Whitehouse E, et al. Large outbreak of Guillain-Barré syndrome, Peru, 2019. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2020;26(11):2778-80.
13. CDC-MINSA. Situación de síndrome de Guillain-Barré Perú [Internet]. Perú: CDC-MINSA; 2019. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/35.pdf>
14. Ballón-Manrique B, Campos-Ramos N. Características clínicas y paraclínicas del síndrome de Guillain-Barré en el Hospital Regional Lambayeque. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2017;80(1):22-6.
15. Loayza Alarico MJ, De la Cruz Vargas JA, Alatrística Gutiérrez M del S. Síndrome de Guillain-Barré, brote epidémico en el Perú en junio de 2019. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2019;61(5):556-7.
16. Vera O. Síndrome de Guillain-Barré. *Cuad Hosp Clín* [Internet]. 2019;60(2):59-64.
17. Soto-Cáceres V. Desastres naturales previsibles y prevenibles en el norte peruano: ¿cuándo estaremos todos juntos unidos trabajando para controlarlos? *Rev Exp Med* [Internet]. 2023; 9(1):1-2.
18. García Medina AJ, García Echevarría Y. Diplejía facial como forma de presentación del síndrome de Guillain-Barré. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2016;20(3):100-3.