



TASA DE MORTALIDAD POR SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: UN ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL PERÍODO 2016-2024 EN CHILE

MORTALITY RATE ASSOCIATED WITH GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME: AN EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS COVERING THE PERIOD 2016-2024 IN CHILE

Emilia González Brilladero^{a*}

Camila Román Núñez^a

Andrea Donoso Blancaire^a

Anahí Cofré Donoso^a

Dominique Nathan Kreisberg^a

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Sede Santiago.
Artículo recibido el 20 de mayo, 2026. Aceptado en versión corregida el 31 de agosto, 2026.

DOI: 10.52611/confluencia.2026.1828

RESUMEN

Introducción: Tras la erradicación de la poliomielitis, el síndrome de Guillain-Barré se ha convertido en la principal causa de parálisis flácida aguda en el mundo. Se estima una incidencia mundial de 1-2 casos por 100.000 personas al año. **Objetivo:** Caracterizar la tasa de mortalidad por el síndrome de Guillain-Barré en Chile entre 2016-2024. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de base poblacional con información del Departamento de Estadística e Información en Salud e Instituto Nacional de Estadística, sobre defunciones con código G61.0 del CIE-10, según variables: sexo, edad, región y lugar de defunción. **Resultado:** La mayor mortalidad ocurrió en el año 2016 con 0,15/100.000 habitantes, en el sexo masculino con 0,13/100.000 habitantes, el grupo etario de 80 y más años con 1,01/100.000 habitantes y la Región de Arica y Parinacota con 0,23/100.000 habitantes. **Discusión:** La mayor mortalidad por síndrome de Guillain-Barré durante 2016 podría asociarse a brotes de virus Zika en Latinoamérica. La mayor mortalidad en hombres podría asociarse a una respuesta inmunológica exacerbada. El grupo de 80 y más años podría atribuirse a acumulación de comorbilidades. La mayor mortalidad en Arica y Parinacota y La Araucanía podría relacionarse con la perteneciente a pueblos indígenas y con diferencias socioeconómicas respecto al promedio nacional. **Conclusión:** Se evidenció la necesidad de realizar estudios epidemiológicos, además de mejorar el acceso a atención de calidad y especializada en todas las regiones de Chile, lo que permitiría detectar y manejar de forma óptima y oportuna los casos de síndrome de Guillain-Barré, reduciendo la mortalidad.

Palabras clave: Síndrome de Guillain-Barré; Mortalidad; Epidemiología; Chile.

ABSTRACT

Introduction: Following poliomyelitis eradication, Guillain-Barré syndrome has become the leading cause of acute flaccid paralysis worldwide. The global incidence is estimated at 1-2 cases per 100.000 people per year. **Objective:** To characterize the Guillain-Barré syndrome mortality rate in Chile during 2016-2024. **Methodology:** An observational, descriptive, retrospective, population-based study was conducted using data from the Department of Health Statistics and Information and the National Institute of Statistics on deaths coded as G61.0 in the ICD-10, according to the following variables: sex, age, region and place of death. **Result:** The highest mortality rate occurred in 2016 (0,15/100.000), in males (0,13/100.000), in the population aged 80 and older (1,01/100.000), and in the Arica y Parinacota Region (0,23/100.000). **Discussion:** The 2016 peak mortality rate could be associated with Latin American Zika virus outbreaks. Higher male mortality may link to an exacerbated immune response, while the 80 and older group findings could be attributed to accumulated comorbidities. The higher mortality observed in the Arica y Parinacota and La Araucanía regions might relate to a higher proportion of indigenous population and socioeconomic disparities compared to the national average. **Conclusion:** This analysis highlights the need for further epidemiological studies and improved access to quality, specialized care across Chile to enable timely Guillain-Barré syndrome detection and management, ultimately reducing the mortality rate.

Key words: Guillain-Barre syndrome; Mortality; Epidemiology; Chile.

Cómo citar:

González-Brilladero E, Román-Núñez C, Donoso-Blancaire A, Cofré-Donoso A, Nathan-Kreisberg D. Tasa de mortalidad por síndrome de Guillain-Barré: Un análisis epidemiológico del período 2016-2024 en Chile. Rev Conflu [Internet]. 2026 [citado 30 de septiembre de 2026];9. Disponible en: <https://doi.org/10.52611/confluencia.2026.1828>

INTRODUCCIÓN

Tras la erradicación de la poliomielitis, el Síndrome de Guillain-Barré (SGB) se ha convertido en la principal causa de parálisis flácida aguda mundialmente¹. Este síndrome es una polirradiculoneuropatía inflamatoria autoinmune que se manifiesta con debilidad muscular que avanza de forma simétrica, asociado a hiporreflexia o arreflexia, por lo que, si no se controla, puede rápidamente generar una falla respiratoria y problemas disautonómicos que pueden poner en riesgo la vida^{2,3}. Si bien la teoría clásica atribuía su origen al mimetismo molecular por anticuerpos contra gangliósidos, los hallazgos más recientes indican que hay más factores involucrados. Las células-T autorreactivas también juegan un rol clave, lo cual ayuda a entender la amplia diversidad de formas y fenotipos con los que se presenta esta patología⁴.

Epidemiológicamente, se estima una incidencia mundial de 1-2 casos por cada 100.000 personas al año, afectando mayormente a hombres y volviéndose mucho más frecuente en la población a medida que aumenta la edad^{1,5}. Si bien *Campylobacter jejuni* sigue siendo el desencadenante infeccioso más común, se sabe que la enfermedad evoluciona y varía según los nuevos patógenos que surgen mundialmente. La pandemia de SARS-CoV-2 en 2019 es el mejor ejemplo de esto, pues su llegada cambió el panorama, ya que la evidencia sugiere que el virus sirvió como detonante para la enfermedad, lo cual muy probablemente alteró las cifras de incidencia⁶.

La carga y el pronóstico varían bastante. Revisiones sistemáticas en Latinoamérica muestran que un gran número de pacientes termina requiriendo ventilación mecánica y hospitalización en cuidados intensivos^{7,8}. Si bien, la mayoría de los pacientes logra recuperarse, cercano al 33% requieren ventilación mecánica y el 5% fallece⁹. Según un estudio centrado en el periodo 2013-2019, de un total de 1.696 casos existió una Tasa de Mortalidad (TM) del 1,7%¹⁰. Debido a esta variabilidad regional e influencia de diversos factores ambientales propios de cada país, no se puede asumir que, lo que ocurre a nivel mundial, se replica de la misma forma en otros, lo que confirma la necesidad de manejar datos propios y vigentes⁷. Aunque hay antecedentes sobre cómo se comporta el SGB en Chile, existe un vacío en la literatura respecto a lo ocurrido durante los años de pandemia y la transición hacia el periodo 2024-2025¹¹, por lo que el objetivo de este estudio es caracterizar la mortalidad por el síndrome de Guillain-Barré en Chile durante el periodo 2016-2024 con características epidemiológicas.

METODOLOGÍA

La presente investigación correspondió a un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de base poblacional, que estudió la mortalidad por SGB

en el periodo 2016-2024 en todas las regiones de Chile, a partir de la información entregada por la base de datos de internet del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Chile, con los datos demográficos del CENSO 2024¹².

La población de estudio consideró a todos los pacientes fallecidos en recintos de salud o en casa asociados al código de Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (CIE-10): G61.0 "Síndrome de Guillain-Barré". Para el análisis se excluyeron los casos con diagnóstico de "Polineuropatía inflamatoria, no especificada" (G61.9), debido a que, al no ser específico, puede agrupar otros cuadros de polineuropatía inflamatoria como: "Neuropatía al suero" (G61.1) u "otras polineuropatías inflamatorias" (G61.8), lo que podría generar heterogeneidad en la muestra y sobreestimar los resultados. Las variables de estudio fueron: sexo de los pacientes, grupo etario (0-4 años, 5-9 años, 10-14 años, 15-19 años, 20-44 años, 45-64 años, 65-79 años, 80 y más años), región de Chile y lugar de defunción (casa/habitación, hospital/clínica y otros).

La base de datos obtenida fue organizada a partir del uso de Microsoft Office Excel®, realizando un análisis descriptivo que permitió tabular, crear gráficos y calcular medidas de tendencia central y porcentajes. La Tasa de Mortalidad (TM) por cada año se calculó utilizando la siguiente fórmula:

$$TM \text{ por año} = \frac{N^{\circ} \text{ de defunciones por Sd. de Guillain Barré en determinado año}}{\text{Población total según Censo 2024}} \times 100.000$$

Para el cálculo del promedio anual del periodo se utilizó la siguiente fórmula:

$$TM \text{ prom. anual} = \frac{(N^{\circ} \text{ de defunciones por sd. de Guillain Barré acumuladas 2016 - 2024}) / 9}{\text{Población total según Censo 2024}} \times 100.000$$

Se utilizó como denominador fijo la población informada por el Censo 2024 para todos los años analizados. Para los análisis por sexo, grupo etario y región se utilizaron las poblaciones específicas correspondientes a cada estrato según el mismo censo.

Esta investigación no requirió de evaluación por comité de ética, toda vez que los datos utilizados entregan información de acceso público que están previamente anonimizados. No hubo conflictos de interés.

RESULTADO

Se observa un total de 189 defunciones por SGB durante el periodo de estudio, correspondiente a un promedio de 21 defunciones anuales y a una TM promedio anual de 0,11/100.000 habitantes. El año 2016 se obtuvo la mayor TM con 0,15/100.000 habitantes, seguida del año 2023 y 2024 con 0,14 y 0,12/100.000 habitantes respectivamente. El año 2022 se obtuvo la menor tasa por SGB del periodo con 0,09/100.000 habitantes (Figura 1).

En el análisis de la variable sexo, se observa que los hombres tuvieron una TM promedio anual del periodo 2016-2024 mayor que las mujeres con 0,13/100.000 habitantes, mientras que el de las mujeres fue de 0,09/100.000 habitantes (Figura 1).

El año con mayor tasa para los hombres fue el 2017 con 0,18/100.000 habitantes, mientras que el año con menor tasa masculina fue el 2022 con 0,09/100.000 habitantes. El año con mayor TM para las mujeres fue el 2023 con 0,16/100.000 habitantes, mientras que el año con menor mortalidad femenina fue el 2017 con 0,04/100.000 habitantes (Figura 1).

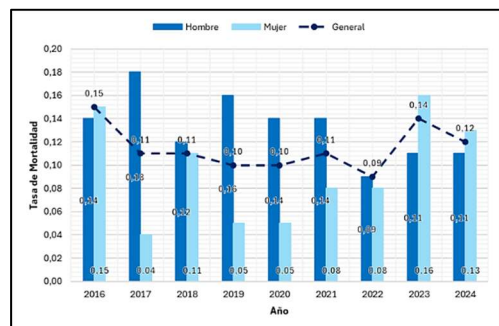


Figura 1. TM por 100.000 habitantes por SGB según sexo durante el periodo de 2016 a 2024 en Chile.

En el análisis de grupos etarios y defunciones por SGB, se observa que el grupo de 80 años en adelante obtuvo la mayor mortalidad promedio anual con 1,01/100.000 habitantes, seguido por el grupo de 65-79 años con una tasa de 0,45/100.000 habitantes. Por otro lado, la menor TM corresponde a los grupos etarios de 0-4 años y 10-14 años, donde no se registraron defunciones para estos grupos (Figura 2).

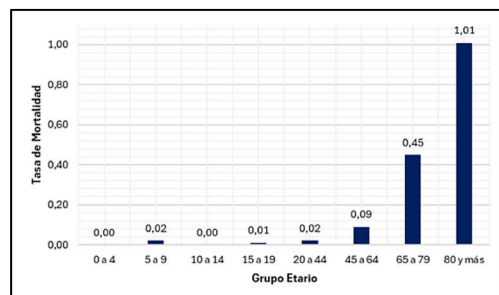


Figura 2. TM promedio anual por 100.000 habitantes por SGB según grupo etario de los pacientes en el periodo de 2016 a 2024 en Chile.

En relación con el análisis de la variable por región, las mayores TM promedio anual por SGB se observaron en Arica y Parinacota, con 0,23/100.000 habitantes; La Araucanía, con 0,22/100.000 habitantes; y Magallanes y de la Antártica Chilena, con 0,20/100.000 habitantes. Las menores tasas correspondieron a Antofagasta y Tarapacá, con 0,02 y 0,03 defunciones por 100.000 habitantes, respectivamente (Tabla 1).

En relación con la distribución porcentual según el lugar de defunción, durante el periodo de 2016-2024 se registraron un total de 189 defunciones por diagnóstico de SGB, y de este universo de casos las defunciones en recintos de salud (Hospital/Clinica) concentró la mayor proporción de defunciones, con

Tabla 1. N° de defunciones y TM promedio anual por 100.000 habitantes por SGB según región de Chile en el periodo de 2016 a 2024.

Región	N° Defunciones	Población según Censo 2024	TM promedio anual 2016-2024
Arica y Parinacota	5	244.569	0,23
Tarapacá	1	369.806	0,03
Antofagasta	1	635.416	0,02
Atacama	3	299.180	0,11
Coquimbo	6	832.864	0,08
Valparaíso	24	1.896.043	0,14
Metropolitana	59	7.400.741	0,09
Libertador Bernardo O'Higgins	14	987.228	0,16
Maule	13	1.123.008	0,13
Ñuble	4	512.289	0,09
Biobío	18	1.613.059	0,12
La Araucanía	20	1.010.423	0,22
Los Ríos	6	398.230	0,17
Los Lagos	11	890.284	0,14
Aysén del Gral. C. Ibáñez del Campo	1	100.745	0,11
Magallanes y de la Antártica Chilena	3	166.537	0,20
Tota Nacional	189	18.480.432	0,11

70,37% (n=133), mientras que las muertes en Casa/Habitación correspondió a un 24,87% (n=47) y sólo el 4,76% (n=9) correspondió a otros lugares de defunción sin categorización específica (Figura 3).

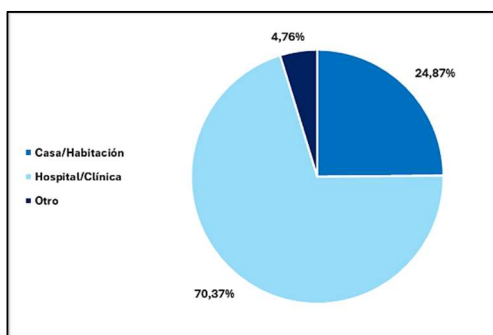


Figura 3. Distribución porcentual según lugar de defunción por SGB en el periodo de 2016 a 2024 en Chile.

DISCUSIÓN

El SGB tiene una incidencia anual mundial entre 1-2 casos/100.000 habitantes⁵, con una variación marcada según la región de estudio. En Chile, la incidencia anual estimada es de 1,46/100.000 habitantes, valor comparable a Norteamérica y Europa¹¹. Un estudio de 2025 sobre el periodo 2013-2019 en Chile reportó una letalidad de 1,9% en un total de 1.779 casos, equivalente a una TM aproximada de 0,18/100.000 habitantes¹⁰. Este valor es similar a lo obtenido en el presente estudio, considerando la superposición de los años, incluyendo 2016, que registró la mayor TM del periodo de estudio.

El año 2016 mostró la mayor mortalidad del periodo, resultado que coincide con la publicación de un artículo del mismo año que reportó que Chile presentó la mayor tasa de incidencia de SGB en Latinoamérica, lo cual podría estar relacionado con el

aumento de SGB en Latinoamérica y el Caribe asociado al brote de infección por virus Zika, reportando un aumento específico en la Polinesia Francesa y Rapa Nui¹³. En contraste, el año 2022 mostró la mínima TM del periodo coincidiendo con la mayor Tasa de Egresos Hospitalarios (TEH) por SGB reportada en Chile^{11,14}, lo cual podría asociarse a una mayor disponibilidad de camas críticas tras la pandemia lo que pudo significar menores casos de mortalidad¹⁵.

Respecto a la variable sexo, se observó mayor mortalidad en hombres (0,13) en comparación con las mujeres (0,09). Este hallazgo podría explicarse por diferencias biológicas en la respuesta inmunitaria, mediada por anticuerpos y células T. La evidencia señala consistentemente al sexo masculino como un factor de riesgo para una evolución clínica más severa y una recuperación más lenta^{4,5}.

La mortalidad por SGB se atribuye principalmente a sus complicaciones críticas, como falla ventilatoria y disautonomía más que a la desmielinización per se. En el presente estudio, la mortalidad persistente observada (0,11-0,12) reflejaría el impacto de la parálisis diafragmática y la inestabilidad cardiovascular derivadas de la disfunción autonómica¹. Revisiones sistemáticas señalan que la necesidad de ventilación mecánica invasiva es el predictor de mortalidad más fuerte, y esta necesidad surge directamente de la extensión del daño axonal y la rapidez de la progresión clínica inicial⁷.

Respecto a la variable grupo etario, la mayor mortalidad corresponde al grupo etario de 80 años y más, lo cual es concordante con la literatura existente. Esto se puede atribuir a las comorbilidades asociadas a la edad, menor reserva fisiológica y mayor número de complicaciones intrahospitalarias¹⁶. Este hallazgo es consistente con un metaanálisis de estudios poblacionales de Norteamérica y Europa que evidenció un incremento de la incidencia de SGB de aproximadamente 20% por cada década de edad¹⁷, junto con la desregulación autonómica propia del envejecimiento¹⁸.

Las tres regiones con mayor mortalidad promedio anual (Arica y Parinacota, La Araucanía y Magallanes) no comparten un mismo perfil demográfico. La Araucanía y Magallanes presentan una proporción de adultos mayores levemente superior al promedio nacional¹⁹, mientras que Arica y Parinacota presenta una población relativamente más joven que el resto del país²⁰, por lo que el envejecimiento poblacional no sería la explicación de la TM elevada en este caso. En cambio, Arica y Parinacota presenta una proporción de población perteneciente a pueblos indígenas considerablemente mayor al promedio nacional (31,3% frente a 9,2% del país) y mayor incidencia de pobreza (9,2% frente a 6,5%)²⁰. Un patrón de variación regional en la mortalidad por SGB asociado a factores demográficos, étnicos y de acceso, más que a un

único determinante, ha sido descrito también en Estados Unidos, donde la mortalidad resultó mayor en población rural y en minorías étnicas específicas²¹. Estas condiciones son compatibles con barreras de acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento especializado en regiones extremas con menor concentración de servicios de alta complejidad^{19,22}, como ocurría en La Araucanía hasta la reciente apertura de servicios de mayor complejidad en Villarrica, cuyo impacto aún no se refleja en las estadísticas del periodo estudiado²³.

Respecto a la distribución porcentual según el lugar de muerte, la literatura existente no tiene análisis directo de los fallecimientos en recintos de salud versus en casa, sin embargo es posible considerar que los resultados obtenidos se asemejan a los internacionales, pues se ha descrito que alrededor de un 50% de los pacientes con SGB requieren de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) principalmente por compromiso ventilatorio que requiere de ventilación mecánica, siendo esta una de las causas más comunes de muerte junto con las cardiovasculares^{24,25}, ya que en UCI estos pacientes tienen mayor riesgo de presentar complicaciones como neumonía, sepsis, arritmias, entre otras.

Las bases de datos utilizadas, si bien representativas a nivel nacional, no permiten un análisis clínico detallado del mecanismo de muerte específico ni de la fase evolutiva de la enfermedad al momento del fallecimiento. Estudios previos muestran que hasta un 67% de las muertes ocurren durante la fase de recuperación tras la mejoría neurológica inicial²⁶, información que este diseño no permite explorar. Además, es importante mencionar que, dado al bajo número absoluto anual de casos de SGB, pequeñas fluctuaciones pueden generar cambios significativos en la mortalidad.

CONCLUSIÓN

El análisis de la TM por SGB en Chile revela que, en términos generales, los casos se han mantenido estables con leves variaciones en los últimos años, sin embargo las mujeres han tenido un aumento significativo llegando a superar a los hombres, con una mayor TM a medida que aumenta la edad. Las mayores tasas se concentraron en regiones con alta proporción de población indígena y mayor pobreza relativa, sin un patrón demográfico único, y mayoritariamente los decesos ocurren en recintos de salud.

Estos hallazgos evidencian la necesidad de realizar estudios epidemiológicos que recopilen información detallada de los casos de SGB y así analizar en profundidad las características de la población que fallece, el mecanismo de muerte específico que predomina, y de esta forma, realizar mejoras en el tratamiento de manera oportuna.

Este estudio permite discutir sobre la importancia de mejorar el acceso a atención de salud de calidad y especializada en todas las regiones de Chile, pues se vuelve fundamental derribar barreras culturales y sociodemográficas de las regiones con mayor presencia de pueblo indígena y de escasos recursos, factores que impiden una detección y manejo óptimo y oportuno de esta enfermedad, lo que permitiría reducir las tasas de mortalidad con intervenciones efectivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hughes RAC. Guillain-Barré syndrome: History, pathogenesis, treatment, and future directions. *Eur J Neurol* [Internet]. 2024 [citado el 7 de mayo 2026];31(11):e16346. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ene.16346>
- Elendu C, Osamuyi EI, Afolayan IA, Opara NC, Chinedu-Anunaso NA, Okoro CB, et al. Clinical presentation and symptomatology of Guillain-Barré syndrome: A literature review. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2024 [citado el 7 de mayo 2026];103(30):e38890. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000038890>
- 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 (B Aires)* [Internet]. 2021 [citado el 7 de mayo 2026];81(5):817-36. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802021000500817&lng=es
- Ripellino P, Schreiner B, Latorre D. Expanding our understanding of Guillain-Barré syndrome: Recent advances and clinical implications. *Eur J Immunol* [Internet]. 2024 [citado el 7 de mayo 2026];54(11):e2250336. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eji.202250336>
- Cedeño Laz JA. Aspectos clínicos y epidemiológicos del síndrome de Guillain-Barré. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. 2024 [citado el 7 de mayo 2026];53(2):e024029684. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/29684>
- Naranjo Arango YA, García Henao JP, Farfán Cortés AY, Álvarez Correa D. Síndrome de Guillain-Barré como manifestación neurológica autoinmune asociado a COVID-19: Una revisión de la literatura. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2022 [citado el 7 de mayo 2026];29(Supl 1):48-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2021.01.004>
- Castro Díaz SX, Pereira-Salto L, Araujo Castillo RV. Ventilación mecánica, tiempo de hospitalización, muertes y discapacidad según las variantes del síndrome de Guillain-Barré: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2024 [citado el 7 de mayo 2026];41(3):247-58. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2024.413.13509>
- Alva-Díaz C, Mori N, Pacheco-Barrios K, Velásquez-Rimachi V, Rivera-Torres O, Huerta-Rosario CA, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del paciente con síndrome de Guillain-Barré. *Neurol Argent* [Internet]. 2020 [citado el 7 de mayo 2026];12(1):36-48. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.09.006>
- Bellantí R, Rinaldi S. Guillain-Barré syndrome: a comprehensive review. *Eur J Neurol* [Internet]. 2024 [citado el 7 de mayo 2026];31(8):e16365. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ene.16365>
- Idiáquez JF, Salinas R, Cea G. Guillain-Barré Syndrome in Chile: Incidence and Mortality (2013-2019). *Neuroepidemiology* [Internet]. 2026 [citado el 7 de mayo 2026];60(4):615-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000547305>
- Rojas Salinas J, Rodríguez Pizarro S, Paz Alday J, Bugueño Rodríguez F. Actualización epidemiológica: Tasa de Egreso Hospitalario por Síndrome Guillain-Barré entre 2020-2023 en Chile. *Rev Andes* [Internet]. 2025 [citado el 7 de mayo 2026];1(1). Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15420117>
- Instituto Nacional de Estadísticas. Resultados nacionales Censo 2024 [Internet]. Santiago: INE; 2024 [citado el 7 de mayo 2026]. Disponible en: <https://censo2024.ine.gob.cl/>
- Capasso A, Ompad DC, Vieira DL, Wilder-Smith A, Tozan Y. Incidence of Guillain-Barré syndrome (GBS) in Latin America and the Caribbean before and during the 2015-2016 Zika virus epidemic: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2019 [citado el 7 de mayo 2026];13(8):e0007622. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007622>
- Valenzuela Magun C, Moscoso Sandoval A, Martínez Afani A, Cuellar Kauer A, Rozada Castro C. Tasa de egreso hospitalario por Síndrome Guillain-Barré en hombres y mujeres entre los 1-80 años durante el 2020-2023 en Chile. *Rev Conflu* [Internet]. 2024 [citado el 7 de mayo 2026];7. Disponible en: <https://doi.org/10.52611/confluencia.2024.1151>
- Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. A cinco años de la pandemia: Los impactos y desafíos del sistema de salud chileno tras el Covid-19 [Internet]. Santiago: Universidad de Chile; 2025 [citado el 7 de mayo 2026]. Disponible en: <https://saludpublica.uchile.cl/noticias/225789/entrevista-dr-cristian-rebolledo-a-cinco-anos-de-la-pandemia>
- Shaikh MA, Kumar D, Nalband AMU, Sharma S, Bhattu BK, Arya S, et al. Guillain-Barré syndrome (GBS): Natal to Fatal: Database Research and Systematic Review. *Journal of Contemp Clin Pract* [Internet]. 2025 [citado el 7 de mayo 2026];11(2):233-9. Disponible en: <https://doi.org/10.61336/jccp/25-02-29>
- Sejvar JJ, Baughman AL, Wise M, Morgan OW. Population incidence of Guillain-Barré syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology* [Internet]. 2011 [citado el 7 de mayo 2026];36(2):123-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000324710>
- Alosan AZ, Heilat GB, Alosan K, Aleikish AA, Rabbaa AN, Shakhathreh AM, et al. Autonomic brain functioning and age-related health concerns. *Curr Res Physiol* [Internet]. 2024 [citado el 7 de mayo 2026];7:100123. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.crphys.2024.100123>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Región de la Araucanía: Reporte Regional [Internet]. Santiago: BCN; 2023 [citado el 7 de mayo 2026]. Disponible en:

- https://www.bcn.cl/siit/reportesregionales/pdf_region.html?anno=2023&cod_region=9
20. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Región de Arica y Parinacota: Reporte Regional [Internet]. Santiago: BCN; 2025 [citado el 7 de mayo 2026]. Disponible en: https://www.bcn.cl/siit/reportesregionales/reporte_final.html?anno=2025&cod_region=15
 21. Nadeem ZA, Ashraf H, Ashfaq H, Fatima E, Larik MO, Ur Rehman O, et al. Temporal trends and regional variations in mortality related to Guillain-Barré syndrome in the United States: a retrospective study from 1999 to 2020. *Int J Neurosci* [Internet]. 2024 [citado el 7 de mayo 2026];135(12):1469-78. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00207454.2024.2401422>
 22. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Región de Antofagasta: Reporte Regional [Internet]. Santiago: BCN; 2025 [citado el 7 de mayo 2026]. Disponible en: https://www.bcn.cl/siit/reportesregionales/reporte_final.html?anno=2025&cod_region=2
 23. Ministerio de Salud de Chile. Servicio de Salud Araucanía Sur. Hospital de Villarrica [Internet]. Villarrica: MINSAL; 2024 [citado el 7 de mayo 2026]. Disponible en: <https://www.araucaniasur.cl/hospital-de-villarrica/>
 24. González P, García X, Guerra A, Arango JC, Delgado H, Uribe CS, et al. Experience with Guillain-Barré syndrome in a neurological Intensive Care Unit. *Neurología* [Internet]. 2016 [citado el 7 de mayo 2026];31(6):389-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.09.004>
 25. Yi SW, Lee JH, Hong JM, Choi YC, Park HJ. Incidence, Disability, and Mortality in Patients With Guillain-Barré Syndrome in Korea: A Nationwide Population-Based Study. *J Clin Neurol* [Internet]. 2022 [citado el 7 de mayo 2026];18(1):48-58. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.3988/jcn.2022.18.1.48>
 26. van den Berg B, Bunschoten C, van Doorn PA, Jacobs BC. Mortality in Guillain-Barré syndrome. *Neurology* [Internet]. 2013 [citado el 7 de mayo 2026];80(18):1650-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1212/wnl.0b013e3182904fcc>