



Universidad de Valladolid



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Grado en Logopedia

**LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA
EN EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ**

The efficacy of speech therapy intervention in Guillain-
Barré Syndrome

Autora: Cristina Pascual Gómez

Tutora: Isabel Álvarez Alfageme



Curso 2021-2022

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
JUSTIFICACIÓN	9
PRIMERA PARTE	11
1. REVISIÓN TEÓRICA	11
1.1. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (SGB)	11
1.1.1. CONCEPTO.....	11
1.1.2. EPIDEMIOLOGÍA	11
1.1.3. ETIOLOGÍA	12
1.1.4. FISIOPATOLOGÍA DE SGB.....	12
1.1.5. VARIANTES	12
1.1.6. FASES	14
1.1.7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	15
1.1.8. DIAGNÓSTICO.....	16
1.1.9. EVOLUCIÓN	17
1.1.10. TRATAMIENTO MÉDICO	17
1.1.11. TRATAMIENTO LOGOPÉDICO	18
1.1.12. RELACIÓN CON EL COVID-19.....	18
2. PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS	19
2.1. PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA INVESTIGACIÓN	19
2.2. OBJETIVO GENERAL.....	19
2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
2.4. HIPÓTESIS.....	20
SEGUNDA PARTE	21
3. DISEÑO Y METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	21
3.1. MÉTODO.....	21
3.1.1. PARTICIPANTES.....	21
3.1.2. INSTRUMENTOS	23
3.1.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
3.1.4. PROCEDIMIENTO RECOGIDA DE DATOS	24
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	25
4.1. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	25

4.2.	RESULTADOS	25
4.2.1.	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS.....	25
5.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	38
5.1.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	40
5.2.	LÍNEAS FUTURAS DE TRABAJO	40
	BIBLIOGRAFÍA.....	41
	ANEXOS	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	15
Figura 2	28
Figura 3	29
Figura 4	29
Figura 5	30
Figura 6	30
Figura 7	31
Figura 8	32
Figura 9	32
Figura 10	33
Figura 11	36
Figura 12	37
Figura 13	46
Figura 14	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	13
Tabla 2	21
Tabla 3	22
Tabla 4	22
Tabla 5	23
Tabla 6	25
Tabla 7	26
Tabla 8	26
Tabla 9	26
Tabla 10	27
Tabla 11	27
Tabla 12	31
Tabla 13	34
Tabla 14	35
Tabla 15	36
Tabla 16	48

AGRADECIMIENTOS

Querría transmitir mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que me han brindado su ayuda para la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado.

En primer lugar, a mi tutora Isabel, por su ayuda en la planificación, información y organización del presente trabajo.

En segundo lugar, a los que han estado siempre, a mi familia, y en especial a mi abuela, por el apoyo incondicional durante todos estos años, por creer en mí y darme fuerzas cuando en ocasiones me quedaban pocas.

También, expresar mi más sentido agradecimiento, a todos los profesionales, pacientes y familias que han sacado tiempo y nos han permitido recabar información y conocer más acerca de la realidad del tema, sin vuestras respuestas este trabajo no habría sido posible.

RESUMEN

El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la causa más común de neuropatía desmielinizante del sistema periférico. Algunos de sus signos y síntomas principales son: debilidad para el movimiento de la musculatura orofacial, que afecta a la capacidad de realizar gestos (parálisis facial), al proceso de deglución (disfagia orofaríngea), a la musculatura respiratoria (ventilación mecánica), y al habla (disartria).

Este trabajo pretende fomentar el trabajo logopédico y evidenciar la necesidad de incluir la logopedia en el tratamiento del SGB, para ello se han recogido datos de 63 personas a través de un cuestionario online transversal y semicerrado que recoge información sobre el Síndrome de Guillain-Barré y su relación con la rehabilitación logopédica.

También se ha realizado un análisis exhaustivo de artículos en los que se reportan la efectividad de un tratamiento multidisciplinar e interdisciplinar de profesionales para la evaluación e intervención de los síntomas tanto en fase aguda como fase crónica del Síndrome Guillain-Barré.

Los resultados obtenidos muestran que existe una elevada incidencia de síntomas residuales discapacitantes después del episodio agudo de SGB, y que estas alteraciones impactan negativamente en las actividades laborales y de ocio de los pacientes.

Palabras clave: *Síndrome Guillain-Barré (SGB), rehabilitación logopédica, eficacia, equipo multidisciplinar, disfagia orofaríngea, parálisis, disartria y problemas respiratorios.*

ABSTRACT

Guillain-Barré syndrome (GBS) is the most common cause of demyelinating neuropathy of the peripheral system. Some of its main signs and symptoms are: weakness in the movement of the orofacial muscles, which affects the ability to make gestures (facial paralysis), the swallowing process (oropharyngeal dysphagia), the respiratory muscles (mechanical ventilation), and speech (dysarthria).

This work aims to promote speech therapy work and demonstrate the need to include speech therapy in the treatment of GBS, for which data has been collected from 63 people through a cross-sectional and semi-closed online questionnaire that collects information on Guillain-Barré Syndrome and its relationship with speech therapy rehabilitation.

An exhaustive analysis of articles reporting the effectiveness of a multidisciplinary and interdisciplinary treatment of professionals for the evaluation and intervention of symptoms in both the acute and chronic phases of Guillain-Barré Syndrome has also been carried out.

The results obtained show that there is a high incidence of residual disabling symptoms after the acute episode of GBS, and that these alterations have a negative impact on the work and leisure activities of patients.

Keywords: *Guillain-Barré Syndrome (GBS), speech therapy rehabilitation, efficacy, multidisciplinary team, oropharyngeal dysphagia, paralysis, dysarthria and respiratory problems.*

INTRODUCCIÓN

El trabajo presentado a continuación es un proyecto de investigación, en el cual se plantea un cuestionario online transversal y semicerrado para determinar si la figura del logopeda debería de estar más presente en el tratamiento y seguimiento del Síndrome de Guillain-Barré (SGB).

Mi motivación personal para elaborar este trabajo, se debe a mis prácticas de 4º de carrera, donde tuve la oportunidad de conocer a un paciente que padecía SGB. Me resultó tan interesante que analicé diferentes artículos, y fue ahí donde observé que la figura del logopeda no estaba presente, aunque los pacientes con SGB en los casos más graves presenten afectación nerviosa a nivel facial, problemas de deglución, dificultad para comunicarse...

Por lo expuesto anteriormente decidí centrar mi tema de trabajo de fin de grado (TFG) en esta patología, para poder aportar mi granito de arena a las personas que lo padecen.

Este trabajo se estructura en dos partes principales. La primera parte corresponde con la parte teórica, en la que se recogen los aspectos más relevantes de la bibliografía disponible de manera completa en determinadas bases de datos, a fines de extraer el contenido que a criterio propio resulte más relevante en relación con el Síndrome de Guillain-Barré (SGB); su epidemiología, etiología, fisiopatología, su relación con el Covid-19, las variantes, fases, manifestaciones clínicas, y finalmente cuáles son sus tratamientos, tanto médico como logopédico. A continuación, en un subapartado se formulan los objetivos y las hipótesis de la investigación.

La segunda parte corresponde con el desarrollo de la investigación que se ha llevado a cabo. En esta parte encontramos diferentes subapartados en los que se detalla; el diseño, la metodología, la descripción de los participantes de la muestra, los instrumentos utilizados, el procedimiento de la investigación, los resultados, el análisis e interpretación de los mismos, y por último se exponen la discusión y las conclusiones finales sobre los datos obtenidos.

Para finalizar, se recogen las referencias bibliográficas utilizadas y un apartado de anexos.

JUSTIFICACIÓN

El motivo principal por el cual he realizado esta investigación, es porque actualmente el Síndrome de Guillain-Barré, se ha convertido en una de las causas más frecuentes de parálisis aguda, dichos pacientes sufren un trastorno asolador debido a su repentina aparición, a las secuelas de la enfermedad y a su difícil recuperación. A día de hoy, el SGB tiene su etiología desconocida, pero con la aparición del virus SARS-CoV-2 se ha incrementado el número de pacientes que acuden a hospitalización y a rehabilitación por su afectación, se han publicado diversos informes respecto a la asociación del SGB y la COVID-19 aunque esta relación permanece controvertida y aún está bajo investigación.

Además, este trabajo se ha realizado teniendo en cuenta la escasez de estudios sobre este tema. Tras revisar la bibliografía referente a la vinculación del tratamiento del Síndrome de Guillain-Barré, no existe ningún trabajo que aborde la rehabilitación logopédica, casi todas las referencias encontradas están realizadas por otros profesionales de la salud.

Por otra parte, el trabajo del logopeda se centra en el manejo de la motricidad orofacial y terapia miofuncional, ramas de esta disciplina que permiten conseguir muchas mejoras en la fuerza, movilidad, funciones estomatognáticas, tono y sensibilidad de los pacientes afectados por esta patología. Por ello, considero que este trabajo puede resultar de ayuda para visibilizar y dar a conocer la necesidad de incluir la figura del logopeda en el tratamiento del SGB, ya que la afectación de los pares craneales se da en el 25% de los casos, ocurriendo parálisis bilateral facial como manifestación más común. (Puga Torres et al., 2003).

En base a lo comentado en el apartado anterior se sabe que el SGB es una patología neurológica, que da la posibilidad de una recuperación completa, aunque tiene un amplio periodo de recuperación. Pero cabe destacar que se estima que entre un 5 y un 15% de las personas con SGB no van a lograr una recuperación completa de la enfermedad (Athanasopoulos et al., 2019).

El Síndrome de Guillain-Barré se considera apto para tratarlo con atención multidisciplinaria (Khan et al., 2010). Ya que lo que ocasiona esta patología no se queda solo a nivel hospitalario, también afecta al entorno social, familiar, laboral y de ocio, áreas importantes para la calidad de vida, que se ven realmente afectadas incluso después del alta

hospitalaria. Aun así, actualmente no existe ninguna guía de tratamiento logopédico para la recuperación del SGB.

Expuesta la complejidad del tema, el objetivo general de la investigación es realizar un estudio lo más profundo posible de la relación de la rehabilitación logopédica con el Síndrome de Guillain-Barré, para en un futuro realizar una guía de tratamiento logopédico para el SGB, poner en práctica con evidencias científicas dichos abordajes y demostrar su eficacia.

PRIMERA PARTE

1. REVISIÓN TEÓRICA

1.1. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (SGB)

1.1.1. CONCEPTO

El Síndrome de Guillain-Barré es un trastorno de polirradiculopatía autoinmune aguda caracterizado por debilidad ascendente progresiva simétrica, arreflexia y pérdida sensorial que se parece mucho a la cuadriplejía (Connors et al., 2022).

1.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

El SGB es la neuropatía periférica aguda más común, representa entre el 85% y 90% de todas las polirradiculopatías desmielinizantes inflamatorias agudas (Govoni, & Granieri, 2001).

Tiene una amplia distribución a nivel mundial, afectando a todas las nacionalidades, sexo y edades, observándose una mayor frecuencia en pacientes con más de 75 años. (Silva et al., 2020).

Sin embargo, en varias publicaciones han encontrado un aumento de la frecuencia de esta entidad en adultos mayores de 50 (González et al., 2016).

Por lo que en el SGB, se registran dos picos de presentación: una en la etapa joven (15 a 34 años) y otra en mayores (60- 74 años), siendo rara en niños menores de un año (Vera-Carrasco, 2019).

La tasa de incidencia global es de 0,6 a 4 casos por cada 100.000 habitantes. (Silva et al., 2020), y se han mostrado más casos de SGB en hombres que en mujeres, esto es inusual en las enfermedades que afectan al sistema inmune, y puede deberse al efecto protector que generan los estrógenos (Govoni, & Granieri, 2001).

Por otro lado, la mortalidad asociada al SGB es relativamente baja, entorno al 3% de los sujetos mueren por complicaciones en la fase aguda (Khan et al., 2010). Pero en el estudio de Meregildo-Rodriguez and Bardales-Zuta (2021) de 142 casos, aunque los pacientes con edad ≥ 60 años representaban solo el 24% del total de casos de SGB, era el grupo con mayor letalidad (58,3%). Por lo que nos da a entender que el rango de edad de menos de 60 años tiene mayor riesgo de mortalidad por el SGB.

Además, la mayoría de las enfermedades motoras (en donde están afectadas principalmente las neuronas motoras) son raras por lo que hay una prevalencia por debajo de los 50 en cada 100,000 habitantes por año (Regensburger et al., 2018).

En México hay poca prevalencia de estas enfermedades motoras. Sin embargo, se siguen presentando en la actualidad (Ver Anexo 1).

En España, al igual que en México, también hay poca prevalencia, pero en los últimos años han aumentado los casos (Ver Anexo 2).

1.1.3. ETIOLOGÍA

Hoy en día la causa exacta del Síndrome de Guillain-Barré se desconoce, pero el 50-70% de los casos aparecen 1-2 semanas después de una infección respiratoria o gastrointestinal, u otro estímulo inmunológico que induce una respuesta autoinmune aberrante dirigida a los nervios periféricos y sus raíces espinales (Esposito & Longo, 2017).

También cirugías, traumatismos o eventos como embarazos han sido considerados causantes indirectos de la enfermedad, pero todavía no hay un punto de unión demostrado entre ambos (Orozco, & Mercado, 2003).

Por lo que la hipótesis más aceptada a día de hoy por los autores es que el SGB es una enfermedad postinfecciosa en la que el sistema inmune se “confunde” entre los antígenos de los virus o bacterias con los propios antígenos de los nervios periféricos, lo que causa una destrucción de los mismos y como consecuencia una degeneración axonal periférica (Orozco, & Mercado, 2003).

1.1.4. FISIOPATOLOGÍA DE SGB

La forma en que se produce la debilidad es la siguiente; cuando un microorganismo se infecta se produce una gran cantidad de anticuerpos, y estos anticuerpos se van a fijar a las terminaciones nerviosas libres dando lugar a una degeneración axonal que genera debilidad muscular, en los casos más severos se produce pérdida axonal extensa y cromatolisis de las neuronas motoras (Aguirre et al., 2002).

1.1.5. VARIANTES

Recientes estudios neurofisiológicos y patológicos han llevado a una reclasificación de las enfermedades que subyacen al Síndrome de Guillain-Barré en Polirradiculoneuropatía

desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP), Neuropatía axonal motora y sensorial aguda (AMSAN), Neuropatía axonal motora aguda (AMAN) (Hughes et al., 1999). También existen otras variantes como Neuropatía Faríngea-cervical-braquial (PCB), Síndrome de Miller-Fisher (SMF) y Encefalitis del tronco cerebral Bickerstaff entre otras.

Tabla 1

Características clínicas de las variantes del Síndrome de Guillain-Barré.

Variantes	Forma	Características clínicas
Polirradiculopatía desmielinizante aguda (AIDP). Correspondería a la forma aguda del SGB.	Desmielinizante, el principal daño ocurre en la capa que cubre a los nervios (mielina) y que se encarga de optimizar la conducción de la información entre las diferentes estructuras nerviosas.	Representa el 85-90% de los casos en países desarrollados. Se caracteriza por la presencia de debilidad muscular proximal y pérdida de sensibilidad distal en extremidades que son progresivas y simétricas. Existen formas con afectación puramente motora pero son poco frecuentes. La afectación de nervios craneales es poco frecuente siendo la paresia del nervio facial bilateral la más frecuente (Erazo Torricelli, 2009).
Neuropatía axonal motora aguda (AMAN). Es la descrita más recientemente.	Axonal, el principal daño ocurre sobre el nervio en sí y dependerá de si estos axones conducen información de movimiento.	Debilidad simétrica rápidamente progresiva y síntomas sensitivos con reflejos tendinosos ausentes o reducidos, que suelen alcanzar el nadir en 2 semanas. (Leonhard et al., 2021).
Neuropatía axonal sensitivo-motora aguda (AMSAN)	Axonal, el principal daño ocurre sobre el nervio en sí y dependerá de si estos axones conducen información sensitiva	Se caracteriza por la aparición aguda de debilidad distal, pérdida de los reflejos tendinosos profundos y síntomas sensoriales. (León-Mansilla, & Ixquiac-Pineda, 2021).
Neuropatía Faríngea-cervical-braquial (PCB)	Atípica	Se caracteriza por presentar de forma aguda o subaguda disfagia, debilidad de la musculatura orofaríngea, cuello, hombro y brazos, con sensibilidad conservada. (Hergüner et al., 2008).

Síndrome de Miller-Fisher (SMF)	Atípica	Es raro, representa el 3% de los casos en EUA, en cuanto a las manifestaciones clínicas que presenta; oftalmoplejía bilateral, ataxia, arreflexia, debilidad bulbar que ocurre en el 50% de los sujetos. Debilidad de las extremidades también se produce en el 50%. Está desencadenado por ciertas cepas de <i>Campylobacter jejuni</i> (Torres-Vásquez et al., 2019).
Encefalitis del tronco cerebral Bickerstaff	Atípica	Oftalmoplejía, ataxia, arreflexia, signos de la vía piramidal y alteración de la conciencia, a menudo superpuestos con SGB sensitivo-motor (Leonhard et al., 2021).

Fuente: Elaboración propia.

Existen más variantes pero no han sido mencionadas

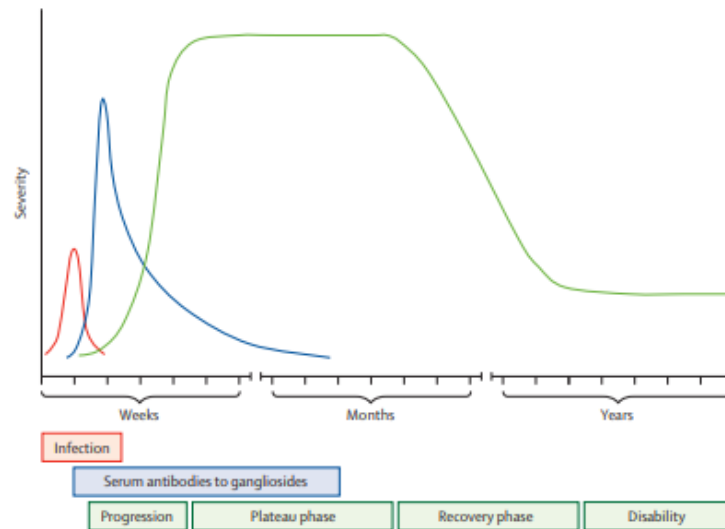
1.1.6. FASES

La enfermedad del SGB evoluciona en 3 fases: (Figura 1)

- Primera Fase de deterioro: corresponde a las 4 primeras semanas.
- Segunda Fase de meseta: parece que la evolución de la patología se estabiliza.
- Tercera Fase de recuperación: muy importante la rehabilitación para conseguir mayor capacidad funcional e independencia del paciente.

Figura 1

Evolución de la enfermedad del Síndrome de Guillain-Barré.



Fuente: Extraído Guillain-Barré Syndrome. p717-727, Hugh J Willison, Bart C Jacobs, Pieter A van Doorn. 2016, *The Lancet.*; Vol 388.

1.1.7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas iniciales consisten en sensación de adormecimiento en los dedos de pies y manos, también puede aparecer dolor en las piernas o zona lumbar baja, esto suele continuarse con debilidad muscular que comienza en los miembros inferiores para posteriormente afectar otras regiones del cuerpo (músculos respiratorios, pares craneales...) (Puga Torres et al., 2003).

Entre sus principales complicaciones se encuentran las siguientes (Cevallos et al., 2022):

- 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 SGB está inactiva o tiene que permanecer en la cama.
- Aumento del riesgo de infecciones.
- Presión arterial baja o inestable.
- Parálisis permanente.
- Neumonía.
- Broncoaspiración de alimentos o líquidos.

En el SGB, cuando el deterioro neurológico alcanza los nervios craneales cursa con parestesias en el nervio trigémino y/o provocar parálisis facial bilateral. Esta parálisis ocurre en forma aguda en un período de 1 a 28 días y, con frecuencia, especialmente en la AIDP, se asocia un compromiso autonómico significativo (Erazo, 2009).

Además, en algunos pacientes ocurre falla ventilatoria secundaria a este trastorno, con complicaciones secundarias al soporte ventilatorio y a la movilidad reducida. Por ello, cerca del 50% de los pacientes requiere hospitalización en la UCI, (González et al., 2016), y del 2 al 4 % fallecerá por complicaciones (Vera-Carrasco, 2019).

Un estudio prospectivo de 397 pacientes encontró que los principales factores de falla ventilatoria fueron un menor tiempo transcurrido entre el inicio de la debilidad y el ingreso al hospital (progresión más rápida del déficit), mayor compromiso motor y la presencia de debilidad facial y/o bulbar (González et al., 2016).

1.1.8. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de esta enfermedad es clínico, basándonos en criterios clínicos mismos que incluyen obligatoriamente: una debilidad progresiva en uno o más miembros debido a una neuropatía, arreflexia, y un curso de la enfermedad menor de 4 semanas y exclusión de otras causas. Otros criterios clínicos incluyen: debilidad simétrica relativa, leve afectación sensorial, alteración de cualquier par craneal, ausencia de fiebre y evidencia electrofisiológica de desmielinización (Fierro et al., 2022). En consecuencia, mundialmente se han aceptado los criterios propuestos por Asbury (Ver Anexo 3).

Si bien el SGB se expresa clínicamente de forma característica y uniforme en la gran mayoría de los casos, existen presentaciones más atípicas con la persistencia de reflejos osteotendinosos o hiperreflexia. La existencia de reflejo plantar extensor (Babinski) y edema de papila es excepcional y obliga a descartar otras etiologías (Erazo, 2009).

La mayoría de los pacientes con sospecha de SGB se someten a una punción lumbar. Su líquido cefalorraquídeo (LCR) muestra típicamente una disociación citoalbuminológica (es decir, un recuento celular normal con niveles elevados de proteínas) (Esposito & Longo, 2017).

Sin embargo, debe recordarse que este hallazgo puede estar ausente hasta en el 50% de los pacientes en la primera semana, por lo que un LCR (líquido céfalo raquídeo) normal

no excluye el diagnóstico, es especial si se analiza en los primeros días (González et al., 2016).

1.1.9. EVOLUCIÓN

En cuanto a la evolución del Síndrome de Guillain-Barré, se conoce que tras la aparición de los primeros síntomas, la condición tiende a empeorar durante unas dos semanas, alcanzando una fase de estabilidad que se mantiene entre dos y cuatro semanas. Después comienza una fase de recuperación progresiva que se prolonga durante meses (Institut Guttmann, 2016).

1.1.10. TRATAMIENTO MÉDICO

Antes de cualquier posible tratamiento logopédico, los pacientes que padecen SGB necesitan una atención médica inmediata, especializada, e intensiva, porque en afectaciones severas la vida del paciente puede estar comprometida.

Hoy en día no existe un tratamiento curativo para el Síndrome de Guillain-Barré, pero existen tratamientos que pueden acelerar la recuperación.

Los pilares fundamentales del tratamiento médico en la recuperación del SGB son el tratamiento con inmunoglobulina (IgG) (basado en la administración de anticuerpos por vía intravenosa que neutraliza las toxinas que dañan a las células sanas), la plasmaféresis o recambio plasmático terapéutico (TPE) y el manejo respiratorio y cardíaco (Rebolledo-García et al., 2018).

Durante la etapa aguda de la enfermedad es importante un adecuado control respiratorio ya que el paciente puede tener debilidad de la musculatura respiratoria y se debe mantener la permeabilidad de la vía aérea (Torres et al., 2003).

Sin olvidar que la respiración mecánica estará indicada cuando la capacidad vital del paciente sea inferior a 10ml/kg, el paciente presente hipoxemia o hipercapnia o exista riesgo de broncoaspiración por presencia de parálisis bulbar o disfagia.

1.1.11. TRATAMIENTO LOGOPÉDICO

El tratamiento en el Síndrome de Guillain-Barré es multidisciplinar (de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, médico rehabilitador, neurólogos y otros profesionales sanitarios) y es recomendado tanto en fase aguda como en fase crónica.

Por consiguiente, para explicar el tratamiento del logopeda en los pacientes con SGB diferenciaremos dos etapas; la primera que correspondería con la fase aguda, que es cuando el paciente se encuentra en el hospital en un estado de estabilización y supervivencia, y la segunda fase que correspondería con la rehabilitación, en la que el paciente se encuentra en su casa y necesita recuperar la calidad de vida que tenía antes del Síndrome de Guillain-Barré.

Atendiendo a las manifestaciones clínicas del SGB mencionadas anteriormente, el logopeda tiene que estar presente en ambas etapas, ya que la rehabilitación a nivel logopédico se centra en terapia de voz, estimulación orofacial, SAAC (sistemas de comunicación aumentativos y/o alternativos) y reeducación del lenguaje, del habla y de la deglución.

No hay que olvidar que el SGB es una patología neurológica, que nos da la posibilidad de una recuperación completa, pero tiene un largo periodo de recuperación. Además, un porcentaje significativo de personas indican que a consecuencia del SGB su estado de ánimo y calidad de vida en general se ve disminuida. Actualmente no existe ninguna guía de tratamiento logopédico, ni tampoco un programa de ejercicio terapéutico para la recuperación de la enfermedad. Esto indica la necesidad de un protocolo de rehabilitación en este tipo de personas.

1.1.12. RELACIÓN CON EL COVID-19

El covid-19 es una enfermedad vírica causada por el coronavirus SARS-CoV-2. La manifestación más común y significativa es la enfermedad respiratoria, sin embargo, se han informado características neurológicas (Ellul et al., 2020).

La respuesta inmunitaria provocada por el SARS-CoV-2 se ha implicado en la etiología de varios trastornos neurológicos, como el accidente cerebrovascular y enfermedades autoinmunes, incluido el síndrome de Guillain-Barré (GBS) (Connors, McNeill, & Hrdlicka, 2022).

El GBS es extremadamente raro, afecta a 1-2 de cada 100.000 personas o 0,001%-0,002%; por el contrario, se informó una tasa de incidencia de SGB del 0,42 % en personas diagnosticadas con COVID-19 (López-Hernández et al., 2021).

Por otro lado, un estudio realizado en el norte de Italia mostró un número significativamente mayor de pacientes con SGB durante el brote de COVID-19 y una alta frecuencia de pacientes con SGB con COVID-19, lo que destaca el posible papel del SARS-CoV-2 en desencadenar el SGB (Filosto et al., 2021).

2. PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA INVESTIGACIÓN

Como he mencionado anteriormente, el SGB es una patología que en un periodo muy breve de tiempo deja al paciente en su mayor etapa de debilidad, y el tiempo de recuperación va a variar dependiendo de la afectación y de la persona.

Por otro lado, es una enfermedad en la que es muy complicado demostrar la evidencia de herramientas, técnicas o métodos porque el tratamiento es interdisciplinar y existen diferentes variables; como el apoyo exterior, la actitud... que influyen en el tratamiento, por todo ello hoy en día no está determinado que metodología es la más adecuada o más eficaz para utilizar desde el área de la rehabilitación.

Además afecta a cualquier edad, y el largo proceso rehabilitación de la misma, puede afectar a la situación laboral, escolar... de los pacientes.

Por otra parte, desde el área de la Logopedia no hay bibliografía sobre abordajes con herramientas y marcos teóricos específicos de rehabilitación que defiendan que esa intervención que están realizando sea eficaz y/o eficiente.

2.2. OBJETIVO GENERAL

Con el fin de resolver los problemas planteados anteriormente, el presente Trabajo de Final de Grado tiene como objetivo principal evidenciar la eficacia o necesidad de la rehabilitación logopédica en los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré, para en un futuro realizar una guía de tratamiento logopédico.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O1: Llevar a cabo una búsqueda de la evidencia científica más actual con respecto al tratamiento logopédico en los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré.

O2: Dar a conocer la importancia del trabajo del logopeda en la rehabilitación neurológica.

O3: Realizar un análisis sobre las secuelas ocasionadas en pacientes con Síndrome de Guillain-Barré.

O4: Adquirir los conocimientos necesarios para realizar futuros proyectos.

Pregunta de investigación

¿En personas con Síndrome de Guillain-Barré, resultará beneficioso un protocolo de rehabilitación logopédica para mejorar su calidad de vida?

2.4. HIPÓTESIS

H1: La figura del logopeda no está presente en la rehabilitación del SGB por el desconocimiento de las funciones de la profesión.

H2: La rehabilitación logopédica mejora la calidad de vida de los pacientes con SGB.

H3: Los servicios de rehabilitación no pueden demostrar evidencia científica de un método en concreto debido a que existen muchas variables como para contrastar algo específico.

SEGUNDA PARTE**3. DISEÑO Y METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN****3.1. MÉTODO****3.1.1. PARTICIPANTES**

A continuación, se describen las muestras obtenidas de los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré que han participado en este trabajo, en relación a las variables independientes y con los datos demográficos que a criterio propio se han considerado más relevantes.

Descripción general de las muestras

En este cuestionario se ha recopilado una muestra de 63 personas con SGB de manera aleatoria en todos los aspectos, ya que es un estudio abierto, y cualquier persona con SGB puede ser parte de la muestra, independientemente de la edad, sexo, tipo de Guillain-Barré, procedencia del individuo, aparición de la sintomatología...

Respecto al género de los participantes, como se presenta en la tabla número 2, el mayor porcentaje de usuarios son del sexo femenino (55,6%), mientras que el sexo masculino corresponde con el 44,4% de la muestra.

Tabla 2

Datos recogidos sobre el sexo de los pacientes.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje %
Femenino	35	55,6%
Masculino	28	44,4%

En cuanto a la edad de los participantes, según se observa en la tabla número 3, el mayor porcentaje de usuarios se encuentra en la categoría de 31-35 años edad (19%).

Tabla 3

Datos recogidos sobre la edad actual de los participantes.

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
0-5	0	0%
6-10	3	4,8%
11-15	0	0%
16-20	2	3,2%
21-25	3	4,8%
26-30	2	3,2%
31-35	12	19%
36-40	6	9,5%
41-45	8	12,7%
46-50	6	9,5%
51-55	7	11,1%
56-60	7	11,1%
61-65	2	3,2%
66-70	2	3,2%
+70	3	4,8%

En consideración a los valores que indican el nivel educativo de los participantes, en la tabla número 4 se registran que el 19 % disponen de estudios básicos, el 33,3% de estudios medios, el 46% de estudios superiores, el 1,6% de otro y el 0% sin estudios.

Tabla 4

Datos sobre el nivel educativo de los participantes.

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje %
Estudios básicos	12	19%
Estudios medios	21	33,3%
Estudios superiores	29	46%
Sin estudios	0	0%
Otro	1	1,6%

Atendiendo a la nacionalidad, en la tabla número 5 se recogen los porcentajes de participantes españoles y extranjeros. Los primeros corresponden a un 34,9% de la muestra, y los segundos con un 65,1 %.

Tabla 5
Datos sobre la nacionalidad de los participantes.

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje %
Española	22	34,9%
Mexicana	31	49,2%
Otra	10	15,9%

3.1.2. INSTRUMENTOS

Como se ha mencionado anteriormente, el presente trabajo se divide en dos partes, para la primera parte que corresponde a la revisión, se analizaron artículos científicos que estuvieran relacionados con el Síndrome de Guillain-Barré y la rehabilitación logopédica. Para ello, se realizaron búsquedas en diferentes bases de datos (Medline, PubMed, Google Académico, Scielo, Discovery de Ebsco y Sumarios IME de Medicina). En la búsqueda se utilizaron palabras clave en idioma español como en inglés: Síndrome de Guillain-Barré (SGB), enfermedades de las neuronas motoras, Neuropatía axonal motora aguda, Covid-19, rehabilitación logopédica, tratamiento logopédico...) Se registraron 8.328 artículos del año 1999 al 2022.

De estos artículos, los criterios de selección para el presente estudio fueron:

- Criterios de inclusión: artículos que se relacionaran y contaran con las palabras clave de la revisión.
- Criterios de exclusión: artículos que no se relacionaban con el tema principal, que el título no estuviera relacionado y que los artículos estuvieran duplicados.

Muestra: Se determinaron de acuerdo con los artículos que hayan cumplido con los criterios de inclusión (n= "31" número de artículos). Se procedió a la revisión de los artículos incluidos, luego se procedió a la descripción y análisis de éstos para obtener las conclusiones del presente trabajo.

El siguiente Diagrama de flujo (Ver Anexo 4) recoge los diferentes artículos encontrados en las bases de datos utilizadas, así como el número de ellos que se rechazaron por no cumplir alguno de los cribados y los que, por el contrario fueron admitidos en la revisión sistemática.

Para la segunda parte del trabajo, que corresponde con la recogida de datos se ha elaborado un cuestionario semicerrado de elaboración propia. Este cuestionario se ha dividido en varias secciones. En primer lugar, nos encontramos con una sección en la que se reúnen los datos sociodemográficos más relevantes de los pacientes. En segundo lugar aparece otra sección en la que se encuentran los datos del ingreso hospitalario, a continuación se presenta una tercera sección donde aparecen los datos sobre la rehabilitación logopédica, y finalmente, aparece una última sección en la que se reúnen los datos sobre el Síndrome de Guillain-Barré.

El cuestionario se ha organizado de tal manera que, dependiendo de las respuestas introducidas, sigue un camino u otro. Es decir, se ha adaptado a todas las respuestas posibles, para que cada participante pudiera responder con las respuestas que verdaderamente correspondieran a su situación y características.

Por último, añadir que la mayor parte de las preguntas realizadas se han indicado como obligatorias, para obtener el mismo número de respuestas en todas ellas y que ninguna pregunta quedara sin datos suficientes.

3.1.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se ha realizado un estudio de tipo descriptivo y de enfoque cuantitativo debido a que los datos obtenidos han servido para probar las hipótesis mencionadas anteriormente, utilizando para ello datos numéricos y estadísticos mediante la distribución de porcentajes. Es retrospectivo, puesto que se centra en acciones pasadas, y transversal, ya que la recogida de datos se ha efectuado en un momento determinado.

3.1.4. PROCEDIMIENTO RECOGIDA DE DATOS

La elaboración de esta investigación se ha llevado a cabo creando un cuestionario online desde la plataforma Survio, y para facilitar la recogida de datos se ha difundido a través de diferentes redes sociales; Instagram, Facebook, Gmail, WhatsApp.

Se ha difundido por asociaciones de Síndrome de Guillain-Barré tanto española como mexicana. Ha estado disponible durante 30 días, del día 18 de abril hasta el día 17 de mayo de 2022.

Este cuestionario se ha dirigido a personas con SGB de cualquier edad y se ha proporcionado confidencialidad en el procesamiento de datos.

Una vez finalizada la recogida de datos del cuestionario, se ha descargado la hoja de cálculo Microsoft Excel en la que aparecen los datos obtenidos con él.

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

4.1. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Un aspecto a tener en cuenta, es que en algunas preguntas, la muestra válida es superior, ya que los participantes tenían la opción de indicar más de una respuesta. Estos casos han sido muy puntuales, por lo que no han perjudicado negativamente a los resultados.

A continuación, se exponen los resultados obtenidos con este estudio.

4.2. RESULTADOS

4.2.1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

Para comenzar el análisis, en la tabla 6 se recogen los datos obtenidos sobre el conocimiento de la función del logopeda de los participantes de manera general. El 55,6% no lo sabía, y el 44,4% sí.

Tabla 6

Datos referentes al conocimiento de los participantes sobre la función del logopeda de manera general.

	Frecuencia	Porcentaje %
Si	28	44,4%
No	35	55,6%

A continuación la información obtenida en la tabla número 7 se divide teniendo en cuenta la nacionalidad de los participantes ($n = 22$) y ($n = 41$). En primer lugar, se observa que el 86,36% de los participantes españoles sí que conocen la función del logopeda, en cambio un 13,6% lo desconocen.

Tabla 7

Datos referentes al conocimiento de los participantes de nacionalidad española ($n = 22$) sobre la función del logopeda.

	Frecuencia	Porcentaje %
Si	19	86,3%
No	3	13,6%

En segundo lugar, en la tabla número 8 se indica que el 21,9% de los participantes extranjeros de la muestra si conocen la función de la figura del logopeda, en cambio un 78% no lo conocen.

Tabla 8

Datos referentes al conocimiento de los participantes de nacionalidad extranjera ($n = 41$) sobre la función del logopeda.

	Frecuencia	Porcentaje %
Si	9	21,9%
No	32	78%

En relación al ingreso hospitalario, todos los participantes indicaron que necesitaron ser ingresados por el SGB ($n = 63$).

Tabla 9

Datos referidos al ingreso hospitalario de los participantes.

	Frecuencia	Porcentaje %
Si	63	100%
No	0	0%

Atendiendo al tiempo de ingreso hospitalario, y como se observa en la tabla número 10, el 22,2% de los participantes tuvo un periodo de semanas de ingreso, un 20,6% de más de 3 meses, un 17,4% de 3 meses, un 15,8% de 1 mes, un 12,6% de 2 meses y finalmente un 11,1% de días.

Tabla 10

Datos referentes a la duración del ingreso hospitalario.

	Frecuencia	Porcentaje %
Días	7	11,1%
Semanas	14	22,2%
1 mes	10	15,8%
2 meses	8	12,6%
3 meses	11	17,4%
Más de 3 meses	13	20,6%

Respecto al motivo de ingreso, en la tabla número 11, encontramos que de la muestra de 63 pacientes, 24 indicaron que fue por necesidad del uso de ventilación mecánica, 15 por pérdida de fuerza en extremidades superiores e inferiores, 14 por dificultad para deglutir, 7 por parálisis y 3 por sentir un hormigueo.

Tabla 11

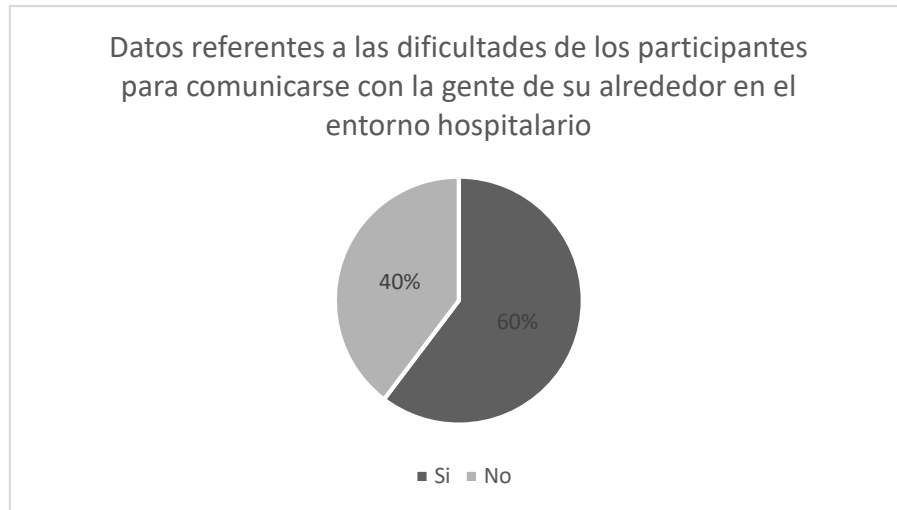
Datos referentes al motivo del ingreso, sin tener en cuenta el tratamiento de inmunoglobulina.

	Frecuencia	Porcentaje %
Parálisis	7	11,1%
Ventilación mecánica	24	38%
Dificultad para deglutir	14	22,2%
Hormigueo	3	4,7%
Pérdida de fuerza en extremidades superiores e inferiores	15	23,8%

A continuación, en la figura número 2 se observa que el 60,3% de los participantes presentaron problemas a la hora de hablar con la gente de su alrededor en su estancia hospitalaria, y un 39,6% no los presentaron.

Figura 2

Datos referentes a las dificultades de los participantes para comunicarse con la gente de su alrededor en el entorno hospitalario.

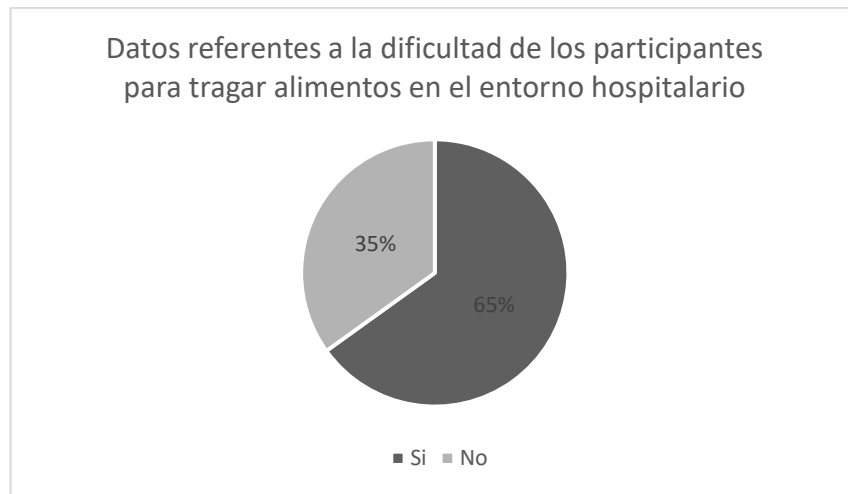


Fuente: Elaboración propia

En la siguiente figura 3 se recogen los datos obtenidos sobre la dificultad de los participantes a la hora de tragar los alimentos durante su ingreso. 41 de los participantes presentaron problemas para tragar y 22 participantes no los presentaron.

Figura 3

Datos referentes a la dificultad de los participantes para tragar alimentos en el entorno hospitalario.



Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la figura 4, 33 de los participantes presentaron problemas respiratorios en el entorno hospitalario, y 30 no los presentaron.

Figura 4

Datos referentes a problemas respiratorios de los participantes en el entorno hospitalario.

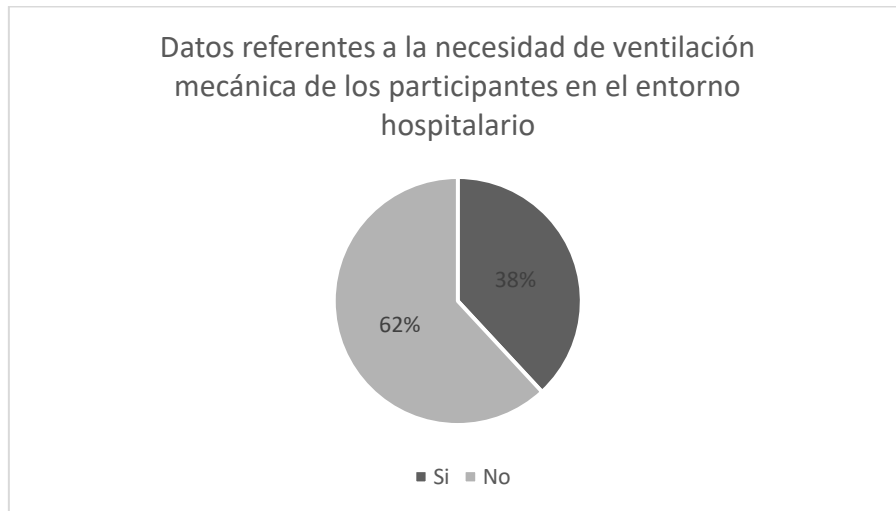


Fuente: Elaboración propia

Atendiendo a la figura 5, el 38% de los participantes necesitaron ventilación mecánica, y el 61,9% no.

Figura 5

Datos referentes a la necesidad de ventilación mecánica de los participantes en el entorno hospitalario.

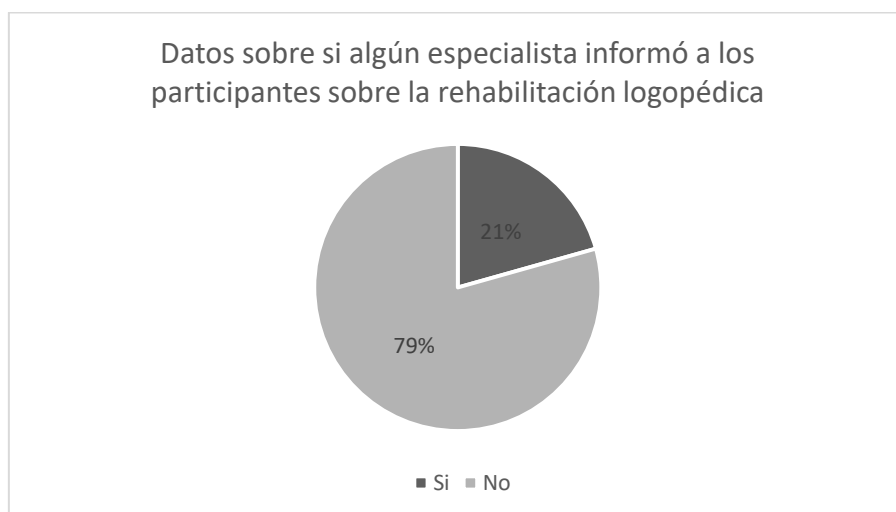


Fuente: Elaboración propia

Respecto a si algún especialista informó a los participantes sobre la posibilidad de la rehabilitación logopédica, el 79,3% indicaron que no, y el 20,6% sí.

Figura 6

Datos sobre si algún especialista informó a los participantes sobre la rehabilitación logopédica

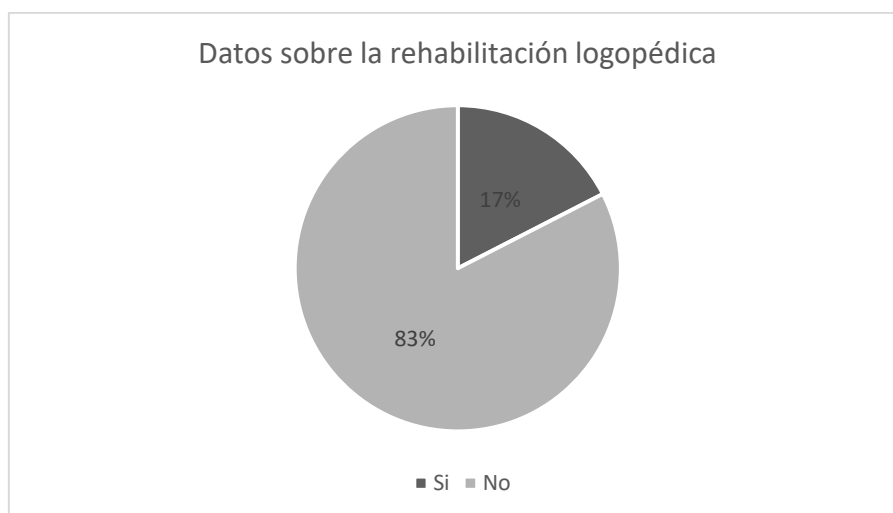


Fuente: Elaboración propia

En relación a la rehabilitación logopédica, solo 11 participantes de ($n = 63$) la realizaron.

Figura 7

Datos sobre la rehabilitación logopédica.



Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la tabla 12, de los 11 participantes que realizaron rehabilitación logopédica, un 27,2% la realizó durante 3 meses, un 18,8% 1 mes, otro 18,8% 4 meses, un 9% 2 meses, otro 9% 5 meses, un 9% 1 año y finalmente otro 9% 2 años.

Tabla 12

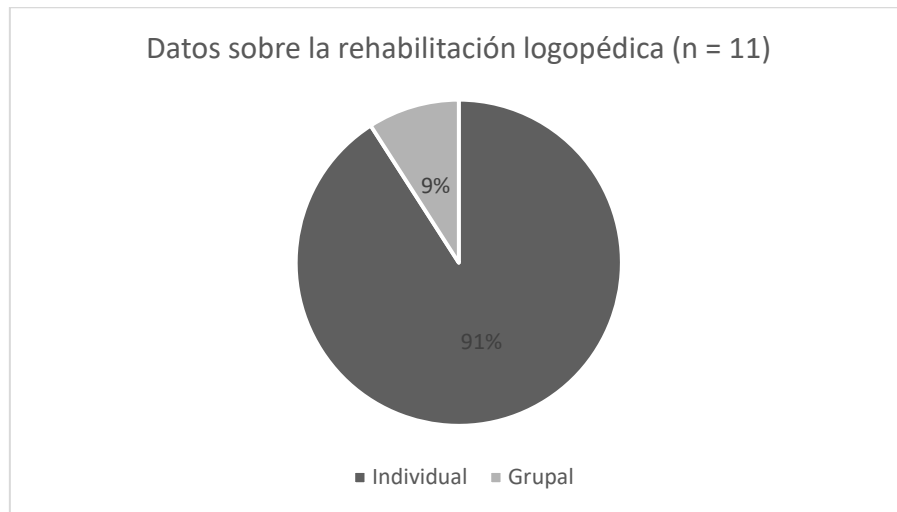
Datos sobre el tiempo de rehabilitación logopédica 11 pacientes.

	Frecuencia	Porcentaje %
1 mes	2	18,1%
2 meses	1	9%
3 meses	3	27,2%
4 meses	2	18,1%
5 meses	1	9%
1 año	1	9%
2 años	1	9%

En la siguiente figura se observa que de ($n = 11$), 10 participantes realizaron la rehabilitación logopédica de manera individual, y 1 paciente de manera grupal.

Figura 8

Datos sobre rehabilitación logopédica (n = 11).

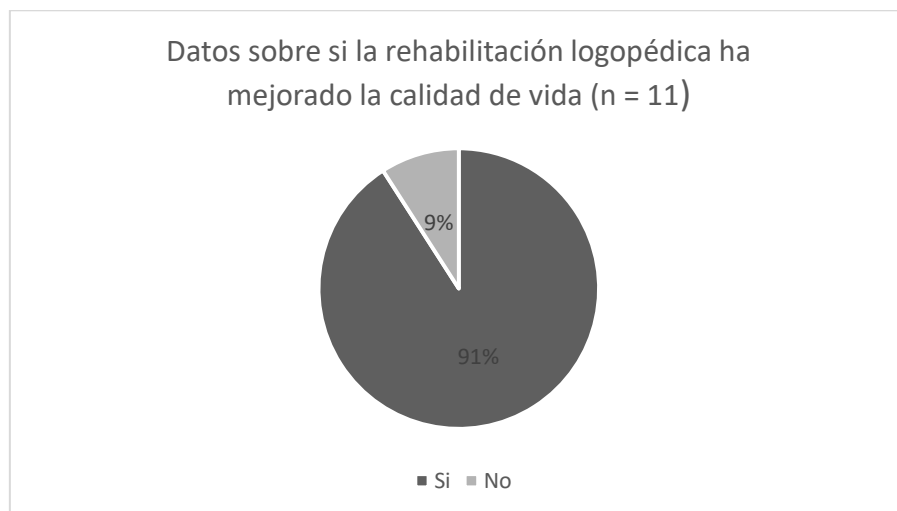


Fuente: Elaboración propia

A continuación, en la figura número 9 se recogen los datos obtenidos sobre si la rehabilitación logopédica ha mejorado la calidad de vida de (n = 11). El 90,9% de los participantes indicó que si, y el 9% no.

Figura 9

Datos sobre si la rehabilitación logopédica, ha mejorado calidad de vida (n = 11).

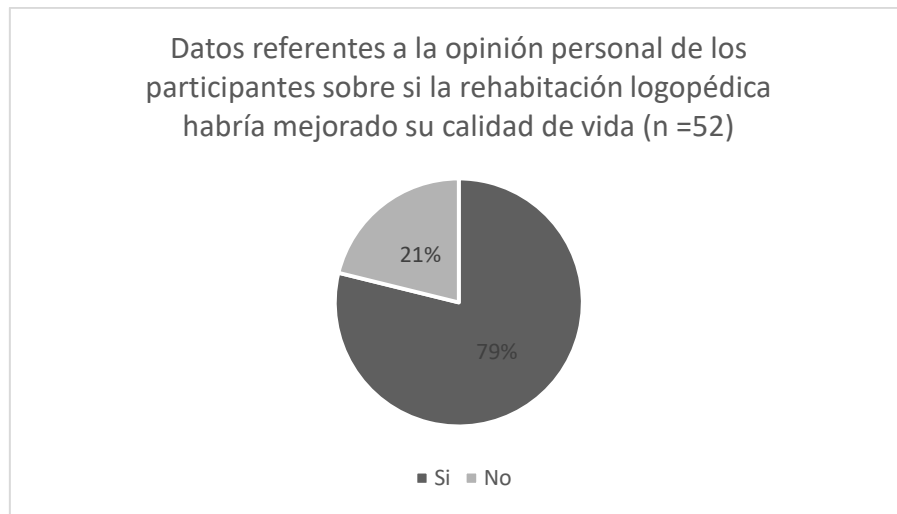


Fuente: Elaboración propia

Observamos a continuación que de los participantes que no realizaron rehabilitación logopédica, un 78,8% pensaba que sí lo hubieran realizado habría mejorado su calidad de vida, y un 21% no lo pensaba.

Figura 10

Datos referentes a la opinión personal de los participantes sobre si la rehabilitación logopédica, habría mejorado su calidad de vida (n= 52).



Fuente: Elaboración propia

Atendiendo a los datos obtenidos en la tabla número 13, la mayor parte de los participantes desarrollaron el SGB en el rango de edad de 36-40 años (14,3%), seguido del rango de edad de 41-45 (12,7%), mientras que los rangos de 6-10, 11-15, 61-65 no se obtuvieron datos.

Tabla 13

Edad en la que los pacientes desarrollaron el Síndrome de Guillain-Barré.

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
0-5	4	6,3%
6-10	0	0%
11-15	0	0%
16-20	4	6,3%
21-25	4	6,3%
26-30	7	11,1%
31-35	7	11,1%
36-40	9	14,3%
41-45	8	12,7%
46-50	4	6,3%
51-55	6	9,5%
56-60	5	7,9%
61-65	0	0%
66-70	3	4,8%
+70	2	3,2%

Respecto a la información obtenida en la tabla número 14, los síntomas más presentes en los participantes fueron la parálisis y la pérdida de coordinación con un 54%, seguido de dificultad para tragar con un 39,7% y dificultad para abrir la boca con un 34,9%. Un 33,3% indicó que presentó problemas para masticar. La disartria y los problemas para respirar estuvieron presentes en un 31,7%. Un 23,8% indicó que tuvieron problemas cognitivos. Tos y visión doble o incapacidad para mover los ojos estuvieron presentes en un 22,2%. Por otro lado un 20,6% presentó deshidratación/desnutrición, y un 19% indicó que realizaban ruidos durante la deglución y que presentaban cambios en la voz tras la ingesta. Finalmente un 14,3% presentó babeo.

Tabla 14

Síntomas que desarrollaron los pacientes o están presentes.

	Frecuencia	Porcentaje %
Parálisis. Dificultad con los movimientos faciales (problemas para sonreír)	34	54%
Dificultad para abrir la boca	22	34,9%
Babeo	9	14,3%
Ruidos durante la deglución	12	19%
Desnutrición/Deshidratación	13	20,6%
Cambios en la voz (tras ingesta)	12	19%
Alteraciones cognitivas (concentración, atención)	15	23,8%
Disartria (problemas para articular palabras)	20	31,7%
Tos (antes, durante y después de la deglución)	14	22,2%
Dificultad para masticar	21	33,3%
Dificultad para tragar	25	39,7%
Problemas para respirar	20	31,7%
Pérdida de coordinación	34	54%
Visión doble o incapacidad para mover los ojos	14	22,2%

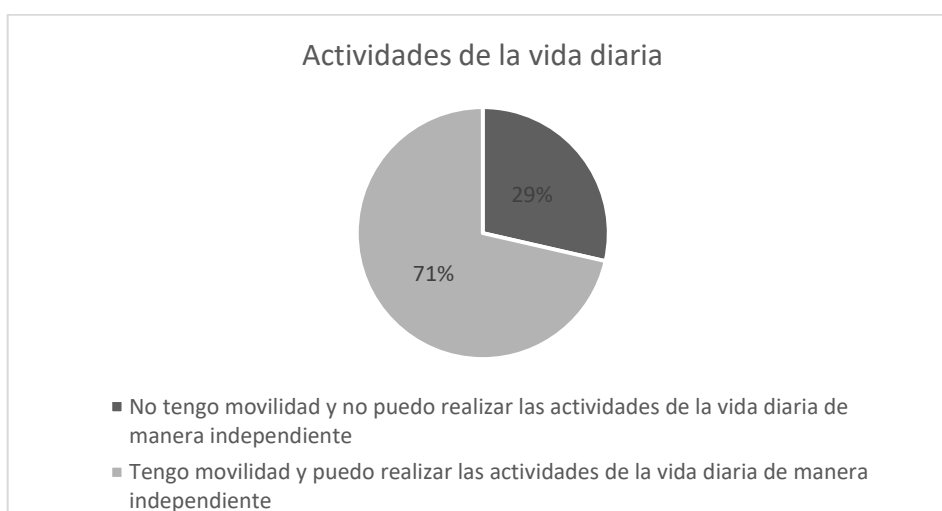
En relación al posible desencadenante del SGB, 22 participantes indicaron que fue a través de una enfermedad diarreica, 18 que fue por otras causas que no se conocen, 11 por vacunas, 10 por infección de las vías respiratorias superiores, 1 cirugía y por último 1 por picaduras de insectos.

Tabla 15
Posible desencadenante del Síndrome de Guillain-Barré.

	Frecuencia	Porcentaje %
Infección de las vías respiratorias superiores	10	15,9%
Enfermedad diarreica	22	34,9%
Embarazo	0	0%
Cirugías	1	1,6%
Picaduras de insectos	1	1,6%
Anestesia raquídea	0	0%
Vacunas	11	17,5%
Otros	18	28,6%

En la siguiente figura se puede observar que un 71,4% de los participantes tienen movilidad y pueden realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente, por otro lado un 28,6% no.

Figura 11
Datos referentes a las actividades de la vida diaria de los participantes.

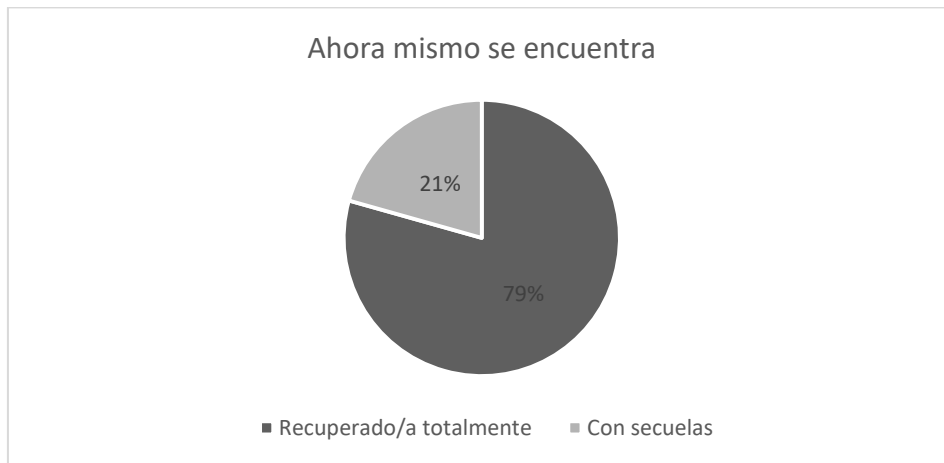


Fuente: Elaboración propia

Para finalizar este análisis, se observa en la última figura que un 79,4% de los participantes a día de hoy se encuentran recuperados totalmente, y un 20,6% tienen secuelas.

Figura 12

Datos referentes a como se encuentran los participantes actualmente.



Fuente: Elaboración propia.

5. DISCURSIÓN Y CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta el marco teórico realizado anteriormente y en base a los datos obtenidos tras el análisis estadístico, en este último apartado se procede a revisar los objetivos propuestos inicialmente y a verificar las hipótesis planteadas del presente trabajo.

Comenzamos haciendo referencia al objetivo general del estudio, buscando la evidencia en la eficacia y necesidad de la rehabilitación logopédica en pacientes con Síndrome de Guillain-Barré. Este objetivo general se ha conseguido a través de cuatro objetivos específicos mencionados anteriormente y de un análisis e interpretación de los datos obtenidos en el cuestionario online y en la revisión sistemática. Por lo que el primer y el tercer objetivo específico se cumplen.

Respecto a este objetivo general, en el estudio se indica que todos los participantes de la muestra padecen o padecieron manifestaciones clínicas relacionadas con la logopedia. 34 pacientes indicaron manifestar parálisis, presentando dificultades a la hora de realizar movimientos faciales como por ejemplo sonreír. Además 20 participantes indicaron que presentaron disartria porque tuvieron problemas a la hora de articular palabras. Por otro lado, como se indica en la tabla número 24, muchos pacientes presentaron la sintomatología de disfagia orofaríngea, ya que indicaron que presentaron dificultades a la hora de abrir la boca, ruidos durante la deglución, desnutrición/deshidratación, cambios en la voz tras la ingesta, tos (antes, durante y después de la deglución), babeo, problemas para masticar, y por último dificultad para tragar. Señalar que la disfagia altera la seguridad de la vía aérea y modifica de varias maneras el pronóstico del paciente neurológico (Suárez-Escudero et al., 2018). Y como indica Palmer et al. (2000) el entrenamiento de la deglución es generalmente la mejor terapia para estos trastornos. Por otro lado, como se ha visto en los resultados del cuestionario, la disfagia está más presente en el Síndrome de Guillain-Barré de lo que la gente espera, en la mayoría de los artículos revisados, indican que la disfagia persiste (Lee et al., 2012). Además, en la actualidad con la aparición del SARS-Cov-19 han aumentado los casos de SGB, por lo que quiero destacar el artículo de Enguita, Baines et al. (2020) en el que se expone un caso de una paciente con SGB y positivo en Covid-19 que ingresa y a las 4 horas del ingreso presenta disfagia para líquidos y progresivamente para sólidos, con voz nasal y dificultad para la deglución de su propia saliva, con instauración progresiva de un cuadro de insuficiencia ventilatoria, en el que se ve la necesidad de una rehabilitación

logopédica. Por todo ello, los datos expuestos muestran que realmente los logopedas debemos intervenir en el tratamiento rehabilitador de esta enfermedad en todas sus fases. Con todo ello, el objetivo general sí que se cumple.

En relación al segundo objetivo específico, de los 41 participantes de nacionalidad extranjera, el 78% desconocen la función del logopeda. Este resultado no nos pareció llamativo, ya que la Asociación de Síndrome de Guillain-Barré de México nos informó de que allí no existía esta figura como tal, pero sí que poco a poco la gente lo iba conociendo a través de lecturas de artículos y conferencias con otros países. Sin embargo, nos llamó la atención los datos obtenidos de los participantes de nacionalidad Española, ya que en nuestro país esta figura lleva presente varios años y aun así 3 de los 22 participantes no conocían dicha profesión. Por otro lado, destaco que un 79% de los pacientes indicaron que no recibieron ningún tipo de orientación o información sobre la rehabilitación logopédica. Aunque un 20,6% de los participantes hoy en día mantenga secuelas. Por lo que se puede deducir una falta de información en el resto de profesionales de la salud sobre la labor de un logopeda, y esto puede afirmar la primera hipótesis planteada en este trabajo. En definitiva, España no tiene los estudios suficientes sobre la rehabilitación en el Síndrome de Guillain-Barré la figura del logopeda no está todavía completamente consolidada.

Atendiendo a la segunda hipótesis planteada, de (n = 63) un 60,3% de los pacientes tuvieron dificultades para hablar con la gente de su alrededor en el entorno hospitalario, un 65% presentaron dificultades para tragar los alimentos y un 52,3% (33 pacientes) presentaron problemas respiratorios de los cuales un 38% (24 participantes) necesitaron ventilación mecánica. Por otro lado, en la tabla número 21 se recogen los datos en los que se indica que de (n=11, pacientes que tuvieron rehabilitación logopédica) el 90,9% de los participantes afirmó que la rehabilitación logopédica mejoró su calidad de vida, y además en la tabla número 22 donde se recogen los datos referentes a la opinión personal de los participantes (que no tuvieron rehabilitación logopédica) sobre si la rehabilitación habría mejorado su calidad de vida, un 78,8% indicó que sí. Estos datos recogidos indican que la segunda hipótesis también se confirma y que la presencia del logopeda en las Unidades de Cuidados Intensivos es necesaria para poder tratar de forma inmediata a los pacientes que padezcan esta enfermedad.

Destacar que en la mayoría de los artículos no se habla del papel del logopeda en la intervención del SGB, pero sí de la necesidad de un equipo multidisciplinar, esto a primera vista puede afirmar la tercera y última hipótesis, en la que se expone que los servicios de rehabilitación no pueden demostrar evidencia científica de un método en concreto debido a que existen muchas variables como para contrastar algo específico, pero como no existe una guía de tratamiento logopédico para el SGB, no se puede confirmar con certeza.

Para concluir, este trabajo parece demostrar los múltiples beneficios de la logopeda en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con Síndrome de Guillain-Barré.

5.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A continuación se van a presentar las limitaciones que se han encontrado a lo largo de la elaboración del presente estudio.

Por un lado, a pesar de tener una muestra de 63 participantes, para realizar el análisis de la rehabilitación logopédica, hemos tenido una muestra diferente en el apartado de la rehabilitación logopédica, debido a que solo 11 participantes realizaron dicha rehabilitación, por lo que habría que realizar una investigación con una muestra más representativa.

Y por otro lado mencionar la escasez de estudios logopédicos relacionados con el tema a desarrollar.

5.2. LÍNEAS FUTURAS DE TRABAJO

Con todo lo expuesto anteriormente, se cumple el cuarto y último objetivo y para concluir este estudio, en relación a lo indicado en el apartado anterior, se indican algunas de las posibles líneas de investigación.

Este estudio corresponde con un cribado que muestra que la rehabilitación logopédica realmente es eficaz en el tratamiento del Síndrome de Guillain-Barré. El siguiente paso podría ser profundizar más y llevar un estudio en el que se realizará una posible guía de tratamiento para el SGB en el que se analizara la rehabilitación logopédica en personas con esta enfermedad para poder ver si se reducen las estancias de ingresos hospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, Beatriz, Carrizosa, Jaime, Martínez, Diana P., & Montoya, Juan Guillermo. (2002). Fisiopatología del síndrome de Guillain Barré axonal. *Latreia*, 15 (2), 103-110
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012107932002000200005&script=sci_abstract&tlng=es
- Athanasopoulos, K. G., Papanastassiou, I. D., Drinis, I., Groumas, N., Gerochristou, M. A., & Petropoulou, K. (2019). A patient with Guillain-Barré syndrome and late recovery after 1 year. *Journal of musculoskeletal & neuronal interactions*, 19(2), 226–228.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31186394/>
- Cevallos, J.M., Vaca, D.A., Ordoñez, D.A., & Díaz, E.X. (2022). Guillan Barré. Síndrome. *Recimundo*, 6(1), 96-103. doi: 10.26820/recimundo/6.(1).ene.2022.96-103
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8294237>
- Connors, C., McNeill, S., & Hrdlicka, H. C. (2022). Occupational and Physical Therapy Strategies for the Rehabilitation of COVID-19-Related Guillain-Barré Syndrome in the Long-term Acute Care Hospital Setting: Case Report. *JMIR rehabilitation and assistive technologies*, 9(1), e30794. <https://doi.org/10.2196/30794>
- Ellul, M. A., Benjamin, L., Singh, B., Lant, S., Michael, B. D., Easton, A., Kneen, R., Defres, S., Sejvar, J., & Solomon, T. (2020). Neurological associations of COVID-19. *The Lancet. Neurology*, 19(9), 767–783. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30221-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30221-0)
- Erazo Torricelli, Ricardo. (2009). Síndrome de Guillain Barré en pediatría. *Medicina (Buenos Aires)*, 69(1, Supl. 1), 84-91. Recuperado en 09 de junio de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002576802009000200010&lng=es&tlng=es.
- Esposito, S., & Longo, M. R. (2017). Guillain-Barré syndrome. *Autoimmunity reviews*, 16(1), 96–101.
<https://doi.org/10.1016/j.autrev.2016.09.022https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27666816/>

- Fierro Ángel De Jesús, L., Aparicio, L., Yasbeth, S., Consuelo, M.-V., Luis, B.-P., Luis, G., María, H., Manzo, J., Antonio, PC, César, A., & Pérez, E. (2022) (s/f). Trastornos de las neuronas motoras: causas, síntomas, factores de riesgo, diagnósticos y tratamientos. *Revista eNeurobiología* 13(31):260222. [https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2022/31/Laureani-Fierro/Laureani-Fierro13\(31\)260222.pdf](https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2022/31/Laureani-Fierro/Laureani-Fierro13(31)260222.pdf)
- Filosto, M., Cotti Piccinelli, S., Gazzina, S., Foresti, C., Frigeni, B., Servalli, M. C., Sessa, M., Cosentino, G., Marchioni, E., Ravaglia, S., Briani, C., Castellani, F., Zara, G., Bianchi, F., Del Carro, U., Fazio, R., Filippi, M., Magni, E., Natalini, G., Palmerini, F., ... Uncini, A. (2021). Guillain-Barré syndrome and COVID-19: an observational multicentre study from two Italian hotspot regions. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 92(7), 751–756. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2020-324837>
- González, P., García, X., Guerra, A., Arango, J.C., Delgado, H., Uribe, C.S., Sará, J., López de Mesa, J.C., & Hernández, O. (2016). Experiencia del síndrome de Guillain-Barré en una Unidad de Cuidados Intensivos neurológicos. *Neurología*, 31(6), 389–394. doi: 10.1016/j.nrl.2014.09.004 <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-experiencia-del-sindrome-guillain-barre-una-S021348531400200X>
- Govoni, V., & Granieri, E. (2001). Epidemiology of the Guillain-Barré syndrome. *Current opinion in neurology*, 14(5), 605–613. <https://doi.org/10.1097/00019052-200110000-00009> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11562572/>
- Hergüner, M. O., Tepe, T., Altunbaşak, S., & Baytok, V. (2008). A rare form of Guillain-Barré syndrome: pharyngeal-cervical-brachial variant. *The Turkish journal of pediatrics*, 50(1), 91–93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18365602/>
- Hughes, R. A., Hadden, R. D., Gregson, N. A., & Smith, K. J. (1999). Pathogenesis of Guillain-Barré syndrome. *Journal of neuroimmunology*, 100(1-2), 74–97. [https://doi.org/10.1016/s0165-5728\(99\)00195-2](https://doi.org/10.1016/s0165-5728(99)00195-2) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10695718/>
- Institut Guttmann. (2016, marzo 15). Síndrome de Guillain Barré. Recuperado a partir de guttmann.com <https://siidon.guttmann.com/es/registro/sindrome-guillain-barre>

- Khan, F., Ng, L., Amatya, B., Brand, C., & Turner-Stokes, L. (2010). Multidisciplinary care for Guillain-Barré síndrome. En the *Cochrane Collaboration (Ed.)*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley y Sons, Ltd. doi: 10.1002/14651858.CD008505. [Multidisciplinary care for Guillain-Barré syndrome - Khan, F - 2010 | Cochrane Library](#)
- Lee, KL, Lim, OK, Lee, JK & Park, KD (2012). Tratamiento de la disfagia con bromuro de piridostigmina en un paciente con la variante faríngea-cervical-braquial del síndrome de guillain-barré. *Anales de medicina de rehabilitación*, 36 (1), 148–153. <https://doi.org/10.5535/arm.2012.36.1.148>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3309320/>
- León-Mansilla, R., & Ixquiac-Pineda, G. (2021). Neuropatía axonal sensitivo motora aguda. *Revista médica (Colegio De Médicos Y Cirujanos De Guatemala)*, 160(2), 167–169. <https://doi.org/10.36109/rmg.v160i2.363>
<https://www.revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala/article/view/363#:~:text=La%20neuropat%C3%ADa%20axonal%20sensorial%20y,tendinosos%20profundos%20y%20s%C3%ADntomas%20sensoriales.>
- Leonhard, Sonja E., Mandarakas, Melissa R., De Assis Aquino Gondim, Francisco, Bateman, Kathleen, Brito Ferreira, Maria L., Cornblath, David R., Van Doorn, Pieter A., Dourado, Mario E., Hughes, Richard A.C., Islam, Badrul, Kusunoki, Susumu, Pardo, Carlos A., Reisin, Ricardo, Sejvar, James J., Shahrizaila, Nortina, Soares, Cristiane, Umapathi, Thirugnanam, Wang, Yuzhong, Yiu, Eppie M., Willison, Hugh J., & Jacobs, Bart C. (2021). Guía basada en la evidencia. Diagnóstico y manejo del síndrome de Guillain-Barré en diez pasos. *Medicina (Buenos Aires)*, 81(5), 817-836. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802021000500817
- López-Hernández, J. C., Pérez-Valdez, E. Y., León-Manríquez, E., Bazán-Rodríguez, L., Galnares-Olalde, J. A., Jorge-de Saráchaga, A., Briseño-Godínez, M. E., May-Mas, R. N., & Vargas-Cañas, E. S. (2021). Guillain-Barre syndrome during COVID-19 pandemic: experience from a referral healthcare center in Mexico. *Síndrome de Guillain-Barré*

- durante la pandemia de COVID-19: experiencia de un centro de referencia en México. *Revista de neurología*, 73(9), 315–320. <https://doi.org/10.33588/rn.7309.2021364>
- Marta-Enguita, J., Rubio-Baines, I., & Gastón-Zubimendi, I. (2020). Síndrome de Guillain-Barré fatal tras infección por SARS-CoV-2. Síndrome de Guillain-Barré fatal tras infección por el virus SARS-CoV-2. *Neurología (Barcelona, España)*, 35 (4), 265–267. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.004>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7166023/>
- Meregildo-Rodríguez, E. D., & Bardales-Zuta, V. H. (2021). Mortality and disability reported after immunoglobulins or plasmapheresis treatment of Guillain-Barré syndrome. *Le infezioni in medicina*, 29(4), 589–599. <https://doi.org/10.53854/liim-2904-13>
- Orozco, H., & Mercado, M. A. (2003). Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubiran". *Archives of surgery (Chicago, Ill: 1960)*, 138(9), 940. <https://doi.org/10.1001/archsurg.138.9.940>
- Palmer, JB, Drennan, JC & Baba, M. (2000). Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Médico de familia estadounidense*, 61 (8), 2453. https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=Am+Fam+Physician&title=Evaluation+and+treatment+of+swallowing+impairments&author=JB+Palmer&author=JC+Drennan&author=M+Baba&volume=61&publication_year=2000&pages=2453-2462&pmid=10794585&
- Puga Torres, Mario Santiago, Padrón Sánchez, Armando, & Bravo Pérez, Rigoberto. (2003). Síndrome de Guillain Barré. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 32(2) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572003000200009&lng=es&tlng=es.
- Rebolledo-García, D, González-Vargas, PO, & Salgado-Calderón, I. (2018). Síndrome de Guillain-Barré: viejos y nuevos conceptos. *Medicina interna de México*, 34(1), 72-81. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i1.1922>
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000100009

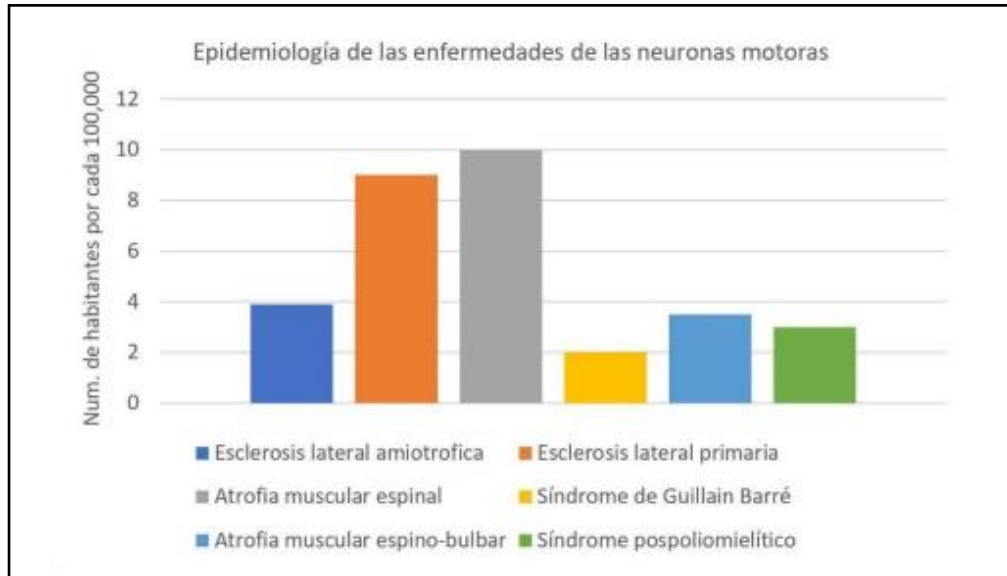
- Regensburger, M., Weidner, N., & Kohl, Z. (2018). Motoneuronerkrankungen : Klinische und genetische Differenzialdiagnostik [Motor neuron diseases : Clinical and genetic differential diagnostics]. *Der Nervenarzt*, 89(6), 658–665.
<https://doi.org/10.1007/s00115-018-0524-2>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29767817/>
- Silva, MA, Palacios, E., Castillo, GA, Monsalve, JA, & Leal Castaño, LF (2020). Secuelas neurológicas del síndrome de Guillain-Barré en pacientes adultos. *Revista repertorio de medicina y cirugía*, 29(3), 185–191.
<https://doi.org/10.31260/repertmedcir.01217273.972>
<https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/972/1407#>
- Suárez-Escudero, Juan Camilo, Rueda Vallejo, Zulma Vanessa, & Orozco, Andrés Felipe. (2018). Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible?. *Acta Neurológica Colombiana*, 34(1), 92-100. <https://doi.org/10.22379/24224022184>
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482018000100092
- Torres-Vásquez, M., Hernández-Torruco, J., Hernández-Ocaña, B., & Chávez-Bosquez, O. (2019). Balanceo de datos del Síndrome de Guillain-Barré utilizando SMOTE para la clasificación de subtipos. *Research in Computing Science*, 148(7), 113–125.
<https://doi.org/10.13053/rcs-148-7-9>
https://rcs.cic.ipn.mx/2019_148_7/Balanceo%20de%20datos%20del%20Sindrome%20de%20Guillain-Barre%20utilizando%20SMOTE%20para%20la%20clasificacion%20de%20subtipos.pdf
- Vera-Carrasco, O. (2019). Síndrome de Guillain Barré. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 60 (2), 59–64. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762019000200010
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762019000200010
- Willison, HJ, Jacobs, BC & van Doorn, Pensilvania (2016). Síndrome de Guillain-Barré. *Lancet*, 388 (10045), 717–727. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00339-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00339-1)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26948435/>

ANEXOS

Anexo 1:

Figura 13

Epidemiología de las enfermedades de las neuronas motoras. México.



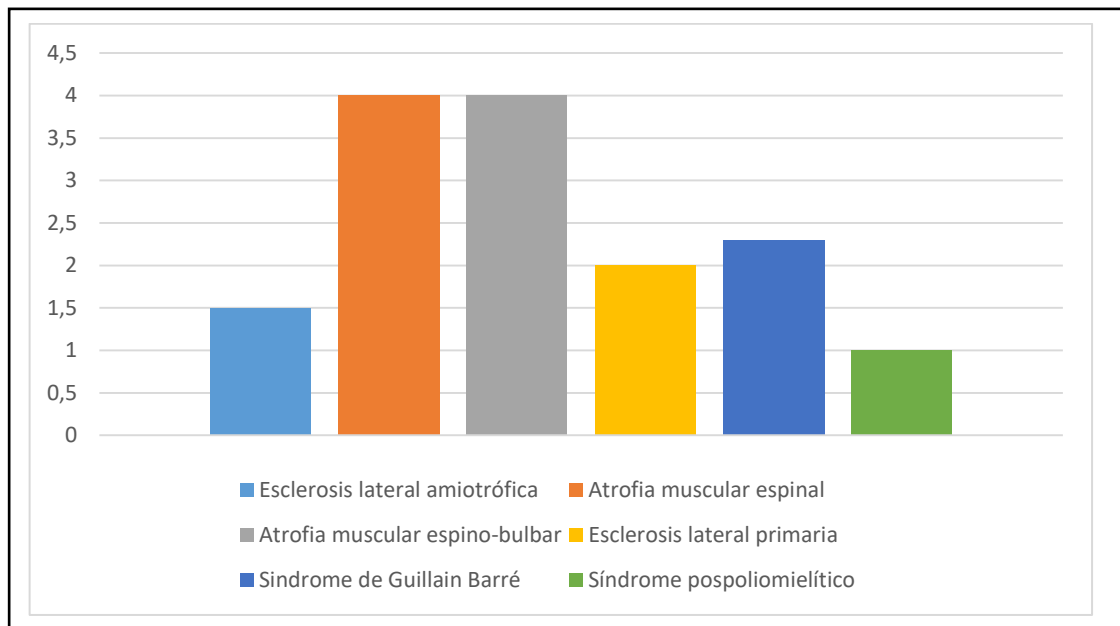
Fuente: Extraído de Fierro Ángel De Jesús, L., Aparicio, L., Yasbeth, S., Consuelo, M.-V., Luis, B.-P., Luis, G., María, H., Manzo, J., Antonio, PC, César, A., & Pérez, E. (2022).

Nota: En este gráfico se recogen los datos de la epidemiología de las enfermedades de las neuronas motoras en México.

Anexo 2:

Figura 14

Epidemiología de las enfermedades de las neuronas motoras. España.



Fuente: Elaboración propia.

Nota: En este gráfico se recogen los datos de la epidemiología de las enfermedades de las neuronas motoras en España.

Anexo 3:

Tabla 16

Criterios de Asbury.

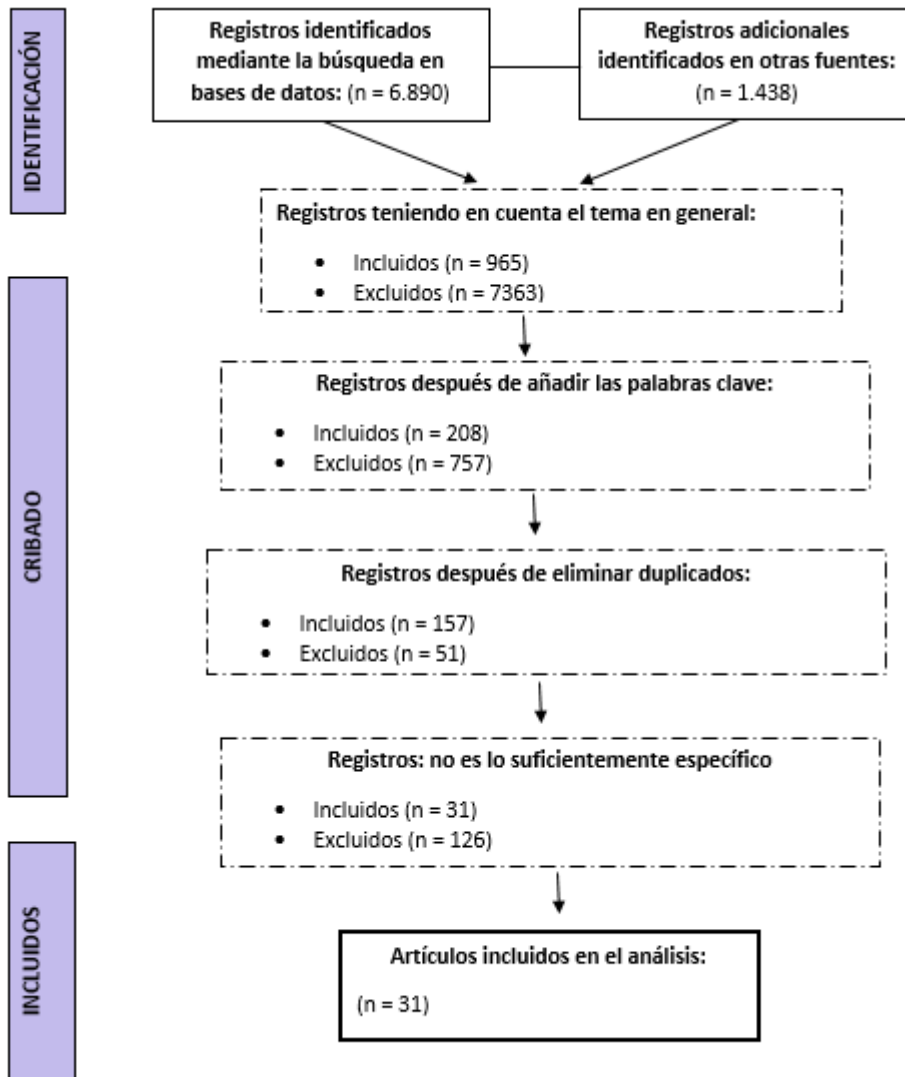
Características necesarias para el diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad progresiva en ambos brazos y piernas • Arreflexia (o hiporreflexia)
Características que apoyan el diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> • Progresión de los síntomas durante días a cuatro semanas • Simetría relativa • Signos o síntomas sensoriales leves • Afectación del nervio craneal, debilidad facial especialmente bilateral • Recuperación a partir de dos a cuatro semanas después de que cese la progresión • Disfunción autonómica • Ausencia de fiebre de inicio • Hallazgos típicos en líquidos cefalorraquídeo (disociación albúmino-citológica) • Electromiografía/velocidades de conducción del nervio (signos característicos de un proceso desmielinizante en los nervios periféricos)
Características que ponen en duda el diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad asimétrica • Disfunción vesical e intestinal persistente • Disfunción vesical e intestinal inicial • > 50 células en el líquidos cefalorraquídeo • Nivel sensitivo
Características que descartan el diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de hexacarbonos (solventes inhalados, Nhexano y N-butilcetona), incluye inhalación de tiner y pegamento • El metabolismo de la porfirina anormal • Infección reciente de difteria (enfermedad infecciosa, infecta garganta y vías superiores) • Intoxicación por plomo • Otras condiciones similares: poliomielitis, botulismo, parálisis histérica, neuropatía tóxica.

Fuente: Extraído de Rebolledo-García, D, González-Vargas, PO, & Salgado-Calderón, I. (2018)

Nota: en esta tabla se recogen los criterios propuestos por Asbury para el diagnóstico del Síndrome de Guilláin-Barré.

Anexo 4:

Diagrama de flujo para la inclusión de los artículos en la revisión sistemática según las recomendaciones PRISMA.



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 5:

Imagen de la presentación del cuestionario online para su difusión por las redes sociales.



Fuente: elaboración propia.

Anexo 6:

Cuestionario online.

Síndrome de Guillain-Barré y su relación con la Logopedia

El siguiente cuestionario forma parte de un Trabajo de Fin de Grado de Logopedia, sobre la relación entre el Síndrome de Guillain-Barré (SGB) y la rehabilitación logopédica.

En el área de logopedia el tratamiento en el SGB está encaminado a incrementar la sensibilidad y movimiento facial, mejorar el habla, acrecentar la fuerza masticatoria y rango de amplitud de la articulación temporomandibular, promover una adecuada coordinación del proceso de formación del bolo alimenticio garantizando una adecuada eficacia, el adaptar los alimentos en volumen y textura, compensar con posturas que garanticen una seguridad en la deglución, mejorar la respiración y el control motor oral.

Tu información nos será de gran ayuda para conocer más y evidenciar la necesidad de incluir la logopedia en el tratamiento del Síndrome de Guillain-Barré.

Esta encuesta es totalmente anónima y solo te llevará unos pocos minutos.

Muchas gracias por su tiempo.

***Obligatorio**

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

1. Sexo*

Marca solo una opción

- Femenino
- Masculino

2. Edad actual*

Marca solo una opción

- 0-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 21-25
- 26-30
- 31-35
- 36-40
- 41-45
- 46-50
- 51-55
- 56-60
- 61-65
- 66-70
- +70

3. Nacionalidad*

Marca solo una opción

- Española
- Mexicana
- Otra:

4. Nivel educativo*

Marca solo una opción

- Estudios básicos.
 - Estudios medios
 - Estudios superiores
 - Sin estudios.
 - Otro:
-

5. ¿Conoce la función de un Logopeda?*

Marca solo una opción

- Si
- No

INFORMACIÓN INGRESO HOSPITALARIO

6. ¿Estuvo ingresado/a-hospitalizado/a?*

Marca solo una opción

- Si
- No *Salta a la pregunta 14*

7. ¿Cuánto tiempo estuvo ingresado/a?*

8. ¿Por qué razón necesitó ser ingresado/a-hospitalizado/a?*

9. En el entorno hospitalario, ¿Tuvo dificultades para hablar con la gente de su alrededor?*

Marca solo una opción

- Si
- No

10. En el entorno hospitalario, ¿Presentó dificultades para tragar los alimentos?*

Marca solo una opción

- Si
- No

11. En el entorno hospitalario, ¿Presentó problemas respiratorios?*

Marca solo una opción

- Si
- No *Salta a la pregunta 13*

12. Si la respuesta número 11 es Si, ¿Necesitó el uso de ventilación mecánica?*

Marca solo una opción

- Si
- No

13. ¿Recibió información de algún especialista sobre la rehabilitación logopédica?*

Marca solo una opción

- SI
- No

INFORMACIÓN REHABILITACIÓN LOGOPÉDICA

14. ¿Recibe o recibió rehabilitación logopédica?*

Marca solo una opción

- Si
- No

15. Si la respuesta número 14 es Si, ¿Durante cuánto tiempo recibe/recibió la rehabilitación logopédica?*

16. Si la respuesta número 14 es Si, ¿Realiza/realizó la rehabilitación logopédica de manera individual o grupal?*

Marca solo una opción

- Individual
- Grupal

17. Si la respuesta número 14 es Si, ¿Ha mejorado su calidad de vida con la rehabilitación logopédica?*

Marca solo una opción

- Si
- No

18. Si la respuesta número 14 es No, ¿Crees que habría mejorado su calidad de vida con la rehabilitación logopédica?*

Marca solo una opción

- Si
- No

INFORMACIÓN SÍNDROME GUILLAIN-BARRÉ

19. Edad en la que desarrolló el Síndrome de Guillain-Barré*

Marca solo una opción

- 0-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 21-25
- 26-30
- 31-35
- 36-40
- 41-45
- 46-50
- 51-55
- 56-60
- 61-65
- 66-70
- +70

20. Síntomas que desarrolló o están presentes*

Selecciona todos los que correspondan.

- Parálisis. Dificultad con los movimientos faciales (problemas para sonreír...)
- Dificultad para abrir la boca
- Babeo

- Ruidos durante la deglución
- Desnutrición/Deshidratación
- Cambios en la voz (tras la ingesta)
- Alteraciones cognitivas (concentración, atención)
- Disartria (problemas para articular palabras)
- Tos (antes, durante o después de la deglución)
- Dificultad para masticar
- Dificultad para tragar
- Problemas para respirar
- Pérdida de coordinación
- Visión doble o incapacidad para mover los ojos

21. ¿Cuál fue su posible desencadenante del Síndrome de Guillain-Barré?*

Marca solo una opción

- Infección de las vías respiratorias superiores
- Enfermedad diarreica
- Embarazo
- Cirugías
- Picaduras de insectos
- Anestesia raquídea
- Vacunas

Otros.

22. A la hora de realizar sus actividades de la vida diaria...*

Marca solo una opción

- No tengo movilidad y no puedo realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente.
- Tengo movilidad y puedo realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente.

23. Ahora mismo se encuentra...*

Marca solo una opción

- Recuperado/a totalmente
- Con secuelas

Fuente: elaboración propia.