



APLICACIÓN DE ACUPUNTURA Y AURICULOTERAPIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

APPLICATION OF ACUPUNCTURE AND AURICULOTHERAPY IN PATIENTS WITH GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME

¹ Oscar Eduardo Sánchez Valdeolla.

RESUMEN

Fundamentación: La acupuntura es eficaz en el tratamiento de algunas afecciones neurodegenerativas; sin embargo, no hay experiencias de su uso en el Síndrome de Guillain Barré en nuestro medio. Objetivo general: Determinar la respuesta terapéutica de la Acupuntura y sus técnicas afines en el tratamiento del Síndrome de Guillain Barré. Material y método: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en pacientes con el diagnóstico de Guillain Barré a los cuales se les aplicó Acupuntura y técnicas afines con el objetivo de determinar su respuesta terapéutica. El universo lo conformaron todos los pacientes ingresados en las unidades asistenciales provinciales con el diagnóstico de esta afección, conformándose la muestra con aquellos pacientes que reunieron los criterios de inclusión y aceptación para participar en la investigación. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, forma clínica de la enfermedad, respuesta terapéutica y reacciones adversas. Resultados: el sexo masculino y los grupos edades dentro del rango de la edad media de la vida, fueron los más afectados. Todos los pacientes, excepto uno, se manifestó con la forma clínica más prevalente: polimorfa neuropatía motora aguda, mientras que seis pacientes cursaron con manifestaciones clínicas atípicas, ya que además de los síntomas característicos de esta afección, presentaron parálisis facial. La mayoría de los pacientes mostraron respuesta de buena, excepto uno que fue de Regular. Las reacciones adversas más frecuentes fueron las Leves. Conclusiones: Se concluye que la acupuntura y sus técnicas afines (Auriculoterapia y masaje podálico), pueden emplearse para el tratamiento de esta afección.

Palabras clave: Acupuntura, Método, Guillain Barré, Diagnóstico, Auriculoterapia.

ABSTRACT

Background: Acupuncture is effective in the treatment of some neurodegenerative conditions; however, there are no experiences of its use in Guillain Barré Syndrome in our setting. General objective: To determine the therapeutic response of Acupuncture and its related techniques in the treatment of Guillain Barré Syndrome. Material and method: A descriptive, observational, cross-sectional study was carried out in patients diagnosed with Guillain Barré who were treated with Acupuncture and related techniques in order to determine their therapeutic response. The universe was made up of all patients admitted to provincial care units with a diagnosis of this condition, and the sample was made up of those patients who met the inclusion and acceptance criteria to participate in the research. The study variables were: age, sex, clinical form of the disease, therapeutic response, and adverse reactions. Results: males and age groups within the middle-age range were the most affected. All patients, except one, presented with the most prevalent clinical form: acute polymorphic motor neuropathy, while six patients presented with atypical clinical manifestations, since in addition to the characteristic symptoms of this condition, they presented facial paralysis. Most patients showed a good response, except one who had a regular response. The most frequent adverse reactions were mild. Conclusions: It is concluded that acupuncture and its related techniques (auriculotherapy and foot massage) can be used for the treatment of this condition.

Keywords: Acupuncture, Method, Guillain Barré, Diagnosis, Auriculotherapy, Method.

INTRODUCTION

El Síndrome de Guillain-Barre (SGB) es una de las neuropatías periféricas más frecuentes en el mundo, la cual tiene como desencadenantes más comunes la infección por *Campylobacter jejuni* y algunas inmunizaciones; asimismo, se ha podido determinar una respuesta inmune mediada por anticuerpos, activación del complemento y reclutamiento de macrófagos contra los axones de las células nerviosas o las vainas de mielina de las neuronas periféricas. Según los criterios clínicos para diagnosticar SGB se requiere la presencia de debilidad progresiva en extremidades, así como arreflexia; adicionalmente, se valora la evolución de los síntomas de 2 a 4 semanas, la presencia de síntomas sensitivos, autonómicos y de pares craneales, debilidad facial bilateral, hallazgos electrodiagnósticos, disociación albuminocitológica y recuperación progresiva de los síntomas. ^(1,2)

Es desencadenado generalmente por infecciones, por tanto, la incidencia de casos de SGB tiende a incrementarse durante la propagación de brotes de enfermedades infecciosas, tal como se observó en las epidemias de virus Zika en el año 2013 en la Polinesia Francesa y en el año 2015 en América Latina. También ocurrió en Perú, en los años 2018-2019, lo cual conllevó a establecer estrategias para su control y tratamiento. ^(2,3,4)

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto global, y a medida que se ha ido adquiriendo más conocimientos sobre cómo se propaga el virus, se han descubierto sus efectos a corto, mediano y largo plazo. Uno de estos efectos es que el virus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad, puede afectar el sistema nervioso. En los últimos meses, diversos estudios y casos han sugerido una posible relación entre la COVID-19 y el SGB. ⁽⁵⁾

Se debe sospechar en SGB en un paciente que experimente debilidad bilateral en las piernas o brazos de forma aguda, sin evidencia de afectación del sistema nervioso central (SNC) u otras causas obvias. En el caso de la forma clásica del SGB, que combina síntomas motores y sensoriales, los pacientes suelen presentar parestesias o pérdida de sensibilidad en las extremidades distales, seguidas de debilidad que inicialmente afecta las piernas y luego se extiende a los brazos y los músculos craneales, es decir, que se presenta de forma ascendente. La mayoría de

los pacientes muestran reflejos disminuidos o ausentes al inicio de la enfermedad; empieza de forma aguda o subaguda, alcanza su nivel máximo de discapacidad en un periodo de 2 semanas, sin embargo, en los casos en que la discapacidad alcanza su punto máximo en menos de 24 horas después del inicio de la enfermedad o después de 4 semanas, se deben considerar diagnósticos alternativos. La mayoría de los pacientes muestran reflejos disminuidos o ausentes al inicio de la enfermedad; empieza de forma aguda o subaguda, alcanza su nivel máximo de discapacidad en un periodo de 2 semanas, sin embargo, en los casos en que la discapacidad alcanza su punto máximo en menos de 24 horas después del inicio de la enfermedad o después de 4 semanas, se deben considerar diagnósticos alternativos. El SGB también puede manifestarse de formas inusuales. Los signos de debilidad y pérdida de la sensibilidad, aunque siempre afectan a ambos lados del cuerpo, pueden mostrar asimetría o afectar predominantemente las partes proximales o distales de las extremidades, comenzar en las piernas, brazos o incluso manifestarse simultáneamente en todas las extremidades. Además, es importante tener en cuenta que, en algunos casos, los pacientes pueden experimentar un dolor intenso y generalizado o tener problemas aislados de los nervios craneales, antes de que aparezca la debilidad muscular. ^(6,7,8)

Por otro lado, en una minoría de pacientes se puede presentar una variante clínica atípica, en la cual solo se evidencian alteraciones motoras (conocida como variante motora pura), y en un subtipo de neuropatía aguda con afectación de los nervios motores, los reflejos electrofisiológicos pueden permanecer normales o incluso durante el curso de la enfermedad. ^(6,7,8)

El SGB se puede categorizar en diferentes variantes en función de la fisiopatología y la presentación clínica. Las manifestaciones clínicas pueden ser puramente sensitivas (menos frecuentes), puramente motoras, o una combinación de sensitivas y motoras. La PDIA, considerada como sinónimo del SGB, se ha considerado la variante más prevalente en Europa y América del Norte; se caracteriza por una presentación clínica típica del SGB con características de desmielinización en los estudios neurofisiológicos. Por otro lado, la polineuropatía inflamatoria aguda axonal (AMAN) se observa con mayor frecuencia en el

sudeste asiático; esta variante se caracteriza típicamente como una cuadriparesia flácida ascendente de inicio agudo y progresivo, a menudo acompañada de insuficiencia respiratoria, síntomas sensoriales mínimos o abolidos, una recuperación lenta y deficiente y una alta tasa de mortalidad. Mientras que, en la neuropatía axonal sensorial y motora aguda (AMSAN) existe también un fallo en la conducción en los nervios motores como en AMAN y una degeneración axonal en los nervios sensoriales; su prevalencia es significativamente menor que la AMAN, alcanza solo el 4 %. Otra variante del SGB es la faríngea-cervical-braquial, caracterizada por una debilidad de los músculos orofaríngeos, cervicales y braquiales; en ocasiones puede haber debilidad facial, pero no hay afectación de miembros inferiores. Por otro lado, el SGB paraparético, se caracteriza por una debilidad restringida a los miembros inferiores, asociado con arreflexia/hiporreflexia, pero sin paresia de miembros superiores. En cambio, la variante conocida como síndrome de Miller – Fisher (SMF) se diferencia de las otras por su presentación clínica característica, que incluye una tríada clásica: oftalmoparesia, arreflexia y ataxia. (6,7,8)

Mientras que, la encefalitis del tronco encefálico de Brickerstaff (EBB) se manifiesta de manera similar al SMF, pero con la adición de hallazgos que indican una alteración de la conciencia debido a la extensión del ataque inmune hacia la formación reticular pontina. Las terapias principales del SGB, por muchos años, han sido las inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) y el intercambio plasmático. Han demostrado ser igualmente efectivas para mejorar los resultados de la enfermedad, especialmente en las primeras 4 semanas después de que aparezca la debilidad; sin embargo, después de esas semanas su efecto disminuye y la enfermedad sigue progresando a tal punto de haber un daño permanente de los nervios. (6,7,8)

La acupuntura y sus técnicas afines han demostrado ser eficaces en algunas enfermedades neurodegenerativas, tales como: Enfermedad de Parkinson, Parálisis facial periférica, principalmente. (16,17,18)

Por otro lado, Yin B y colaboradores presentaron una Revisión sistemática sobre las posibilidades de empleo de la Medicina Integrativa en el tratamiento de diferentes afecciones neurológicas. (); sin embargo, en

nuestro medio no hay evidencias científicas sobre el uso de la acupuntura y sus técnicas afines en el tratamiento de estas afecciones neurológicas, excepto en la Parálisis facial periférica, de manera que constituyó el problema científico de este trabajo. (12,13,14,15)

Objetivo: Determinar la respuesta terapéutica de los pacientes ingresados con Guillain Barré con acupuntura y técnicas afines

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, multicéntrico, en pacientes ingresados con el diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré, a los cuales se les aplicó acupuntura y técnicas afines con el objetivo de determinar su respuesta al tratamiento aplicado. El estudio se realizó en los Hospitales Universitarios: Manuel Ascunce Domenech, Amalia Simoni y Dr. Octavio de la Concepción y la Pedraja, de Camagüey, durante el periodo julio-agosto de 2024.

El Universo de estudio lo conformaron todos los pacientes ingresados en esos centros hospitalarios con el diagnóstico confirmado de Guillain Barré, y la muestra de estudio la constituyeron aquellos pacientes que reunieron los criterios de inclusión y aceptación para participar en la investigación. Se tuvieron en cuenta las variables: edad, sexo, formas clínicas de la enfermedad, respuesta al tratamiento y reacciones adversas.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Voluntariedad del paciente.
- Diagnóstico confirmado de Guillain Barré.

Criterios de exclusión

- Pacientes en estado inconsciente que no coopere con el tratamiento.
- Paciente ventilado.
- Paciente con enfermedades crónicas descompensadas.
- Discrasias sanguíneas.
- Embarazo.

Criterios de respuesta al tratamiento

- Buena: pacientes que hayan desaparecido los síntomas de la enfermedad (dolor, debilidad muscular mayor al 75 % y discapacidad funcional grado 3 o menor) y no hayan mostrado reacciones adversas por el tratamiento aplicado.

- Regular: paciente que hayan disminuido los síntomas de la enfermedad no mayor del 50 %, según Escalas de dolor, Daniels y Hughes y hayan presentado reacciones adversas leves por el tratamiento aplicado.
- Mal: Pacientes que hayan tenido una disminución de los síntomas menor al 50 % según escalas de evaluación del dolor, fuerza muscular y discapacidad y, pero con una Escala de Hughes

Criterios de reacciones adversas

- Leve: Sensación postpunción.
- Moderada: Hematomas, sangrado del punto.
- Severa: Náuseas, vómitos, lipotimias.

Procedimiento operacional: A todos los pacientes incluidos y que aceptaron participar en el estudio se les llenó el Consentimiento informado, se registraron los datos en el formulario elaborado según los objetivos de la investigación y se les aplicó el tratamiento diseñado.

Previo al tratamiento acupuntural, se les aplicaron las Escalas de Evaluación: Dolor (EVA), Balance muscular Daniels y Hughes de discapacidad, acotándose los datos en el registro médico par luego de finalizado el tratamiento volver a realizar la evaluación.

Tratamiento aplicado: A todos los pacientes se les aplicó acupuntura corporal, según el Protocolo indicado, teniendo en cuenta el principio terapéutico de la Medicina tradicional china, de seleccionar los meridianos con gran cantidad de sangre y energía y los puntos relacionados a nivel de las grandes articulaciones.

- Meridianos seleccionados: Intestino grueso Yangming de la mano y Estómago Yangming del pie.
- Puntos de acupuntura: Intestino grueso 15 (jianyu), Intestino grueso 11 (Quchi), Intestino grueso 4 (He Gu), de los miembros superiores y Estómago 31 (BiGuan), Estómago 36 (Zu San Li) y Estómago 41 (JieXi).
- Método de estimulación: Neutro. Se insertan las agujas y se dejan en los puntos por tiempo de 20 minutos.
- Aplicación de la acupuntura: Se aplicó solamente en los miembros afectados.
- Otros tratamientos: Auriculoterapia: Shenmen, Corazón, hígado y riñón, bilateral, colocando semillas de cardo santo, a una sesión semanal.
- Masaje podálico: Se aplicó reflexología podálica, según los criterios del

microsistema de pie, aplicando masaje en la planta de los pies, a nivel de la columna vertebral.

- Sesiones de tratamiento: doble sesión en los primeros cinco días de tratamiento y luego de una reevaluación clínica, en caso de mejoría evidente, se aplicaron una sesión diaria de cada técnica.

Evaluación clínica: a todos los pacientes se les aplicó al inicio y final del tratamiento las Escalas de evaluación: EVA, para la intensidad del dolor, Escala de Balance muscular Daniels, para medir la fuerza muscular y la Escala de Hughes, de discapacidad funcional, la cual es la recomendada para los pacientes con esta afección.

Procedimiento estadístico: Se aplicó estadística descriptiva: distribución de frecuencia absoluta y relativa y Medidas de tendencia central Media aritmética.

Los datos se mostraron en Tablas y Gráficos. Se utilizó el paquete estadístico: Jamovi 2.0 para Windows.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Distribución de pacientes con Guillain Barré según edad y sexo.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	M	%	F	%	n	%
18-27	1	16, 6	-	-	1	12, 5
28-37	-	-	-	-	-	-
38-47	-	-	-	-	-	-
48-57	2	33, 3	1	16, 6	3	37, 5
58-67	2	33, 3	1	16, 6	3	37, 5
68-77	1	16, 6	-	-	1	12, 5
+ 78	-	-	-	-	-	-
Total	6	75	2	25	8	100

Fuente: Formulario.

Como se puede observar, en la Tabla 1: Distribución de pacientes según edad y sexo, los hombres fueron los más afectados con 6(75 %), mientras que el grupo de edades en el rango entre los 48 a 67 años fueron los de mayor prevalencia.

Estos datos coinciden con el mostrado por, Cedeño y colaboradores: Aspectos clínicos y epidemiológicos del síndrome de Guillain-Barré, donde el sexo masculino fue el de mayor afectación, mientras que esos grupos de edades fueron los más afectados. ⁽¹⁹⁾

Tabla 2: Distribución de pacientes según Forma clínica y sexo.

Forma clínica	Sexo				Total	
	M	%	F	%	n	%
Polineuropatía motora aguda	6	85	1	14	7	85
Neuropatía axonal motora aguda	-	-	1	50	1	12
Neuropatía axonal sensitivo-motora aguda	-	-	-	-	-	-
Síndrome Miller Fisher	-	-	-	-	-	-
Atípica (Parálisis facial)	6	75	2	25	8	100

Fuente: Formulario

En la Tabla 2: Distribución de pacientes según forma clínica y sexo, se puede observar que la forma clínica; Polineuropatía motora aguda es la mayor prevalencia con 7 pacientes para un 87, 5 %.

Pampa y colaboradores en su estudio: Características clínicas y laboratoriales de los diez primeros pacientes con diagnóstico de Guillain-Barré en Piura, en los que la Polineuropatía motora aguda, fue la de mayor prevalencia. ⁽²⁰⁾

Por otro lado, del total de pacientes atendidos, 6 para una 75 % presentaron Parálisis facial. Estos resultados coinciden con los encontrados por diferentes investigadores, en los que la Diplejía facial fue la variante de parálisis facial de mayor prevalencia. ^(21,22,23)

Tabla 3: Respuesta al tratamiento aplicado según edad.

Grupo de edades	Respuesta al tratamiento						Total	
	B	%	R	%	M	%	N	%
18-27	1	14, 2	-	-	-	-	1	12
28-37	-	-	-	-	-	-	-	-
38-47	-	-	-	-	-	-	-	-
48-57	3	42, 8	-	-	-	-	3	37, 5
58-67	2	28, 5	1	33, 3	-	-	3	37, 5
68-77	1	14, 2	-	-	-	-	1	12, 5
+ 78	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	7	87, 5	1	12, 5	-	-	8	100

Fuente: Formulario

Tabla 4: Reacciones adversas por el tratamiento aplicado.

Reacción adversa	Total	
	N	%
No reacción adversa	6	75
Reacción adversa leve	2	25
Reacción adversa moderada	-	-
Reacción adversa severa	-	-
Total	8	100

Fuente: Formulario

Como se puede observar en la Tabla 4: Reacciones adversas por el tratamiento aplicado, solamente 2 pacientes mostraron reacción adversa leve (Sensación postpunción de la acupuntura), y el resto: 6 (75 %), no presentaron algún tipo de reacción negativa por el tratamiento aplicado.

Estos resultados coinciden con los realizados por: Torres Tascón y colaboradores en su estudio: Evaluación sobre la seguridad de la acupuntura en 297.168 punturas, en el que muestra que la acupuntura es un proceder predominantemente inocuo. ⁽²⁴⁾

CONCLUSIONES

- El sexo masculino fue el de mayor prevalencia del total de pacientes, al igual que el grupo de edades entre los 48 a 57 años de edad.
- La forma clínica más frecuente fue la Polineuropatía motora aguda.
- La mayoría de los pacientes mostraron respuesta de Buena al final del tratamiento.
- Pocos pacientes mostraron reacciones adversas, las cuales fueron Leves.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caiza Ango TB, Molina Salas JDR, Ortega Hurtado MG, Lezcano Solís SM, Freire Medina CG. Síndrome de Guillain Barre diagnóstico, tratamiento, y pronóstico. 2023[Internet][acceso 1/8/2024];9(4):436-55. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/3601>
2. Cedeño Laz JA. Aspectos clínicos y epidemiológicos del síndrome de Guillain-Barré. Rev cubana Med Milit. 2024[Internet] [acceso 1/8/2024];53(2). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/29684>
3. Maguiña Vargas C. Lecciones aprendidas del brote de Guillain-Barré durante el 2019. Acta méd. Perú.

- 2019[Internet] [acceso 1/8/2024]; 36(3): 183-184. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000300001&lng=es.
4. Chambergo Michilot D, Brañez Condorena A, Alva Díaz C. Brotes de Síndrome de Guillain-Barré en Perú en 2018-2019: aprendizaje, esfuerzos y perspectivas de investigación. Rev Neuropsiquiatr. 2019[Internet] [acceso 1/8/2024]; 82(4): 307-308. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972019000400011&lng=es.
 5. Domínguez Carrillo LG, Alcocer Maldonado JL, Domínguez Gasca LG, Arellano Aguilar JG. Síndrome de Guillain-Barré recurrente asociado con infección por SARS-CoV-2. Acta méd. Grupo Ángeles. 2021[Internet] [acceso 1/8/2024];19(4): 554-557. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000400554&lng=es.
 6. Vera Carrasco O. Síndrome de Guillain Barré. Cuad. - Hosp. Clín. 2019[Internet] [acceso 1/8/2024];60(2):59-64. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762019000200010&lng=es.
 7. Leonhard Sonja E., Mandarakas Melissa R., De Assis Aquino Gondim F, Bateman K, Brito Ferreira ML., Cornblath David R. et al. Guía basada en la evidencia. Diagnóstico y manejo del síndrome de Guillain-Barré en diez pasos. Medicina (B.Aires)2021[Internet][acceso 1/8/2024]; 81(5):817-836. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802021000500817&lng=es.
 8. Pampa-Espinoza Luis, Mendoza Farro Nathali, Espinoza Venegas Luis, Flores-León Diana, Quino Willi, Gavilán Ronnie G. et al. Características clínicas y laboratoriales de los diez primeros pacientes con diagnóstico de Guillain-Barré en Piura, 2023. An. Fac. med. 2023[Internet][acceso 1/8/2024];84(4):441-447. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832023000400441&lng=es.
 9. Rigo Denise de Fátima H, Ross C, Hofstätter Lili M, Ferreira MF, Azevedo Pompilio L. Síndrome de Guillain Barré: perfil clínico epidemiológico y asistencia de enfermería. Enferm. glob. 2020[Internet][acceso 1/8/2024];19(57):346-389. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100011&lng=es.
 10. García Medina AJ, García Echevarría Y. Diplejía facial como forma de presentación del síndrome de Guillain-Barré. Rev Ciencias Médicas. 2016 [Internet] [citado 1/8/2024];20(3):100-103. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000300018&lng=es.
 11. Milian Hernández EJ, Anzules Guerra JB, Veliz Zevallos I, Betancourt Castellano L. Diplejía Facial Periférica Bilateral como debut del Síndrome de Guillain Barre. Medicencias UTA. 1 de junio de 2019[Internet][acceso 4/8/2024];3(2):10-3. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1320>
 12. Lupiáñez Seoane P, Santamaría Marín A, Monroy Gómez C. Parálisis facial bilateral. Presentación atípica de un Síndrome de Guillain-Barré. Rev. Clin MedFam.2018[Internet][acceso 4/8/2024];11(2):105-106. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000200105&lng=es.
 13. Saavedra Escalona JL, Morales Grisel L, Castro Rodriguez E, Hernández Franco Jorge. Efecto de la *t.e.n.s* en el temblor de la enfermedad de Parkinson. Arch. Neurocién. (Mex., D.F.). 2005 [Internet] [acceso 1/8/2024]; 10(3): 133-139. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-47052005000300003&lng=es.
 14. López Argüelles J. Utilización de la acupuntura en el tratamiento rehabilitador de pacientes con enfermedad de Parkinson. Rev. Finlay. 2023 [Internet] [acceso 1/8/2024]; 13(2): 231-234. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342023000200231&lng=es.

15. Mendoza Sierra AI, Pereda Rojas ME, Hernández Díaz MR, Peña Bauzá A. Tratamiento con acupuntura en pacientes afectados por parálisis facial periférica. ccm. 2015[Internet] [acceso 1/8/2024];19(3): 441-452. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300006&lng=es.
16. Yin B, Bi YM, Sun L, Huang JZ, Zhao J, Yao J et al. Efficacy of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for Treating COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis of RCTs. Front Public Health. 2021[Internet] [acceso 1/8/2024];9:622707. Doi: 10.3389/fpubh.2021.622707. PMID: 34307269; PMCID: PMC8298033.
17. Ben Arie E, Lottering BJ, Chen FP, Ho WC, Lee YC, Inprasit C et al. Is acupuncture safe in the ICU? A systematic review and meta-analysis. Front Med (Lausanne). 2023 [Internet] [acceso 1/8/2024];10:1190635. Doi: 10.3389/fmed.2023.1190635.
18. Montalvo, Raúl et al. Velocidad de progresión de la enfermedad como predictor de severidad en el síndrome de Guillain-Barré. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2021[Internet]V.38,n.1[acceso 1/8/2024] ;pp.17-23. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.5106>.
19. Guevara Silva E et al. Características clínicas y respuesta al recambio plasmático terapéutico en los pacientes con síndrome de Guillain Barré. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2021. [Internet] [acceso 1/8/2024] pp. 89-94. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6233>
20. García Medina AJ, García Echevarría Y. Diplejía facial como forma de presentación del síndrome de Guillain-Barré. Rev Ciencias Médicas. 2016[Internet][acceso 1/8/2024];20(3):100-103. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000300018&lng=es.
21. Ramos GIY, Noa MH. Acupuntura y masaje tuina en el tratamiento de la parálisis de Bell. Rev Ciencias Médicas. 2019[Internet][acceso 1/8/2024];23(4):53-541. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=91696>
22. Santana RBM, Mederos AA, Rodríguez SJ. La digitopuntura como alternativa de rehabilitación en pacientes con parálisis facial. MediSan. 2019[Internet][acceso 1/8/2024];23(04):681-691. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90348>
23. Leonhard Sonja E., Mandarakas Melissa R., De Assis Aquino GF, 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). 2021[Internet] [acceso 3/8/2024]; 81(5): 817-836. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802021000500817&lng=es.
24. Torres Tascón LF, Hernández Leal L. Evaluación sobre la seguridad de la acupuntura en 297.168 punturas. rev.fac.med. 2014[Internet][acceso 1/8/2024];62(3):1-24. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112014000300012&lng=es.