

Abordaje Neurokinésico en Paciente Pediátrico con Síndrome de Guillain-Barré

Por: Lic. Nicolás Fonzo

Licenciado en Kinesiología
Universidad Católica de Santiago del Estero

Resumen

El presente trabajo describe el abordaje neurokinésico en un paciente pediátrico de dos años con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré, en el contexto de la Práctica Profesional Supervisada. Se detalla la evolución clínica, las evaluaciones funcionales, los objetivos terapéuticos y el tratamiento implementado. El estudio focaliza en la relevancia del trabajo interdisciplinario, el vínculo con la familia y la progresión semanal.

Los resultados muestran una mejora significativa en la postura, control de tronco, sedestación y cuadrupedia, avanzando hacia la marcha como objetivo final.

Palabras clave

Síndrome de Guillain-Barré; pediatría; kinesiología; neurorehabilitación.

RECIBIDO ABRIL DE 2026 | EVALUADO JUNIO DE 2026 | PUBLICADO JUNIO DE 2026



Artículo publicado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución NoComercial CompartirDerivadas Igual 3.0
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_AR

Abstract

This paper describes the neurorehabilitation approach used with a two-year-old pediatric patient diagnosed with Guillain-Barré syndrome, within the context of Supervised Clinical Practice. It details the clinical course, functional assessments, therapeutic objectives, and the treatment implemented, highlighting interdisciplinary work, the relationship with the family, and weekly progress. The results show a significant improvement in posture, trunk control, sitting, and quadruped position, moving toward walking as the ultimate goal.

Keywords

Guillain-Barré syndrome; pediatrics; physiotherapy; neurorehabilitation.

Introducción

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una enfermedad inmunomediada de inicio agudo que afecta los nervios periféricos y las raíces nerviosas. Se caracteriza por una parálisis progresiva ascendente, simétrica, acompañada de pérdida o disminución de los reflejos osteotendinosos, disautonomía y alteraciones sensitivas.

Las manifestaciones pueden incluir debilidad de miembros, dificultad para caminar y, en algunos casos, parálisis respiratoria. Se conocen diversas variantes clínicas, siendo la más común la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP). El tratamiento incluye inmunoglobulina intravenosa o plasmaféresis. A pesar del tratamiento precoz, cerca del 20% de los pacientes presentan secuelas funcionales a los seis meses de inicio. Por ello el abordaje kinésico oportuno y adecuado cumple un rol clave en la recuperación funcional del paciente (Delgado García et al., 2022).

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una neuropatía aguda mediada inmunológicamente, que constituye la causa más frecuente de parálisis motora aguda, con incidencia media de 1 a 2 cada 1.000.000 personas, con grados muy variables de severidad clínica, con distribución homogénea en todas las edades y razas y con leve predominio en hombres.

Su presentación clásica es la polineurorradiculopatía inflamatoria desmielinizante, descrita por Landry en 1859, y posteriormente Guillain, Barré y Sthrol describen los aspectos claves para el diagnóstico en 1916, esta es la forma de presentación más frecuente, con afección predominante desmielinizante y con grados variables de compromiso axonal. Además, existen diversas variantes como la forma axonal motora pura, llamada neuropatía axonal motora aguda. También existe una presentación axonal sensitiva, motora y síndrome de Miller Fisher con su triada clásica: Ataxia, arreflexia y oftalmoplejía.

Alrededor de dos tercios de los casos tiene antecedentes de una infección previa, generalmente respiratoria o gastrointestinal. En términos generales las más frecuentes son infecciones por

Campylobacter Jejuni (33%), virus Epstein-Barr y Citomegalovirus. Existen asociaciones epidemiológicas con vacunaciones, como anti-influenza. La presentación del SGB es esporádica, pero la variante axonal puede presentarse en forma epidémica, asociada a infección de Campylobacter Jejuni.

La forma clásica tiene un inicio distal, con síntomas sensitivos menores, debilidad muscular simétrica de curso ascendente, con hipo o arreflexia, que alcanza su máxima severidad en 2 a 4 semanas. En ocasiones el curso es agudo, con tetraplejía en pocas horas o días, así como también puede haber presentaciones de curso descendente, el compromiso del territorio facial ocurre en 60 a 70% de los casos, la musculatura deglutoria se afecta en 40% y la ocular en un 5%. El compromiso ventilatorio puede llegar hasta un 30% las primeras semanas. Existe un compromiso autonómico variable hasta un 55% de los casos, pudiendo comprometer la vida del paciente. Se presenta como taquicardias o bradicardias sinusales, alteraciones extremas de la presión arterial, arritmias cardíacas y trastornos de la motilidad Intestinal.

El pronóstico del SGB es considerado generalmente favorable, no obstante, un 20% a 38% presentará incapacidad residual y, a pesar del diagnóstico precoz y la existencia de tratamientos efectivos, sigue siendo una enfermedad en la cual hasta un tercio de los pacientes requerirá ventilación mecánica y mantiene una mortalidad del 3-11%. El desarrollo de unidades de cuidados intensivos y los métodos modernos de ventilación mecánica son el principal factor en la disminución de la morbi-mortalidad del SGB. Esto incluye el manejo y apoyo general de eventuales complicaciones como infecciones pulmonares, fenómenos tromboembólicos y manejo de disfunciones Autonómicas.

La mayoría de los pacientes con SGB iniciarán su mejoría al mes de evolución y lograrán su máxima recuperación en un promedio de 200 días, en cerca del 80% de los casos. Los efectos neurológicos residuales severos pueden alcanzar un 10 a 15% de los casos.

Dentro de los factores independientes inicialmente asociados a mal pronóstico se encuentran: La mayor edad del

paciente, presencia de diarrea previa, un cuadro severo y de rápido inicio. También se ha agregado como factores ominosos, la necesidad de ventilación mecánica y la presencia de respuestas motoras distales de muy baja amplitud en los estudios neurofisiológicos.

La mortalidad está dada por complicaciones del paciente crítico, como infecciones, insuficiencia respiratoria, tromboembolismo pulmonar y menos probable, por disautonomía. Las recaídas que pueden ocurrir dentro las 8 semanas alcanzan un 5%, deben diferenciarse de una polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.

En este contexto, resulta fundamental comprender que el síndrome de Guillain-Barré no solo afecta la función motora, sino también la interacción del niño con su entorno. La pérdida de habilidades previamente adquiridas puede generar alteraciones en el desarrollo psicomotor y en el vínculo con el medio, especialmente en edades tempranas donde el movimiento cumple un rol central en el aprendizaje. Asimismo, la intervención kinésica en población pediátrica requiere un enfoque específico que contemple no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales y conductuales del paciente. La utilización de estrategias lúdicas permite favorecer la participación activa del niño, mejorar la adherencia al tratamiento y optimizar los resultados funcionales a largo plazo.

En el ámbito de la rehabilitación pediátrica, el abordaje kinésico no solo apunta a la recuperación de funciones motoras, sino también a favorecer el desarrollo integral del niño, considerando aspectos emocionales, vinculares y del entorno. En este sentido, la intervención temprana y adaptada a cada paciente adquiere un rol central en la evolución clínica.

Estudios Diagnósticos

Estudio de Líquido Ceforraquídeo: La disociación albumino citológica es un hecho característico del síndrome, el aumento de las proteínas en el líquido ceforraquídeo está presente en no más del 50% de los casos en la semana inicial, pero alcanzan un 90% en 2 a 4 semanas. Un aumento de celularidad, más allá de 50 células por mm³, sugiere la existencia de una condición etiológica diferente, por ejemplo, enfermedad por virus de inmunodeficiencia adquirida o por citomegalovirus.

Electrodiagnóstico: El electrodiagnóstico ayudará a confirmar el diagnóstico clínico y determinar la variante de la presentación, con alteraciones sugerentes de desmielinización segmentaria y/o compromiso axonal según la variante clínica. Los estudios precoces pueden ocasionalmente mostrar normalidad o escasas alteraciones neurofisiológicas, en su extremo opuesto, se observa una sensibilidad cerca del 90% a las cinco semanas de evolución.

Imágenes: La resonancia magnética de columna lumbosacra puede mostrar un refuerzo con el gadolinio, de las raíces nerviosas de la cauda equina.

Caso clínico

Paciente: Pediátrico, Masculino, 2 años

Fecha de Nacimiento: 30/05/2022

Fecha de ingreso: 15/05/2024

Servicio: Terapia Infantil

Historia Clínica Relevante:

La madre refiere que, los primeros días del mes de Abril, el paciente sufre una caída desde la cama. Al día siguiente, observó estrabismo en el ojo izquierdo.

Estudios complementarios: Radiografía, Tomografía Axial Computarizada (TAC) y Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de columna vertebral. Todos con resultados dentro de los normales.

El día 7 de Abril, la madre nota pérdida de fuerza en el miembro inferior

izquierdo.

Se lleva a cabo una evaluación de fuerza, observándose:

-Paraplejía flácida

-Debilidad generalizada de tronco, miembros superiores e inferiores

Diagnostico final:

Síndrome de Guillain-Barré, probable etiología postinfecciosa gastrointestinal (diarrea).

Evaluación kinésica

Evaluación inicial: Paciente pediátrico masculino (2 años), llega en brazos de su madre y sin utilizar calzado a pesar del clima frío, ya que al usarlos le produce dolor. Se observa que mantiene cerradas ambas manos.

Anamnesis: El paciente comienza el cuadro con estrabismo (que se recupera al

poco tiempo) y debilidad general de tronco y extremidades.

Mantiene solamente la posición de sedestación, utilizando apoyo compensatorio de ambos miembros superiores; en las posiciones de decúbito se observa que el paciente tiende a la abducción y rotación externa de caderas, producto de la debilidad muscular.

Observaciones: El paciente lleva más de un mes sin realizar bipedestación.

Presenta síndrome hospitalario, se observa gran temor al personal y ambiente relacionado con la salud.

Ficha Kinésica:

Inspección: Paciente llega en brazos de su madre, con predominio flexor en ambas manos, no utiliza calzado y se observa flacidez en ambos pies. En sedestación el paciente requiere apoyo de un miembro superior para poder mantener dicha posición. Descargando peso sobre un hemicuerpo para poder mantenerse, no es posible una sedestación activa sin este soporte, debido a la debilidad de tronco.

Palpación: Se observa normalidad en la recepción de la información sensorial, a excepción de ambas plantas de los pies, donde presenta hipersensibilidad y signos de dolor.

En cuanto al estado motor, se puede apreciar debilidad general en los músculos del tronco: Recto anterior del abdomen, oblicuos, transversos y extensores de columna vertebral.

Miembros Superiores: Hipotonía en ambos extensores de antebrazo, muñeca y dedos.

Miembros Inferiores: Hipotonía en ambos isquiotibiales (Predominio en miembro inferior izquierdo) tibiales anteriores y extensores largos de los dedos.

Evaluación del movimiento:

Pasiva: Mediante movilizaciones pasivas, el paciente conserva los rangos de movimiento articulares normales. Se observa solamente, por producto de la debilidad muscular, un leve incremento en el rango de la rotación externa de caderas y la flexo-extensión de tobillos.

Activa: Durante la evaluación de movimiento activo, se observa que el paciente no logra la bipedestación activa sin asistencias y la sedestación sin apoyo de miembro superior (ambas debido a la debilidad general de tronco y miembros inferiores), el apoyo completo de pies (a causa de la hipersensibilidad) y apertura de las manos (por predominio de músculos flexores y debilidad de los extensores).

Escala de Daniels

Se utiliza una adaptación de la escala de Daniels, considerando la edad del paciente y los recursos disponibles para la evaluación.

Tronco: Se hacen evidentes compensaciones de la musculatura cervical, para complementar la extensión del eje corporal.

Para mantenerse erguido, necesita del apoyo de miembro

superior.

Por lo tanto, de manera global, a la musculatura de tronco se le asigna grado 2.

Miembros superiores: Se observa en la mayoría de los movimientos, de ambos miembros superiores, fuerzas que vencen la gravedad e incluso con la carga de objetos (Grado 5). A excepción de los músculos extensores de muñeca y mano que, debido a la debilidad, no pueden colocar a la articulación en posición neutra de manera pasiva, por lo tanto, se les asigna grado 1, ya que, a través de la palpación, se aprecia contracción.

Observaciones: Leve debilidad en el músculo serrato anterior, apenas apreciable, escapula alada.

Miembros inferiores: El paciente no puede mantener una bipedestación activa sin asistencia de extensores de rodilla y la participación del terapeuta. En decúbito lateral se observa que puede llevar el miembro a extensión. Por lo tanto, al músculo glúteo se le asigna un grado 2.

En cuanto a los músculos isquiotibiales, el paciente refiere dolor y se sospecha acortamiento debido a la ausencia de bipedestación activa durante un largo periodo de tiempo. El paciente puede flexionar la rodilla en decúbito lateral. Por lo tanto, se le asigna un grado 2.

Al músculo cuádriceps se le asigna un grado 3, ya que sentado en el borde del camastro, el paciente puede elevar la pierna sin ningún tipo de resistencia.

Tibial anterior: Se le asigna un grado 1 ya que no puede mantener la posición neutra la articulación tobillo-pie. Se aprecia contracción al intento de movimiento.

Tríceps sural: El paciente puede elevar el talón contra la gravedad, por lo tanto, se le asigna un grado 3, no puede hacerlo con su propio peso, por tanto, no se le asigna un grado superior.

Desarrollo terapéutico por sesiones

Previo a la descripción de los objetivos y tratamientos, se destaca la labor interdisciplinaria entre Kinesiología y Terapia Ocupacional, trabajando en equipo y cooperando con objetivos en común.

Objetivo General: Favorecer la recuperación funcional del paciente pediátrico mediante el fortalecimiento neuromuscular, la mejora del control postural y la estimulación de la movilidad activa.

Objetivos Específicos: Realizar sedestación activa sin trabas mecánicas, lograr bipedestación activa sin asistencias y activar musculatura distal en todos los miembros.

Intervención terapéutica por sesiones

Decididos los objetivos a nivel equipo, se indica a la mamá del paciente concurrir de manera progresiva a la institución. Esto con el objetivo de afianzar el vínculo con el paciente y tratar de manera eficaz y precoz las secuelas del SGB.

Primera y segunda sesión (15/05 y 19/05):

Se establece como objetivo inicial, obtener un buen vínculo con el paciente, ya que presenta síndrome hospitalario y mucho dolor. Se le solicita a la madre que traiga al establecimiento juguetes que sean del agrado del paciente. Mediante la actividad

lúdica, se le transmite que el espacio terapéutico es un entorno seguro y amigable.

A medida que el paciente mejora su relación con el entorno y el equipo terapéutico, se inicia la desensibilización progresiva de manos y pies.

Para finalizar las sesiones, se realiza bipedestación asistida con estabilizadores de rodilla, descalzo con buen contacto plantar, mientras el terapeuta sostiene a través de los hombros. Al realizar esta maniobra, el niño refiere mucho dolor, ya que permanece un tiempo sin adoptar la posición de bipedestación, siendo así nuestro objetivo a corto plazo lograr una bipedestación asistida que resulte tolerable y segura, a fin de prevenir complicaciones derivadas de la sedestación prolongada como, por ejemplo: Acortamiento muscular,

alteraciones posturales y circulatorias, y mayor dependencia para las actividades básicas.

Enseñamos a los papás a realizar estabilizadores de rodillas caseros con PVC y además, se les proporciona un estabilizador de tronco. Todo esto con el fin de continuar el tratamiento en casa y seguir progresando.

La familia dispone de vendajes, por lo que se les enseña su aplicación hacia la rotación interna, el cual lo utiliza durante gran parte del día y así, se evita la abducción y rotación externa patológica postural de cadera.

Tercera y Cuarta sesión (22/05 y 26/05):

Para este momento, el equipo nota que el apoyo plantar se vuelve cada vez más tolerable. Para reforzar lo conseguido, se coloca al paciente en sedestación y, en ambos tobillos, pesas con el fin de mantener el apoyo de ambos pies y mejorar la propiocepción. Todo esto, mientras el niño juega con una caja que contiene: Juguetes con formas de animales, polenta que simula arena y rastrillos, palas y recipientes; simulando jugar a la granja (que es de sus preferencias), a fin de fortalecer la musculatura extensora del miembro superior y el uso de las pinzas de la mano, se trabaja: Cargando y descargando en el recipiente, ubicando y tapando los animales, cavando y rastrillando la arena.

Continuando con el objetivo de fortalecer los músculos extensores del miembro superior, se trabaja primero con bloques grandes, la construcción de torres, facilitando la apertura de mano y pinza de todos los dedos. Una vez logrado este juego, continuamos con objetos más pequeños, los cuales deben ser insertados en un recipiente de orificio angosto, fortaleciendo todavía más el agarre de los dedos. El paciente logra completar satisfactoriamente ambas actividades.

Nuevamente, para finalizar las sesiones, colocamos los estabilizadores de rodilla y llevamos al paciente a una posición de bipedestación asistida.

Quinta, sexta y séptima sesión (29/05, 02/06 y 03/06):

En estas sesiones, se pasa directo a la sedestación, con apoyo de pies sobre una cuña y estabilizador de tronco (De uso diario por parte del paciente).

Teniendo el segmento superior libre, se prepara un soporte de madera, el cual contiene una pieza de metal, lista para recibir imanes con diversas figuras, de animales y del circo. Esto con el fin de llamar la atención del niño y, que los coloque de manera activa, favoreciendo los músculos flexores de hombro, extensores de antebrazo y pinza a nivel de la mano. De manera activa, el terapeuta acompaña y guía los movimientos de la escápula.

La quinta sesión finaliza como las anteriores, con bipedestación asistida, donde se hace evidente la debilidad y compensaciones del tronco. La diferencia en este encuentro es que ya es una actividad tolerable y se realiza de manera diaria en el hogar.

A raíz de esto, el equipo decide enfocarse en una nueva prioridad, la fuerza muscular del eje corporal.

En la sexta sesión, colocamos al paciente en un rollo terapéutico, el terapeuta por detrás brindando seguridad y, asegurando con sus pies, un buen apoyo plantar por parte del paciente.

Se colocan en la colchoneta diversos juguetes de preferencia del niño, el mismo debe, desde sentado, bajar tren superior y recolectar los objetos. Fortaleciendo así, la musculatura de dicho segmento.

Finalizada esta sesión, el equipo nota mucho potencial para lograr los objetivos y, además, el niño ya se ha adaptado por completo al ambiente terapéutico. Se comunica a los padres que, a partir de este momento, de manera progresiva, deberán concurrir más días al establecimiento. Siendo 3 visitas para esta semana y, a partir de la siguiente, serán 4 visitas semanales.

Para la séptima sesión, se busca reforzar el trabajo de la sesión anterior y agregar un poco más de dificultad.

Repetimos posición y elementos de la sesión anterior, pero esta vez, los juguetes estarán colocados a diferentes alturas y a los

lados del paciente. Esto con el objetivo de fortalecer, además de la musculatura del eje del cuerpo, los músculos abdominales, los cuales trabajarán a la hora de alcanzar los elementos en distintas direcciones.

Octava, novena, décima y décimo primera sesión (09/06, 10/06, 12/06 y 13/06):

Para los encuentros 8, 9 y 10 se repiten ejercicios logrados en las anteriores últimas dos sesiones y se suma, desde la sedestación, tratar de alcanzar pelotas en alturas superiores a la de la cabeza. También con el fin de trabajar la musculatura del tronco superior y cintura escapular, que se mantienen con baja participación en las posturas pasivas prolongadas.

Finalizados estos últimos tres encuentros, el equipo nota que el paciente logra superar las actividades de manera exitosa.

De manera comparativa con nuestro primer encuentro, el paciente ya es capaz de: Sentarse sin apoyo de miembros superiores, logra un mayor rango de extensión de dedos, los músculos cervicales casi no compensan la extensión de tronco, el niño desde la posición supina, ya puede pasar a posiciones intermedias y luego a sedestación de manera totalmente activa.

Teniendo todo esto en cuenta, el equipo decide tomar un nuevo desafío para la décimo primera sesión, lograr una de las posiciones más ricas para trabajar en el área de neurodesarrollo: La cuadrupedia.

Para la décimo primera sesión, comenzamos la terapia con ejercicios de tronco vistos anteriormente, pero esta vez, se realizan en menor cantidad y tiempo, con el fin de solamente activar y preparar los músculos para el desafío de hoy. Utilizando los juguetes preferidos del paciente y, de manera paulatina, se coloca al niño en la posición cuadrúpeda y se le pide que alcance los objetos. Poco a poco, va logrando con mayor facilidad y control corporal alcanzarlos.

Previo al finalizar la sesión, el paciente consigue exitosamente mantenerse en posición de cuadrupedia, sin asistencia.

Observaciones: El equipo se encuentra satisfecho con las metas alcanzadas hasta el momento. Los siguientes objetivos, serán en base a mantener todo lo conseguido hasta el momento, ganar mayor amplitud en extensión de mano, fortalecer glúteos, isquiotibiales y tibial anterior. A fin de tener una amplitud completa de movimientos de mano y una bipedestación activa sin asistencia, para que, a futuro, se consiga el último objetivo específico y lograr la máxima funcionalidad, la marcha.

Décimo segunda, décimo tercera, décimo cuarta y décimo quinta sesión (23/06, 24/06, 26/06 y 27/06):

El primer encuentro comienza con:

Desensibilización de pies y manos, se trabaja directamente desde la colchoneta, cambios de posición, de decúbito supino a sedestación, a través de, posiciones intermedias como el decúbito lateral.

Observaciones: El paciente ya es capaz de tolerar posiciones intermedias, como el apoyo bilateral de rodillas y mantener una buena postura.

Nota: Para esta sesión, el paciente se encuentra poco colaborador.

Para finalizar la sesión, a modo de terminar de activar los músculos erectores de tronco y, que además resulta agradable para el paciente, nos posicionamos sobre una pelota terapéutica (fitball) y realizamos rebotes rítmicos, durante el ejercicio, el paciente sostiene un aro con ambas manos, simulando estar montado sobre un caballo, con el fin de trabajar los músculos extensores de antebrazo y, el agarre funcional.

En el décimo tercer encuentro, se hace énfasis en los miembros superiores, teniendo en cuenta la sesión anterior, se busca motivar al niño a través del uso de espuma, para trabajar en el espejo y así poder realizar movimientos escapulares, flexión de hombro y, sobre todo, extensión de muñeca y mano. El paciente se encuentra bipedestado, el terapeuta por detrás brindando estabilidad y guiando los movimientos de los miembros.

Durante la penúltima sesión, se trata desde la posición de

sedestación el control de tronco y miembro superior con mínima asistencia. Para ello, el kinesiólogo se coloca por detrás del paciente, asiste descendiendo leve y repetidamente ambos hombros del niño, con el fin de generar el reflejo de extensión. Mientras tanto, el paciente interactúa con un martillo y piezas de encaje. Cada vez que se completa la tarea, se coloca el juego en diferentes direcciones para trabajar las descargas de peso a nivel superior en distintas direcciones.

Décimo quinta sesión (última del tratamiento):

El paciente inicia la sesión en sedestación, realizando alcances activos de objetos ubicados a distintas alturas y direcciones, con el objetivo de trabajar control postural, equilibrio y coordinación oculo-manual.

A continuación, se realiza trabajo en pelota terapéutica (fitball) en posición de decúbito prono, con énfasis en la activación de la musculatura glútea. El terapeuta sostiene al paciente a nivel de los muslos, facilitando desplazamientos rítmicos hacia adelante y hacia atrás para estimular los músculos extensores de cadera.

Posteriormente, el paciente es colocado en sedestación sobre la pelota. Se aplican rebotes rítmicos para provocar y potenciar el reflejo de estiramiento, favoreciendo la extensión de tronco y la activación tónica general.

Durante la sesión se observa buena tolerancia al estímulo vestibular, participación y respuestas motoras apropiadas para la consigna propuesta.

Resultados

A lo largo de las quince sesiones de tratamiento, el paciente presentó una evolución funcional progresiva, evidenciándose mejoras significativas en el control postural, la movilidad activa y la tolerancia a distintas posiciones.

En la evaluación inicial, el paciente solo lograba mantenerse en sedestación con apoyo de miembros superiores, presentaba debilidad generalizada, hipotonía y ausencia de bipedestación activa. Asimismo, se observaba hipersensibilidad plantar que limitaba el apoyo de los pies y compromiso en la apertura de las manos.

Durante las primeras sesiones, se logró una mejor adaptación al entorno terapéutico, disminución del temor y progresiva tolerancia al contacto y a la estimulación sensorial. Se evidenció una reducción de la hipersensibilidad en pies y manos, lo que permitió avanzar en actividades con mayor carga funcional.

En etapas intermedias del tratamiento, el paciente alcanzó sedestación activa sin apoyo de miembros superiores, mejoró el control de tronco y logró realizar transiciones desde decúbito a sedestación de manera independiente. Se observó también una mejora en la función manual, con mayor apertura de la mano y capacidad de prensión.

Hacia las últimas sesiones, el paciente logró mantener la posición de cuadrupedia sin asistencia, evidenciando un adecuado control del eje corporal. Asimismo, aumentó la tolerancia a la bipedestación asistida, con mejor alineación postural y menor presencia de compensaciones.

En conjunto, los resultados reflejan una evolución favorable del paciente, con avances en la funcionalidad global y progresión hacia la adquisición de la marcha como objetivo terapéutico final.

Discusión

Si bien la evolución del paciente fue favorable, resulta importante considerar que la respuesta al tratamiento puede variar según la severidad inicial del cuadro, la rapidez en el inicio de la intervención y las características individuales del paciente. En este caso, la intervención temprana, junto con la alta adherencia al tratamiento y el acompañamiento familiar, podrían explicar la evolución positiva observada en comparación con otros casos reportados en la literatura.

Los resultados obtenidos en el presente caso coinciden con la evidencia científica que describe al síndrome de Guillain-Barré como

una patología con potencial de recuperación favorable, especialmente cuando se implementa un abordaje terapéutico temprano e interdisciplinario.

Diversos estudios señalan que, en población pediátrica, la intervención kinésica precoz resulta fundamental para prevenir complicaciones secundarias como acortamientos musculares, alteraciones posturales y pérdida de funcionalidad (Delgado García et al., 2022). En este sentido, el presente caso demuestra cómo la intervención temprana permitió sostener y recuperar progresivamente habilidades motoras claves.

Asimismo, la literatura destaca que la recuperación funcional en pacientes con síndrome de Guillain-Barré suele iniciarse dentro de las primeras semanas y progresar de manera gradual, alcanzando en muchos casos una recuperación significativa en meses posteriores (De-Lucca et al., 2022). Esto se ve reflejado en la evolución del paciente, quien logró avances sostenidos en un período relativamente corto de intervención.

Por otro lado, el enfoque lúdico utilizado durante el tratamiento resultó determinante para favorecer la adherencia terapéutica y la participación activa del paciente, especialmente considerando su edad. La inclusión del juego como herramienta terapéutica no solo facilitó la ejecución de los ejercicios, sino que también permitió reducir el miedo y mejorar el vínculo con el entorno de salud.

El trabajo interdisciplinario con terapia ocupacional y la participación activa de la familia constituyeron factores clave en la evolución favorable del paciente. Tal como se describe en la literatura, el acompañamiento familiar y la continuidad del tratamiento en el hogar potencian los resultados terapéuticos y favorecen la generalización de los logros funcionales.

Como limitación del presente trabajo, se destaca que se trata de un estudio de caso único, lo cual impide la generalización de los resultados. Sin embargo, aporta evidencia clínica relevante sobre la importancia del abordaje kinésico en pacientes pediátricos con esta patología.

La evolución observada en este caso podría estar influenciada por la edad temprana del paciente, lo cual favorece la plasticidad neuromotora y la capacidad de recuperación funcional en comparación con pacientes adultos.

Implicancias Clínicas

El presente caso permite reflexionar sobre la relevancia de un abordaje kinésico integral en pacientes pediátricos con síndrome de Guillain-Barré. La implementación de estrategias terapéuticas basadas en el juego, adaptadas a la edad del paciente, favorece no solo la recuperación motora, sino también la participación activa y la adherencia al tratamiento.

Asimismo, se destaca la importancia de la educación a la familia como parte fundamental del proceso de rehabilitación. La continuidad de las intervenciones en el hogar permite reforzar los estímulos terapéuticos y consolidar los logros alcanzados en el ámbito clínico.

Por otro lado, el trabajo interdisciplinario constituye un pilar esencial en el abordaje de este tipo de patologías, permitiendo una visión integral del paciente y optimizando los resultados funcionales a largo plazo.

Conclusión

El presente trabajo evidencia la importancia del abordaje kinésico temprano, individualizado y basado en el juego en pacientes pediátricos con síndrome de Guillain-Barré.

A lo largo del proceso terapéutico se observó una evolución progresiva en la funcionalidad del paciente, con mejoras en el control postural, la movilidad activa, la sedestación, la cuadrupedia y la tolerancia a la bipedestación.

El trabajo interdisciplinario, junto con la participación

activa de la familia, resultaron factores determinantes en la evolución favorable del paciente, favoreciendo la adherencia al tratamiento y la generalización de los logros funcionales.

Este caso refuerza la relevancia del rol kinésico dentro del equipo de rehabilitación pediátrica, destacando la necesidad de intervenciones tempranas y adaptadas a las características individuales del paciente.

Referencias

Bordini, B. J., & Monrad, P. (2017). Differentiating Familial Neuropathies from Guillain-Barré Syndrome. *Pediatric Clinics of North America*, 64(1), 231–252.

Cea, G., & Valenzuela, D. (s.f.). Enfermedades neuromusculares adquiridas: Manual diagnóstico y terapéutico [Serie Azul]. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.

De-Lucca, M. E. T., Maffini, J. F., Grassi, M. G., Stadler-Junior, M., Bezerra, V. N., & João, P. R. D. (2022). Guillain-Barré syndrome in pediatrics: A literature review. *Residência Pediátrica*, 12(3), e523. <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2022.v12n3-523>

Delgado García, C., Pérez-Moreno, R., Portela de Lamadrid, C., & López-Molina, M. I.

(2022). Abordaje fisioterapéutico del síndrome de Guillain-Barré en edad pediátrica.

Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación, 24(1), 1–14.