MINISTERIO DE SALUD

REPÚBLICA DEL PERÚ

Resolución Viceministerial

Lima, 24. de. MAYO. del 2016

Visto el expediente N° 16-047548-001, que contiene la Nota Informativa N° 105-2016-CDC/MINSA, del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilárla y promoverla;

Que, los artículos 76 y 78 de la citada Ley, establecen que la autoridad de salud de nivel nacional es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria, así como dictando las disposiciones correspondientes; determinando las enfermedades transmisibles de declaración y notificación obligatorias;

Que, los numerales 1), 3) y 5) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, disponen como ámbitos de competencia del Ministerio de Salud, la Salud de las Personas, las epidemias y emergencias sanitarias, así como la inteligencia sanitaria;

Que, el artículo 4 de la citada Ley, establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tiene impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, el artículo 126 y los literales b), c), d) y e) del artículo 127 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA, disponen que, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, es el órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, responsable de gestionar los procesos de prevención y control de enfermedades de importancia sanitaria nacional e internacional. Incluyo la gestión de las acciones de vigilancia epidemiológica, inteligencia sanitaria, salud global y respuesta rápida en brotes, epidemias, desastres y emergencias, y tiene como funciones el formular lineamientos, normas, proyectos y estrategias en materia de vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmisibles, laboratorios en salud pública y control de emergencias y desastres, en su ámbito de competencia, desarrollar y conducir el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública en el ámbito
Desarrollar y conducir el Sistema de Inteligencia Sanitaria, articulando en los diferentes sistemas de información y planificación sanitaria, formular y proponer herramientas para la Vigilancia Epidemiológica; así como desarrollar instrumentos de inteligencia sanitaria.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 044-2016/MINSA se aprobó el Documento Técnico “Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente a la enfermedad por virus Zika - Perú, 2016”, cuya finalidad es reducir el impacto sanitario, social y económico en la población ante el riesgo de introducción y expansión de dicho virus en el país.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 854-2014/MINSA, se modificaron las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”, incorporando dentro de los tipos de documentos normativos a los “Protocolos Sanitarios de Urgencia”, a fin de establecer disposiciones que por su inmediatamente refuerzan la capacidad de preparación y respuesta del Sistema de Salud.

Que, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, en el marco de sus competencias ha elaborado el Protocolo Sanitario de Urgencias para la Vigilancia del Síndrome Guillain Barré, con el objetivo de establecer las pautas de la vigilancia de dicho comportamiento endémico y perfil epidemiológico a nivel nacional e identificación del número de casos en áreas de riesgo del virus Zika u otras morbilidades de importancia en salud pública.

Estando a lo propuesto por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades;

Que, mediante Informe N° 588-2016-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión favorable.

Con el visado del Director General del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades y de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica.

De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1151, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el “Protocolo Sanitario de Urgencia para la Vigilancia del Síndrome Guillain Barré”, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Viceministerial.

Artículo 2.- Encargar al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, la difusión, implementación y supervisión de lo dispuesto en el Protocolo Sanitario de Urgencia, descrito en el artículo precedente.

Artículo 3.- Disponer que el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades informe al Despacho Viceministerial de Salud Pública de las acciones realizadas para la implementación del referido Protocolo de Urgencia Sanitaria.


Regístrese, comuníquese y publíquese.

Percy Luis Minaya León
Viceministro de Salud Pública
PSU N°13- MINSA/DVMSP/CDC

PROTOCOLO SANITARIO DE URGENCIA PARA LA VIGILANCIA DEL SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ

1. JUSTIFICACIÓN

Conocer el comportamiento endémico del Síndrome Guillain Barré (SGB) en el país, identificando incrementos de registro de casos con posible relación a infección por el virus Zika (ZIKV) y contribuir a disminuir la morbilidad de pacientes con SGB, a través de su identificación precoz por el sistema de vigilancia.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer las pautas de la vigilancia de SGB para establecer el perfil epidemiológico a nivel nacional e identificación del número de casos en áreas de riesgo de ZIKV u otras morbilidades de importancia en salud pública.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Determinar la incidencia de SGB en el país, a través de la vigilancia en los establecimientos de salud.

2.2.2. Determinar la presencia de casos de SGB relacionados a ZIKV

3. INSTITUCIONES INVOLUCRADAS

- Ministerio de Salud: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

- Establecimientos de Salud del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), de los Gobiernos Regionales, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), del Seguro Social de Salud (EsSALUD), de las Fuerzas Armadas, y de la Policía Nacional del Perú.

- Establecimientos de salud del sector privado

- Instituto Nacional de Salud (INS)

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Vigilancia de SGB en todos los establecimientos de salud

4.1. DEFINICIONES OPERACIONALES DE CASO:

CASO SOSPECHOSO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

Toda persona que presente debilidad muscular, simétrica, aguda y ascendente.

CASO CONFIRMADO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

Toda persona que presente los siguientes signos y síntomas (Nivel 3 de los criterios de Brighton). Ver también Anexo 1.

- Debilidad bilateral y flácida de los miembros; y
- Reflejos tendinosos profundos disminuidos o ausentes en los miembros con debilidad; y
- Enfermedad monofásica; intervalo entre el inicio y el nadir de la debilidad entre 12 horas y 28 días; posterior fase de meseta clínica; y
- Ausencia de una causa alternativa que justifique la debilidad.

Con o sin cumplimiento de los siguientes criterios:
- Hallazgos electrofisiológicos compatibles con SGB
- Líquido cefalorraquídeo con presencia de disociación albumino-citológica (nivel de proteínas mayor del valor normal de laboratorio y menos de 50 células/mm3).

**Caso descartado de síndrome Guillain Barré**

Caso sospechoso de SGB que durante la investigación se identificó otra patología, consideración en el Anexo 2.

**Caso de síndrome de Guillain Barré sospechoso de estar asociado a infección por virus Zika**

- Caso confirmado de SGB con antecedente de exposición a ZIKV en zonas de transmisión autóctona de ZIKV en los 30 días previos al inicio de signos y síntomas, 6
- Caso confirmado de SGB que haya tenido contacto sexual sin protección con persona con antecedente de residencia o viaje reciente a un área de circulación de vectores para ZIKV.

**Caso de síndrome de Guillain Barré confirmado de estar asociado a la infección por virus Zika**

Todo caso confirmado de SGB sospechoso de estar asociado a la infección ZIKV y con confirmación de laboratorio de infección reciente por el ZIKV.

**Caso confirmado de síndrome de Guillain Barré descartado por laboratorio en relación a infección por virus Zika**

Caso confirmado de SGB con identificación de otro agente infeccioso (Campylobacter jejuni, Citomegalovirus (CMV), Virus Ebestein Barr (VEB), VIH, dengue, chikungunya, enterovirus u otros) y/o no se demostró la infección por ZIKV.

4.2. Vigilancia Epidemiológica:

4.2.1 La vigilancia de SGB es de carácter obligatorio en todos los establecimientos de salud (EESS) públicos y privados, los de menor complejidad realizarán la referencia a los de mayor complejidad y éstos realizarán la notificación e investigación.

4.2.2 En la vigilancia de SGB se incluirán todos los casos sospechosos de SGB incluyendo sus variantes determinada por los clínicos. Anexo 3.

*Las pruebas de serología para virus Zika serán incorporadas en tanto se obtengan nuevos conocimientos acerca de su especificidad por el INS.
**De acuerdo a la evaluación médica y según criterio clínico y epidemiológico se solicitará la prueba de laboratorio pertinente que oriente al agente desencadenante del SGB.
4.2.3 En cada Hospital debe identificarse un equipo responsable de la vigilancia de SGB integrado de ser posible por profesionales de los Servicios de Neurología, Medicina Interna, Infectología, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), laboratorio y Epidemiología quienes serán responsables de la vigilancia de SGB. Este equipo garantizará la implementación y cumplimiento del presente protocolo.

4.2.4 La implementación de la vigilancia epidemiológica de SGB en áreas de riesgo de transmisión por ZIKV, debe realizarse en forma coordinada tanto con el laboratorio institucional como Regional, que le permita clasificar el caso.

4.3. PROCESOS DE LA NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN Y SEGUIMIENTO:

4.3.1. IDENTIFICACIÓN, NOTIFICACIÓN Y LLENADO DE LA FICHA

- Todo caso sospechoso de SGB identificado en el primer nivel de atención debe ser referido a un hospital de mayor complejidad de la región (Nivel II-2, III-1, III-2).

- Todo profesional médico que identifique un caso sospechoso de SGB durante la atención en consultorios externos de Hospitales o Clínicas, Servicios de hospitalización, áreas críticas (Emergencia, UCI), deberá llenar la Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica de SGB (Anexo 4) y comunicar inmediatamente al personal responsable de la Oficina de Epidemiología o aquel que cumpla su función en el establecimiento de salud para que realice la notificación.

- Todo caso sospechoso SGB debe ser notificado por el responsable de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces en los EESS, públicos y privados del ámbito nacional ingresado al Sistema de vigilancia de SGB a la red de epidemiología dentro de las primeras 24 horas de conocido el caso, para lo cual llenará los datos en el aplicativo informático de notificación de brotes y se cargará la Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica de SGB que se encuentra en el portal web del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

- El responsable de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces en los EESS realizará de manera diaria la búsqueda activa de casos sospechosos de SGB en salas de hospitalización (Medicina, Neurología, Infectología), Emergencia, UCI, ante un caso identificado el médico tratante deberá llenar la Ficha de Investigación Clínico Epidemiológico de SGB y Ficha de Evaluación, Anexos 4 y 5.

- El responsable de epidemiología del Hospital o Clínica registrará el caso y realizará el control de calidad de la Ficha de Investigación Clínico Epidemiológico de SGB, la cual será enviada a los niveles correspondientes según el flujo establecido desde el nivel local, nivel regional hasta el nivel nacional, siguiendo el flujo de la red nacional de epidemiología, bajo responsabilidad; asimismo coordinará con el equipo de apoyo de la vigilancia de SGB.

4.3.2. INVESTIGACIÓN Y SEGUIMIENTO:

- Todo caso sospechoso de SGB debe ser investigado y evaluado por el equipo de vigilancia de SGB, para confirmar o descartar el caso.

- En la investigación se incluyen una anamnesis dirigida, examen neurológico minucioso, varios exámenes de laboratorio e imágenes, siendo los procedimientos especiales de punción lumbar con el estudio de líquido cefalorraquídeo y la electrofisiología. El cumplimiento de los criterios de Brighton para la definición de caso de SGB permite determinar el nivel de certeza diagnóstica de SGB, lo cual se muestra en el Anexo 1.
• Los laboratorios de Hospitales Referenciales deben estar en la capacidad de procesar las muestras de líquido cefalorraquídeo para determinar su celularidad y nivel de proteínas, para con ello definir la existencia o no de disociación aluminio-citológica para la clasificación de caso.

• La investigación para la determinación del probable agente etiológico de SGB queda bajo consideración del médico tratante; puede incluirse por ejemplo pruebas de serología para Campylobacter jejuni, Haemophilus influenzae, Virus Epstein–Barr (VEB), Otomegalovirus (CMV), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); Virus Herpes Simple (VHS), Virus Hepatitis B (VHB), u otras; así mismo ante la alta sospecha de infección previa por el virus dengue, virus Chikungunya o ZIKV.

• La evaluación electrofisiológica será realizada a partir del séptimo día del inicio de síntomas y luego de 2 semanas de la misma, debiendo ser realizada por profesional entrenado. Los criterios electrofisiológicos se describen en el Anexo 7.

• El seguimiento de caso sospechoso de SGB en un EESS será realizado por el médico tratante, para lo cual actualizará la Ficha de Investigación Clínica Epidemiológica de SGB completando los datos faltantes y enviándolas a la Oficina de Epidemiología de cada Hospital o aquella que cumple la misma función en las Clínicas en un plazo máximo de 3 semanas, permitiendo confirmar o descartar el diagnóstico de SGB. Las evaluaciones neurológicas serán registradas en la Ficha de Evaluación y Seguimiento de SGB (Anexo 8).

• En caso de fallecimiento antes de confirmación de caso SGB se planeara la revisión del caso por un comité de expertos para su clasificación, para lo cual el EESS deberá enviar el expediente del caso que incluye la historia clínica completa de los EESS donde recibió atención.

4.3.3. PROCESAMIENTO DE DATOS:

• Todo caso sospechoso de SGB debe ser registrado dentro de las 24 horas de identificado al caso en el sistema Noti SP WEB por el responsable de epidemiología.

• La base de datos deberá ser actualizada según los hallazgos de la investigación y del seguimiento realizado.

• La DISA/IGSS/DIRESA/GERESA y la que hagan sus veces realizará mensualmente la revisión de los registros de egresos hospitalarios y filtrará el diagnóstico de SGB (código CE10; G 61.0), evaluará la calidad de la vigilancia de sus EESS, asimismo emitirá reportes trimestrales consolidando las notificaciones de la vigilancia de SGB de los EESS bajo su jurisdicción. Los casos no incluidos deberán ser investigados.

• Ante casos de SGB notificados por los EESS, se considerará para la cuantificación el del lugar de atención y distrito de procedencia del paciente.

4.3.4. ANÁLISIS Y GENERACIÓN DE REPORTES:

• La cuantificación de la ocurrencia de SGB se realizará en medidas de frecuencia absoluta, considerando el número de todos los casos SGB notificados por los hospitales y clínicas.

• La Oficina de Epidemiología de cada Hospital o clínica elaborará reportes trimestrales de la frecuencia de presentación de SGB.
El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades es responsable de analizar y proponer investigaciones epidemiológicas según la presentación de SGB en su relación a ZIKV. Divulgará la información en publicaciones o informes periódicos retroalimentando a los componentes del sistema de vigilancia.

4.3.5. IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y SUPERVISIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ:

- Las DISA/IGSS/DIRESA/GERESA o las que hagan sus veces son responsables de socializar este protocolo, monitorear y supervisar la implementación de la vigilancia de SGB en todos los EESS de su jurisdicción, en cumplimiento de lo dispuesto.

- Las DISA/IGSS/DIRESA/GERESA o las que hagan sus veces realizarán la revisión de la base de egresos hospitalarios y/o revisión de historias clínicas en sus visitas de monitoreo y supervisión del funcionamiento del sistema de vigilancia de SGB.

- El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades es responsable de difundir el presente protocolo a nivel regional, de brindar asistencia técnica a las DISA/IGSS/DIRESA/GERESA o las que hagan sus veces para la aplicación de lo establecido en este protocolo y supervisar su cumplimiento.

5. ANEXOS

Anexo 1.- Criterios de Brighton para la definición de caso de Síndrome Guillain Barré.
Anexo 2.- Diagnósticos diferenciales que excluyen Síndrome Guillain Barré.
Anexo 3.- Criterios de diagnóstico Síndrome de Guillain Barré, variantes clínicas y escala de gravedad - Manejo clínico.
Anexo 4.- Ficha de Investigación Clínica Epidemiológica de Síndrome Guillain Barré.
Anexo 5.- Ficha de Evaluación y Seguimiento de Síndrome Guillain Barré.
Anexo 6.- Flujoograma de Vigilancia Síndrome Guillain Barré.
ANEXO 1
CRITERIOS DE BRIGHTON PARA LA DEFINICIÓN DE CASO DE SÍNDROME GUILLAÚN BARRÉ

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nivel 1 de certeza diagnóstica</th>
<th>Nivel 2 de certeza diagnóstica</th>
<th>Nivel 3 de certeza diagnóstica</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y</td>
<td>• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y</td>
<td>• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y</td>
</tr>
<tr>
<td>• Reflejos tendíneos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y</td>
<td>• Reflejos tendíneos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y</td>
<td>• Reflejos tendíneos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y</td>
</tr>
<tr>
<td>• Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y mesaeta clínica posterior; Y</td>
<td>• Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y mesaeta clínica posterior; Y</td>
<td>• Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y mesaeta clínica posterior; Y</td>
</tr>
<tr>
<td>• Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad; Y</td>
<td>• Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad; Y</td>
<td>• Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad; Y</td>
</tr>
<tr>
<td>• Disociación citoalbuminúrica (es decir, elevación de las proteínas del LCR* por encima del valor normal del laboratorio y cifra total de leucocitos en el LCR &lt; 50 células/μl; Y</td>
<td>• Cifra total de leucocitos en el LCR &lt; 50 células/μl (con o sin elevación de las proteínas del LCR por encima del valor normal del laboratorio); O BIÉN estudios electrolisiográficos compatibles con SGB en caso de que no se hayan obtenido muestras de LCR o no se disponga de los resultados.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* LCR: líquido cefalorraquideo
ANEXO 2

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES QUE EXCLUYEN SGB (*)

- Intracraneal
  - Meningitis carcinomatosa
  - Encefalitis del tallo cerebral
- Medula espinal
  - Infarto
  - Mielitis
  - Compresión
  - Células del asta anterior de la medula espinal
  - Polio y otros virus de ARN que producen poliomielitis, incluyendo el virus del Nilo Occidental
- Raíces del nervio espinal
  - Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica
  - Compresión de cauda equina
- Nervios periféricos
  - Trastornos metabólicos como hipercalemia o hipocalcemia
  - Parálisis por garrapata
  - Mordedura de serpiente
  - Toxicidad por metales pesados como arsénico, oro y taflo
  - Neuropatía incluida por fármacos, (Ej: vincristina, compuestos de platinio, nitrofurantoina, pacitaxel)
  - Portría
  - Neuropatía por enfermedad crítica
  - Vasculitis
  - Difteria
- Sinapsis neuromuscular
  - Mielastenia gravis
  - Envenenamiento por órganos tóxicos
  - Botulismo
- Muscular
  - Miopatía por enfermedad crítica
  - Polimiositis
  - DermATOMiositis
  - Hipohipercalcemia

(*) Brighton Collaboration group, Síndrome de Guillain-Barré y Síndrome de Fisher: Definiciones de caso y lineamientos para la recolección, análisis y presentación de datos relativo a la seguridad de la inmunización
ANEXO 3
CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO SÍNDROME DE GUILLLAIN BARRÉ, VARIANTES CLÍNICAS Y ESCALA DE GRAVEDAD - MANEJO CLÍNICO

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO SÍNDROME DE GUILLLAIN BARRÉ
(Adaptados de Asbury y Combanth, 1990).

I. Criterios requeridos para el diagnóstico
   A. Debilidad progresiva en más de un miembro.
      Compromiso muscular es muy variable, desde discreta debilidad en los miembros inferiores, con o sin ataxia, a parálisis total de las 4 extremidades, de tronco cerebral, parálisis facial y oftalmoplejía.
   B. Arreflexia osteocodinónica
      Puede aceptarse una arreflexia distal o hiperreflexia bicipital y patelar si se cumplen el resto de los criterios.

II. Criterios que apoyan fuertemente el diagnóstico
   A. Criterios clínicos (por orden de importancia):
      1. Progresión de la debilidad. 50% alcanzan la máxima debilidad en 2 semanas, 80% en tres y 90% en 4 semanas.
      3. Síntomas y signos sensitivos leves.
      4. Afectación de nervios craneales. Débilidad facial en el 50% de los casos, los nervios XII y IX, así como los oculomotores, pueden afectarse.
      5. Recuperación. Comienza tras 2-4 semanas. La mayoría se recupera en meses.
      6. Disfunción autonómica (taquicardia, hipotensión postural, hipertensión arterial, signos vasomotores). Es de presencia y severidad variable, más intensa en la infancia.
      7. Ausencia de fiebre al comienzo.
      8. Aumento del nivel de proteínas en LCR una semana después de la aparición de los síntomas.
      9. Electrodiagnóstico anormal con conducción más lenta u ondas F prolongadas.

   Criterios clínicos variantes (no van en orden de importancia):
   1. Fiebre al comienzo.
   2. Pérdida sensitiva severa, con dolor. En los niños el dolor es un síntoma común (47%).
   3. Progresión más allá de 4 semanas.
   4. Cese de la progresión sin recuperación o con secuelas permanentes importantes.
   5. Compromiso de esfínteres. Generalmente no se afectan pero puede haber una parésia vesical transitoria.
6. Afectación del Sistema Nervioso Central. Aunque puede ocasionalmente haberla en el síndrome de Guillain-Barré, debe descartarse que se trate de otro diagnóstico.

B. Criterios de Líquido Cefalorraquideo (LCR):
1. Proteínas aumentadas tras la 1ª semana.
2. Menos de 10 células/mm (leucocitos mononucleares).
   Variantes:
   1. Sin aumento de LCR en 1-10 semanas (cero).
   2. LCR con 11-50 leucocitos mononucleares.

C. Criterios electrofisiológicos:

CRITERIOS DE DESMIELINIZACIÓN (Delance y cols) (2) - Electrofisiología
Presencia de al menos 4 de los siguientes criterios en 3 nervios (deben ser al menos 2 nervios motores y uno sensitivo):

1. Reducción de la velocidad de conducción motora:
   a. Menor del 80% del límite inferior de la normalidad (LIN) si la amplitud es mayor del 80% del LIN
   b. Menor del 70% del LIN si la amplitud es menor del 80% del LIN
2. Bloqueo parcial de la conducción: menos del 15% de cambio en la duración del potencial de acción muscular compuesto (PAMC) entre la estimulación proximal y distal, y más del 20% de disminución en la amplitud de pico a pico (o del área negativa) entre el estímulo proximal y distal
3. Dispersión temporal: más del 15% de cambio en la duración del potencial entre la estimulación proximal y distal
4. Latencias distales prolongadas:
   a. Latencia mayor que el 125% del límite superior de la normalidad (LSN) si la amplitud es mayor del 80% del LSN
   b. Latencia mayor del 150% del LSN si la amplitud es menor del 80% del LSN
5. Ausencia de ondas F o aumento de las latencias mínimas de las ondas F (latencia mayor que el 120% del LSN y si la amplitud del PAMC es superior al 80% del LIN)
6. Velocidad de conducción sensitiva: la misma definición que la referida para los nervios motores
7. Disminución de la amplitud del potencial de acción muscular compuesto (PAMC) o del potencial de acción sensitivo (PAS) que debe ser menor del 80% del límite inferior de la normalidad (LIN)
   a. Nota: el estudio se realiza mediante estimulación nerviosa con electrodos cutáneos, a intensidad supramáxima, y registrando con electrodos también de superficie.

III. Criterios que alejan la posibilidad de cuadro de SGB
1. Asimetría marcada o persistente de la afectación.
2. Disfunción vesical o rectal marcada.
3. Disfunción vesical o rectal presentes al comienzo.
4. Más de 50 leucocitos mononucleares en LCR.
5. Presencia de leucocitos polinucleares en el LCR.

IV Criterios que descartan el diagnóstico
1. Diagnóstico de botulismo, miastenia, poliomielitis o neuropatía tóxica.
2. Malabastamento anormal de las porfirinas.
3. Difteria reciente.
4. Síndrome sensitivo puro sin debilidad

VARIANTES CLÍNICAS DE SGB
1. Síndrome G-B agudo desmielinizante (lo son más del 85-90% de los casos).
2. Síndrome G-B agudo axonal. Se han descrito dos tipos:
   a) Sensitivo y Motor (ASMAN), de peor evolución que la forma desmielinizante, y
   b) Motor (AMAN);
3. Síndrome de Miller-Fisher. Se caracteriza por la presencia de la tríada oftalmoplejía, ataxia y areflexia. Está desencadenado por ciertas cepas de Campylobacter jejuni que inducen la formación de anticuerpos anti-gangliósido GQ1b.

ESCALA FUNCIONAL DE GRAVEDAD CLÍNICA DEL SGB
0. sano, normal.
1. síntomas y signos leves, pero que le permiten hacer las actividades de andar, correr aún con dificultad, actividades de vestido, comida y asco.
2. puede caminar más de 5 metros sin ayuda ni apoyo, pero no saltar o realizar actividades para su cuidado personal.
3. puede caminar más de 5 metros pero con ayuda o apoyo.
4. está confinado en cama.
5. con ventilación asistida a tiempo total o parcial.
6. muerte
**Ficha de investigación Clínico Epidemiológica de Vigilancia Síndrome Guillain Barré**

**Síndrome Guillain Barré** (código CHI: G61.0)

### ANEXO 4

#### DATOS GENERALES

1. **Fecha de investigación:**
2. **Bienes/Alergias:**
3. **Rel Micro Rel Clas:**
4. **Establecimiento de Salud Notificador:**
   - E.S. I-1
   - E.S. II-1
   - E.S. III-1
   - E.S. IV-1

#### DATOS DEL PACIENTE

5. **H.Clinica N**
6. **Sex:**
7. **Fecha de notificación:**
   - M
   - F

<table>
<thead>
<tr>
<th>Departamento</th>
<th>Provincia</th>
<th>Correo del paciente o familiar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>11</td>
<td>12</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Ocupación</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Localidad (Cst., Ahb., Resid., etc.)</td>
<td>19 Fecha Admisión en EESS</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>¿En qué lugar estuvo los 30 días previos al inicio de la parálisis?</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

21. **Pare:**
22. **Fecha de llegada:**
23. **Fecha de llegada:**
24. **Fecha de llegada:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Departamento</th>
<th>Provincia</th>
<th>Correo del paciente o familiar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>21</td>
<td>22</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>25</td>
<td>26</td>
</tr>
</tbody>
</table>

26. **Antecedentes de enfermedad 4 semanas antes de inicio de parálisis:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Infección de vías respiratorias altas</th>
<th>SI</th>
<th>No</th>
<th>P. Inicio</th>
<th>F. Término</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Infección gastrointestinal</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Síndrome lábil</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Enfermedad</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Conjuntivitis no purulenta</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diarrea articular</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Goras de cabeza</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

27. **Enfermedad crítica (¿Cuál?):**

28. **Medicación Reciente:**

29. **Riesgo de inmovilización:**

#### ENFERMEDAD ACTUAL - EVALUACIÓN CLÍNICA

Fase de inicio de parálisis muscular
Fase de ingreso a hospital y servicio

**Dígitos y síntomas** (Marque como "X" los síntomas y signos que presente el paciente)

#### EVALUACIÓN DE FUERZA MUSCULAR

- **Proxi Dist:**
  - 0: No contracción, incapaaz de paralíasis
  - 1: Paredes colás de contracción muscular
  - 2: Presecuencia completa al esfuerzo contra la gravedad
  - 3: Presecuencia completa al esfuerzo contra la gravedad y resistencia moderada
  - 4: Presecuencia completa contra gravedad y resistencia moderada
  - 5: Presecuencia completa contra gravedad y resistencia mínima

**EVALUACIÓN DE REFLEJOS OSTEOTENDÍNEOS**

**EVALUACIÓN DE PARES CRANEALES**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pares Craneanos</th>
<th>Noral</th>
<th>Parestesias</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Facial</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Facial Der.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VDIDQ</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Trigémino izq.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Trigémino Der.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IAN-A izq.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IAN-A Der.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pares craneales</th>
<th>Noral</th>
<th>Parestesias</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Facial izq.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Facial Der.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VDIDQ</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Trigémino izq.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Trigémino Der.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IAN-A izq.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IAN-A Der.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Exámenes de Laboratorio

<table>
<thead>
<tr>
<th>Examen</th>
<th>Fecha</th>
<th>Lác:</th>
<th>%PRO:</th>
<th>%MON:</th>
<th>Proteínas</th>
<th>Glucosa</th>
<th>Observaciones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LCR</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Electrocardiografías</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Otros</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Evolución

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de Hospitalización</th>
<th>36. Evolución de la enfermedad</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Duración</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Clasificación

- [ ] 31. SGB Confirmed
- [ ] 32. SGB Descartado
- [ ] 33. SGB Suspechoso de rel. con Zika
- [ ] 34. SGB Confirmed rel. A Zika
- [ ] 35. SGB Descartado en relación a Zika

### Observaciones

<p>| |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Investigador

Nombre del Investigador:  
Cargo:  
Teléfono:  
Firma y Sello

---

**MINISTERIO DE SALUD**  
LABRASCO A.  
**CDC**
ANEXO 5

FICHA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ

**EVALUACIÓN FUEZRA MUSCULAR**

<table>
<thead>
<tr>
<th>FECHA</th>
<th>MEMBROS SUPERIORES</th>
<th>MEMBROS INFERIORES</th>
<th>Facial</th>
<th>IN-IX</th>
<th>Trigémino</th>
<th>III-VII-VIII</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Derecho</td>
<td>Izquierdo</td>
<td>Derecho</td>
<td>Izquierdo</td>
<td>Derecho</td>
<td>Izquierdo</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Prone</td>
<td>Cist</td>
<td>Prone</td>
<td>Dist</td>
<td>Prone</td>
<td>Dist</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Normal</td>
<td>Paresia</td>
<td>Normal</td>
<td>Paresia</td>
<td>Normal</td>
<td>Paresia</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ESCALA DE FUERZA MUSCULAR**: Medical Research Council (MRC)

0  No contracción, músculo paralizado
1  Pulsidad inexistente de contracción muscular
2  Movimiento completo sin se oponga la gravedad
3  Movimiento completo, solo con contra la gravedad
4  Movimiento completo contra gravedad y resistencia moderada
5  Movimiento completo contra gravedad y resistencia fuerte

**EVALUACIÓN REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS**

<table>
<thead>
<tr>
<th>FECHA</th>
<th>DERECHO</th>
<th>IZQUIERDO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Dorsal/Tricipital/Patellar</td>
<td>Aquileo</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**CONDUCCIÓN NERVIOSA MOTORA**

<table>
<thead>
<tr>
<th>FECHA 1</th>
<th>IZQUIERDA</th>
<th>DERECHA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Latencia (ms)</td>
<td>Amplitud (mV)</td>
<td>Vel. Conductión (m/s)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mediano</td>
<td>Cubital</td>
<td>Facial</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**CONDUCCIÓN NERVIOSA SENSITIVA**

<table>
<thead>
<tr>
<th>FECHA 1</th>
<th>IZQUIERDA</th>
<th>DERECHA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Latencia (ms)</td>
<td>Amplitud (mV)</td>
<td>Vel. Conductión (m/s)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mediano</td>
<td>Cubital</td>
<td>Sural</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>FECHA 2</th>
<th>IZQUIERDA</th>
<th>DERECHA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Latencia (ms)</td>
<td>Amplitud (mV)</td>
<td>Vel. Conductión (m/s)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mediano</td>
<td>Cubital</td>
<td>Facial</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**ANEXO 6**

**FLUJOGRAMA DE VIGILANCIA SÍNDROME GUILLAIN BARRE (SGB)**

1. **Caso sospechoso de SGB**
   - **EESS Baja Complejidad** (PS, CS, Hosp. Nivel I)
   - **Referir**
   - **EESS Alta Complejidad** (Hospital Nivel II y III, Clinicas Privadas)

2. **Evaluación Clínica**
   - **Llenado de Ficha de Investigación**
   - **Comunicación a Def. Epidemiología del EESS**
   - **Notificación a DSHA/EESS/DRESA/GERESA**
   - **Web de brotes DGE**
   - **DGE**

3. **Manejo Inicial**
   - **Pruebas para confirmar SGB**
     - **Líquido Cefalorraquideo**
     - **Electromiografía**
   - **SGB Confirmando**
   - **SGB Descartado**

4. **Exámenes**
   - **Seguir Guía Clínica de SGB**
   - **Completar la Ficha de Investigación**
   - **Resumen de Ficha clínico epidemiológico**
   - **Clasificación**
   - **Pruebas para determinación de agente etiológico**
     - C. jejuni, H. influenzae, CMV, M. pneumoniae, VEE, VHF, VHS, VHB, VHC, enterov... etc.

5. **Continuar Manejo**
   - **Art. Epid. ZIKV, dengue, CHIK, ZIKV, otra**
   - **Sí**
     - **INS**
     - **Lab. Referencial**
   - **No**

(*) Si ed < de 15 años también ingresa al Sistema VE de PPA
BIBLIOGRAFÍA


3. OMS. Vigilancia de la Infección por el Virus de Zika, la Microcefalia y el Síndrome de Guillain-Barré. 6 de abril 2016.

4. OMS. Identificación y Tratamiento de Síndrome de Guillain-Barré en el contexto del brote de virus Zika. 25 de febrero 2016.