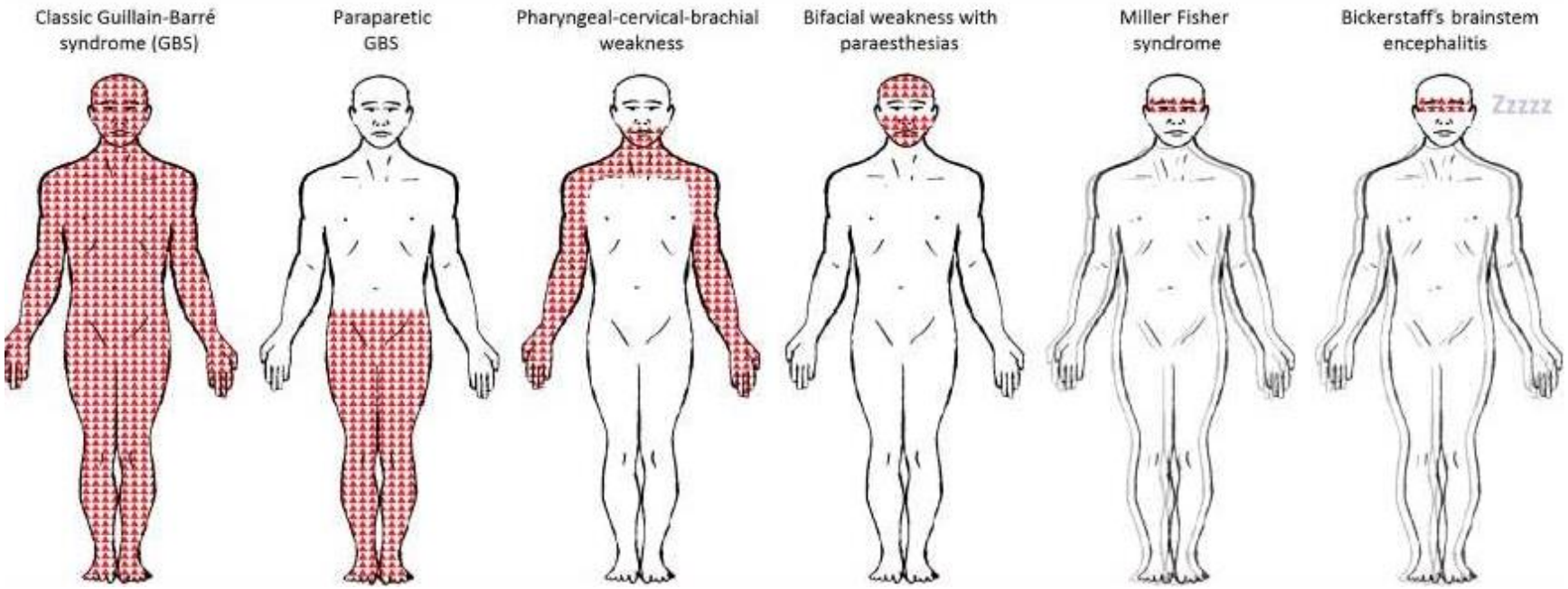
PERÚ Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Estandarización de Criterios Clínicos – Epidemiológicos para la Respuesta ante Conglomerados de SGB en el Perú

Jorge Uchuya Gómez
Medico Epidemiólogo
CDC - Minsa

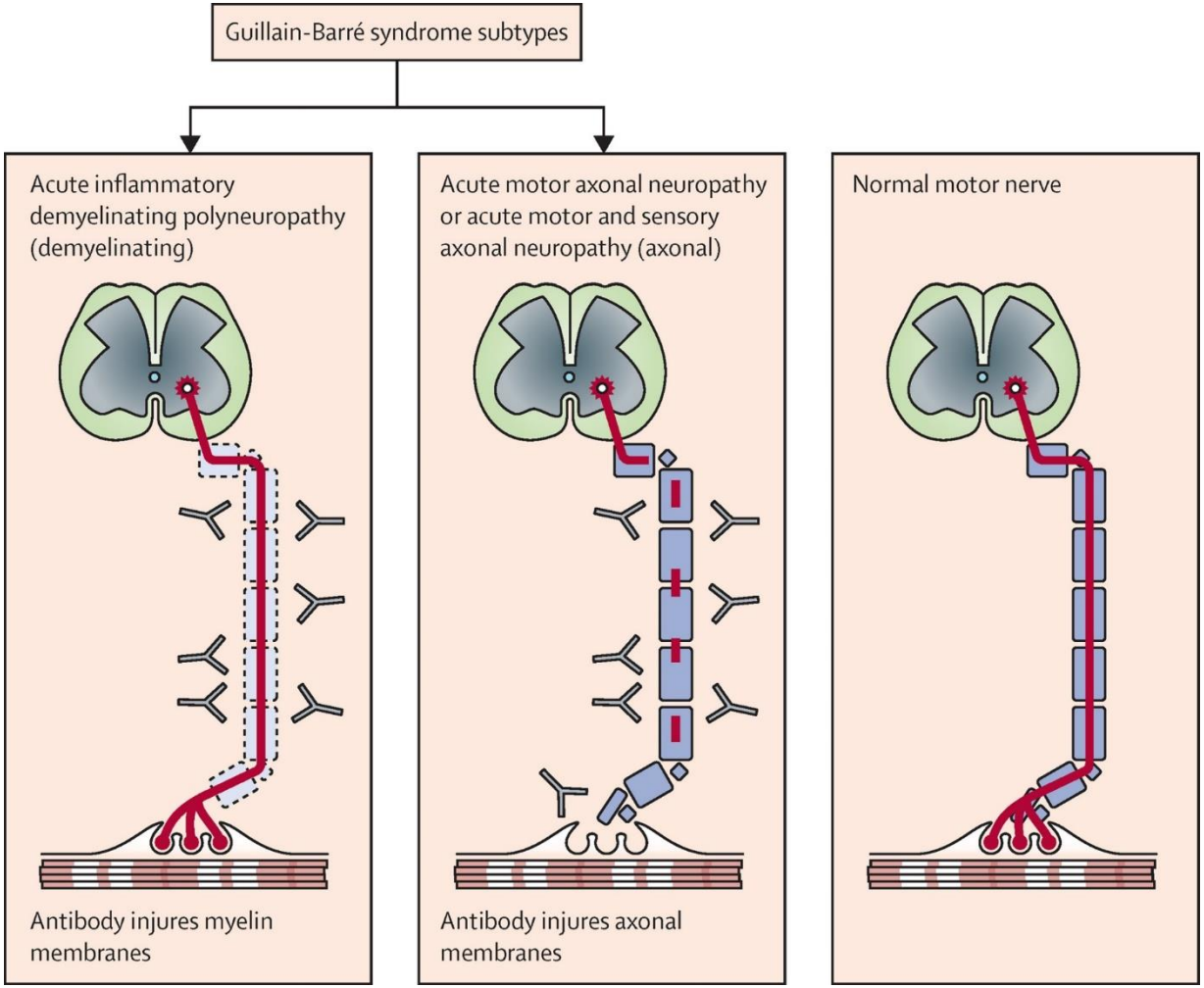
Síndrome de Guillain Barre (SGB)



Los síntomas característicos, cuadro típico son: debilidad muscular flácida y bilateral, simétrica y ascendente, pérdida de reflejos, de instalación aguda en unos días; se presenta también parestesias, adormecimientos y dolor neuropático.
La incidencia habitual en la población es de 10 – 20 casos/millón habitantes.
El SGB puede presentarse muy raramente como un conglomerado de casos o como un "Brotes" relacionado con Brotes de infecciones por virus o bacterias. En los últimos años se han presentado Conglomerados de SGB relacionados al enterovirus D68.

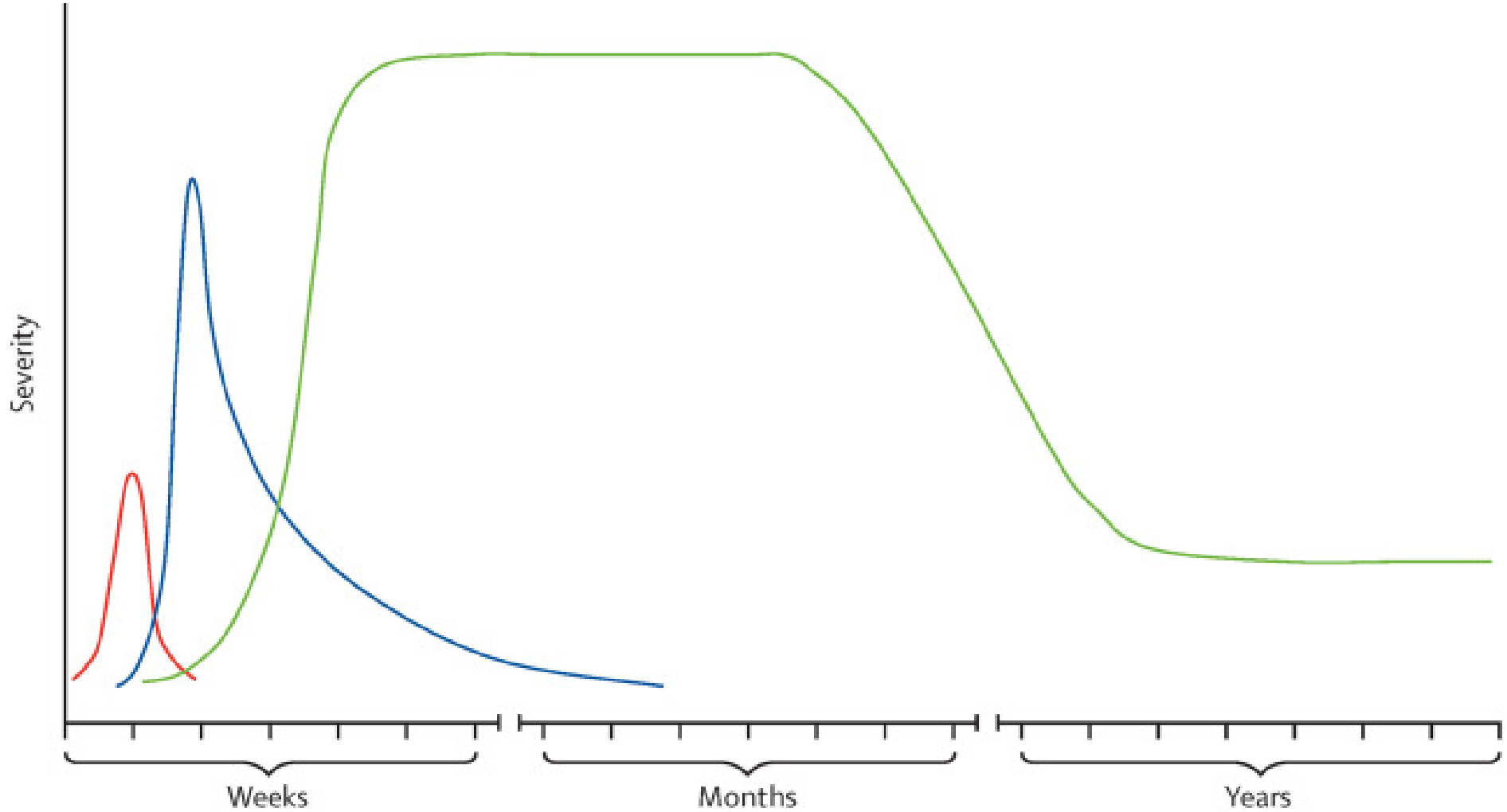
Williams C, Thomas R, Pickersgill T, Lyons M, Lowe G, Stiff R, Moore C, Jones R, Howe R, Brunt H, Ashman A, Mason B. Cluster of atypical adult Guillain-Barré syndrome temporally associated with neurological illness due to EV-D68 in children, South Wales, United Kingdom, October 2015 to January 2016. Euro Surveill. 2016;21(4):pii=30119. DOI: http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.4.30119

Subtipos de SGB



Guillain-Barré syndrome
***Hugh J Willison, Bart C Jacobs, Pieter A van Doorn Lancet* 2016; 388: 717–27**
Published **Online** February 29, 2016
http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00339-1

Ciclo del SGB



Infection

Serum antibodies to gangliosides

Progression | Plateau phase | Recovery phase | Disability

Situación del SGB en el Perú 2019

Tabla Resumen de casos Notificados Síndrome de Guillain Barré 2019*

SEMANA	Confirmados	Sospechosos	Descartados	TOTAL
1	4	3	1	8
2	3	2	0	5
3	0	3	0	3
4	1	1	0	2
5	2	1	0	3
6	2	2	0	4
7	0	1	0	1
8	2	1	0	3
9	1	2	1	4
10	2	2	0	4
11	3	2	0	5
12	2	2	0	4
13	1	1	1	3
14	5	2	0	7
15	1	1	1	3
16	5	4	0	9
17	0	1	0	1
18	5	1	1	7
19	5	2	2	9
20	1	3	1	5
21	9	6	3	18
22	37	26	6	69
23	135	198	28	361
24	28	108	53	189
25	14	48	8	70
26	0	6	0	6
Total general	268	429	106	803

FALLECIDOS

Defunciones = 8

CASOS NOTIFICADOS TOTAL

Confirmados + Sospechosos = 697

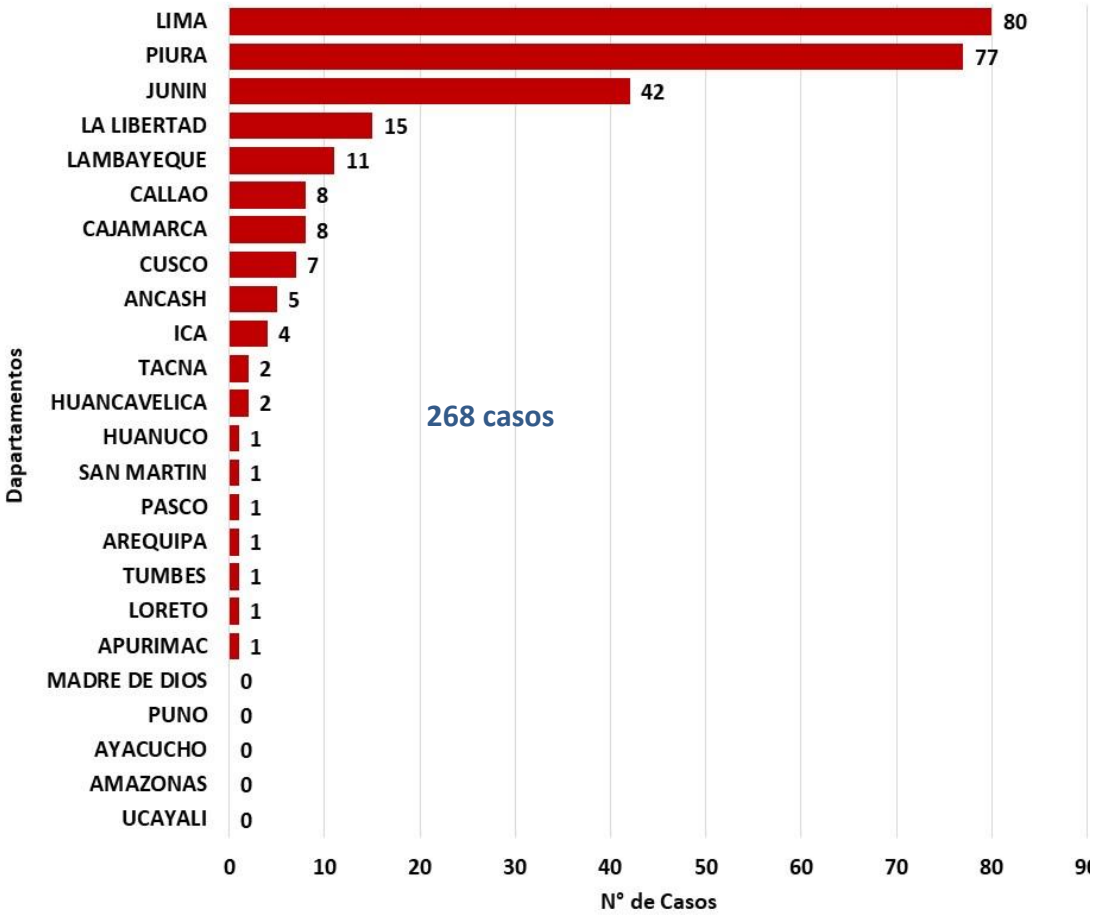
Confirmados + Sospechosos + descartados = 803

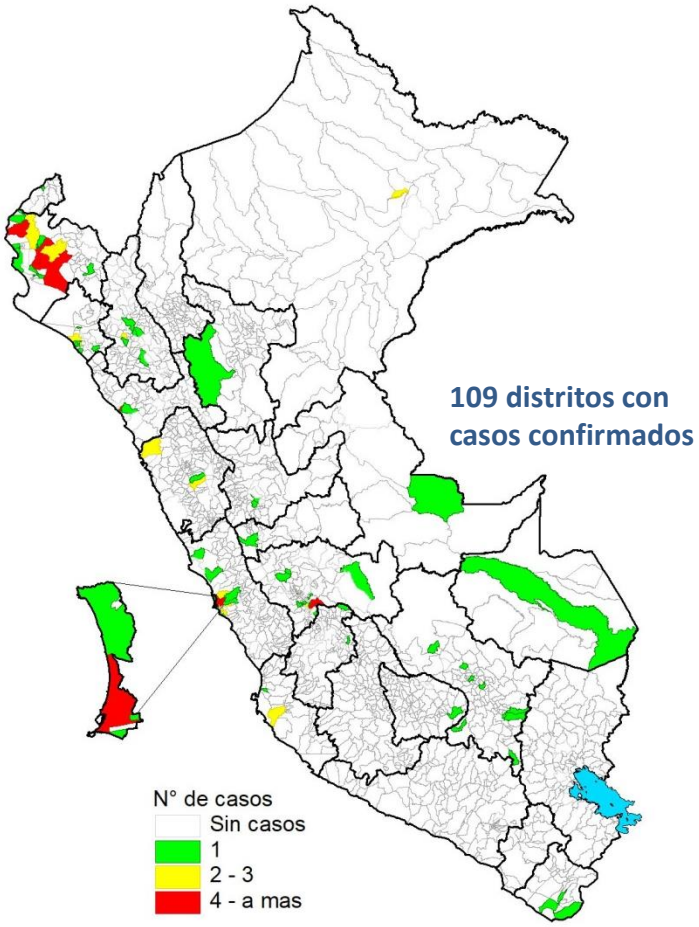
CASOS BROTE

Confirmados + Sospechosos = 615

Confirmados + Sospechosos + descartados = 713

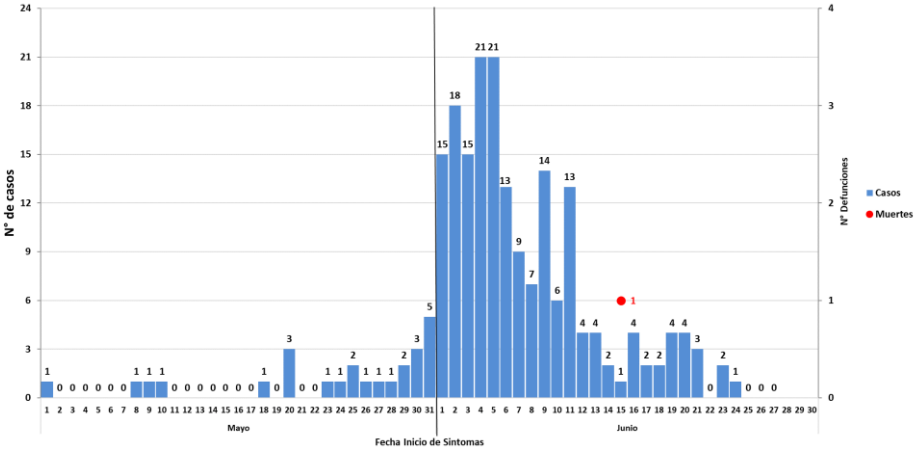
Casos Confirmados de Síndrome de Guillain Barré - año 2019*



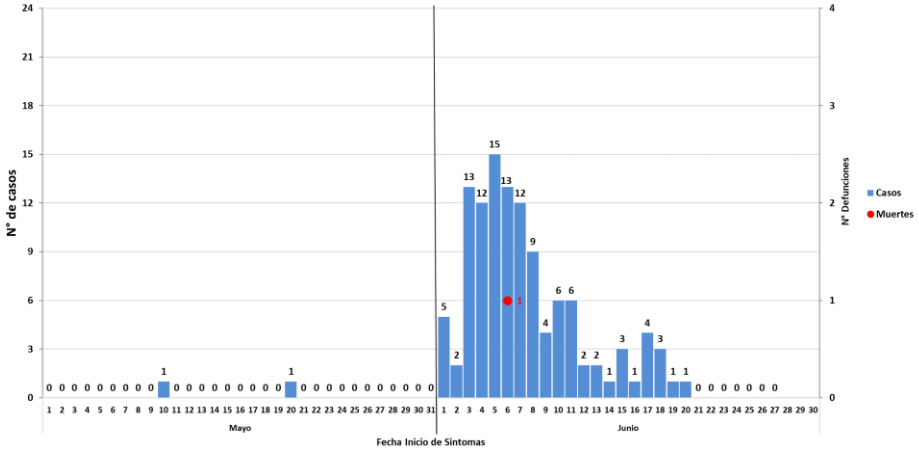


Síndrome de Guillain Barré por Departamentos año 2019*

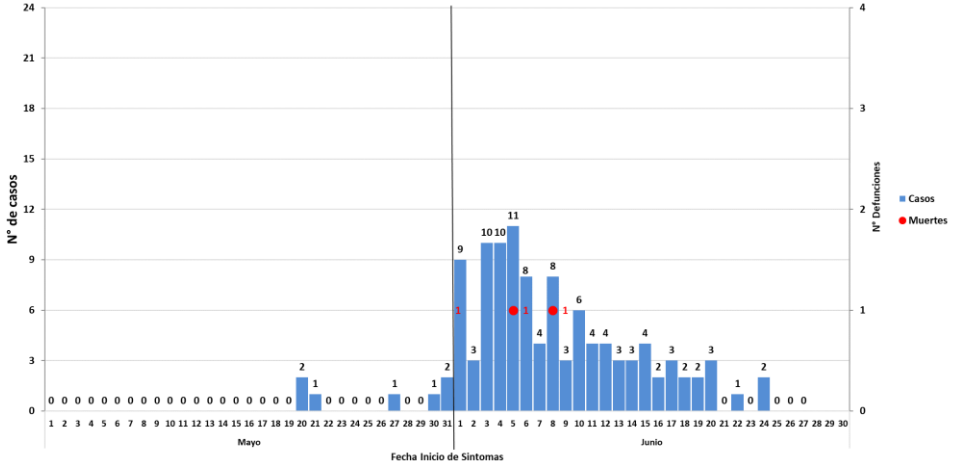
LIMA



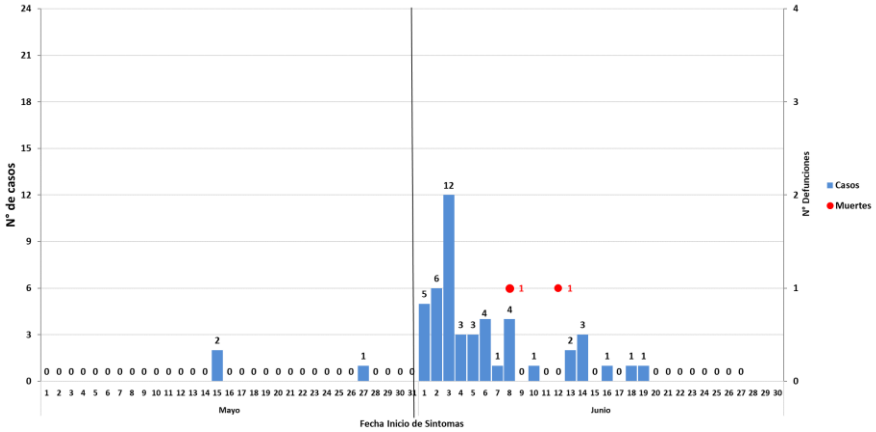
JUNIN



PIURA

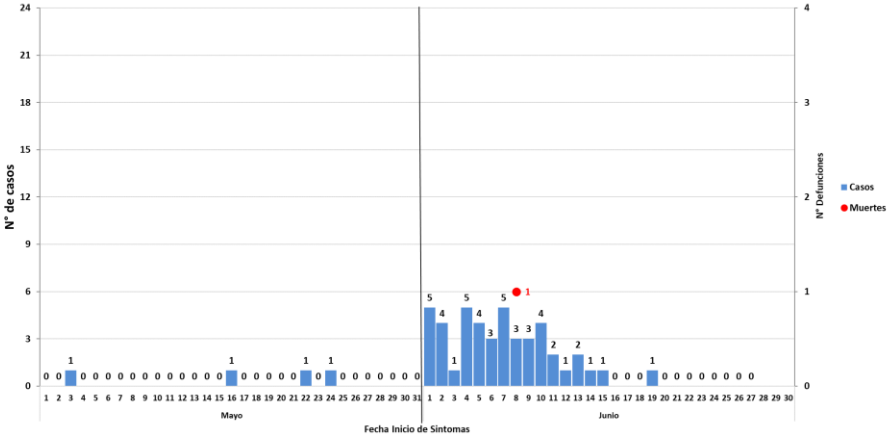


LA LIBERTAD

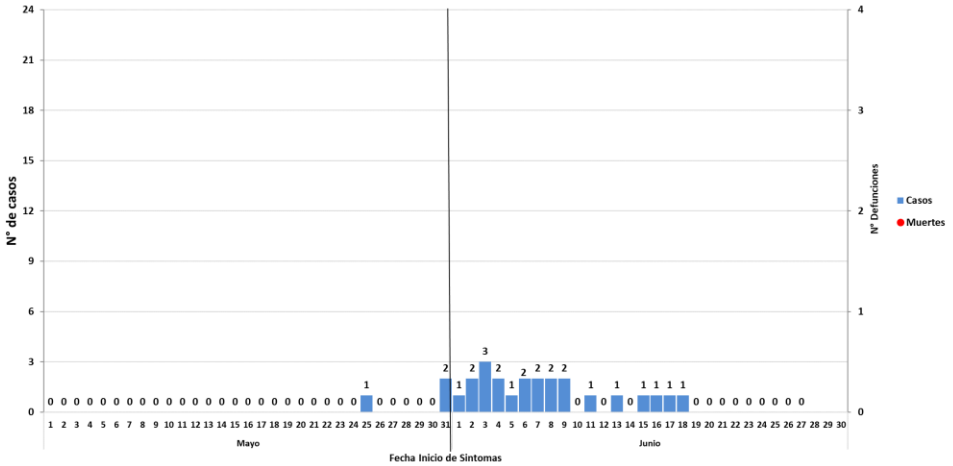


Síndrome de Guillain Barré por Departamentos año 2019*

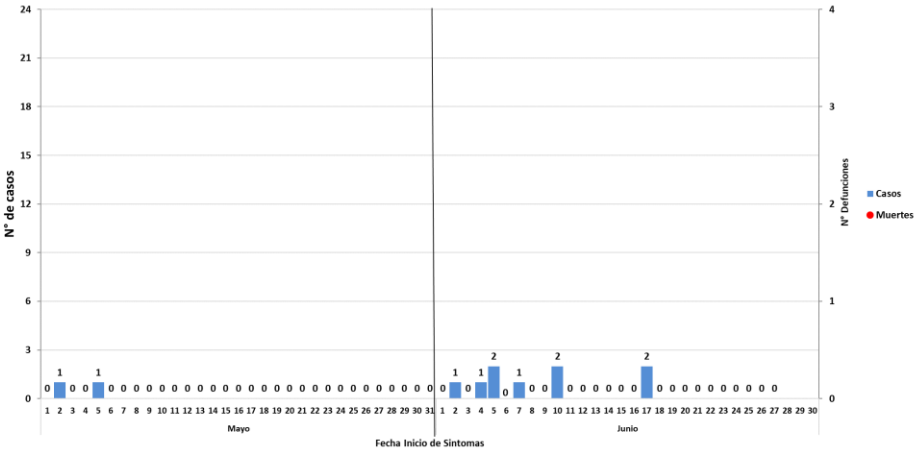
CAJAMARCA



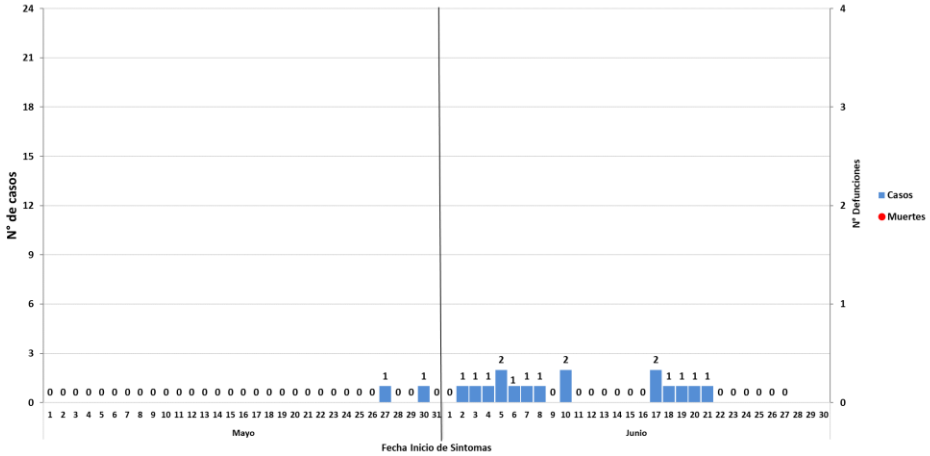
LAMBAYEQUE



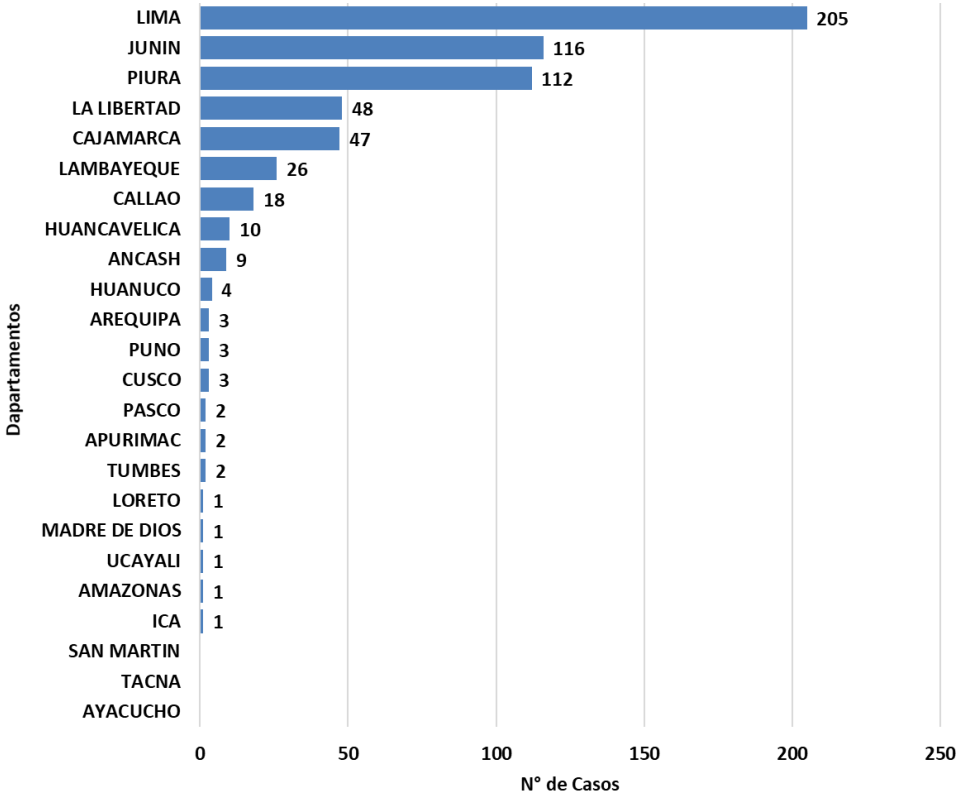
ANCASH



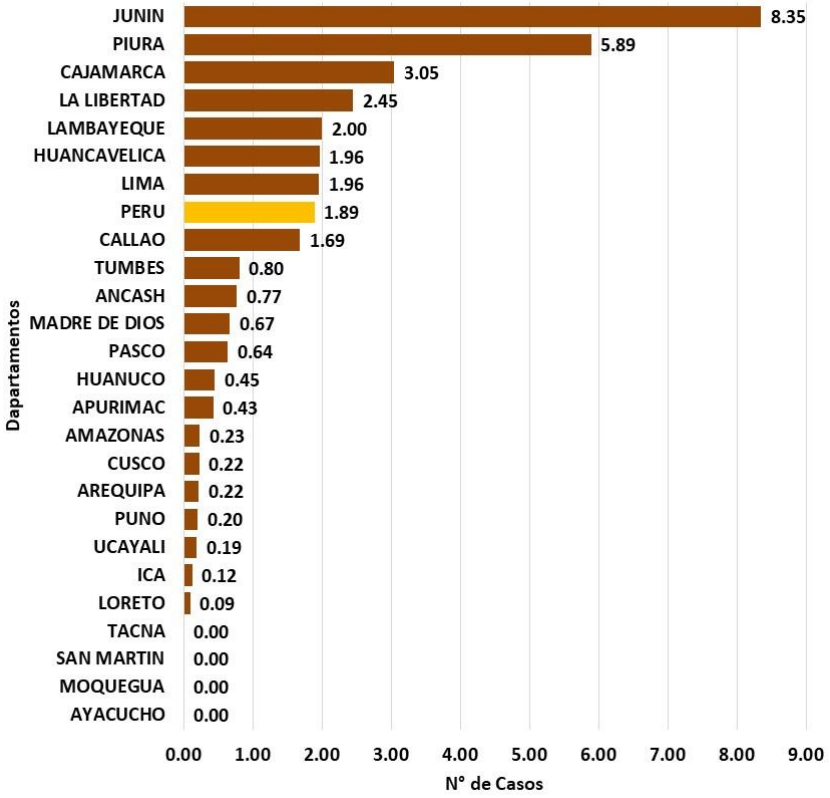
CALLAO



Casos y Tasas de Síndrome de Guillain Barré en el Perú año 2019* SE 21 a la SE 26



Casos

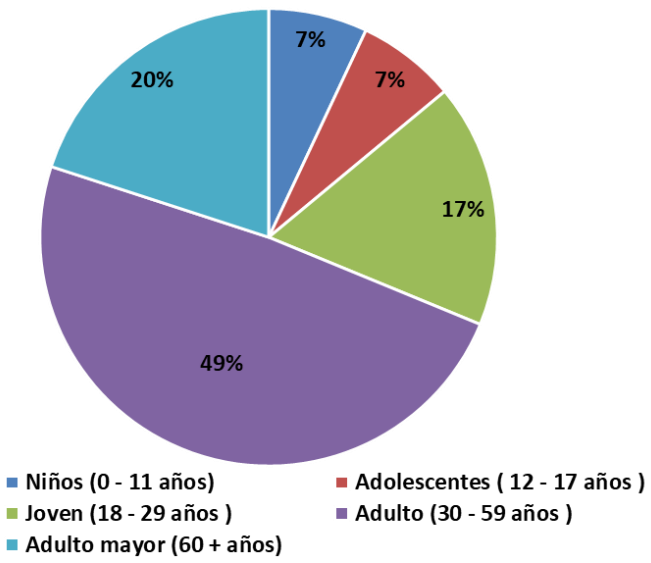


Tasa de incidencia

Esta incluido Confirmados + sospechosos y casos solo desde el 19 de mayo a la actualidad

Casos y Tasas por etapas de vida de Síndrome de Guillain Barré en el Perú año 2019* SE 21 a la SE 26

	N° casos	%	TIA por 100 mil Hab.
Según grupo de edad			
Niños (0 - 11 años)	43	6.99	0.62
Adolescentes (12 - 17 años)	43	6.99	1.23
Joven (18 - 29 años)	106	17.24	1.58
Adulto (30 - 59 años)	300	48.78	2.60
Adulto mayor (60 + años)	123	20.00	3.81
Perú	**615**	**100.00**	**1.89**
Según género			
Hombres	270	43.90	1.69
Mujeres	345	56.10	2.17



Esta incluido Confirmados + sospechosos y casos solo desde el 19 de mayo a la actualidad

PERÚ Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Bases para el proceso de Notificacion Investigación y Clasificación de casos de SGB en el Peru

Jorge Uchuya Gómez
Medico Epidemiólogo
CDC - Minsa

Estandarización de Criterios Clínicos para la Vigilancia Epidemiológica del SGB

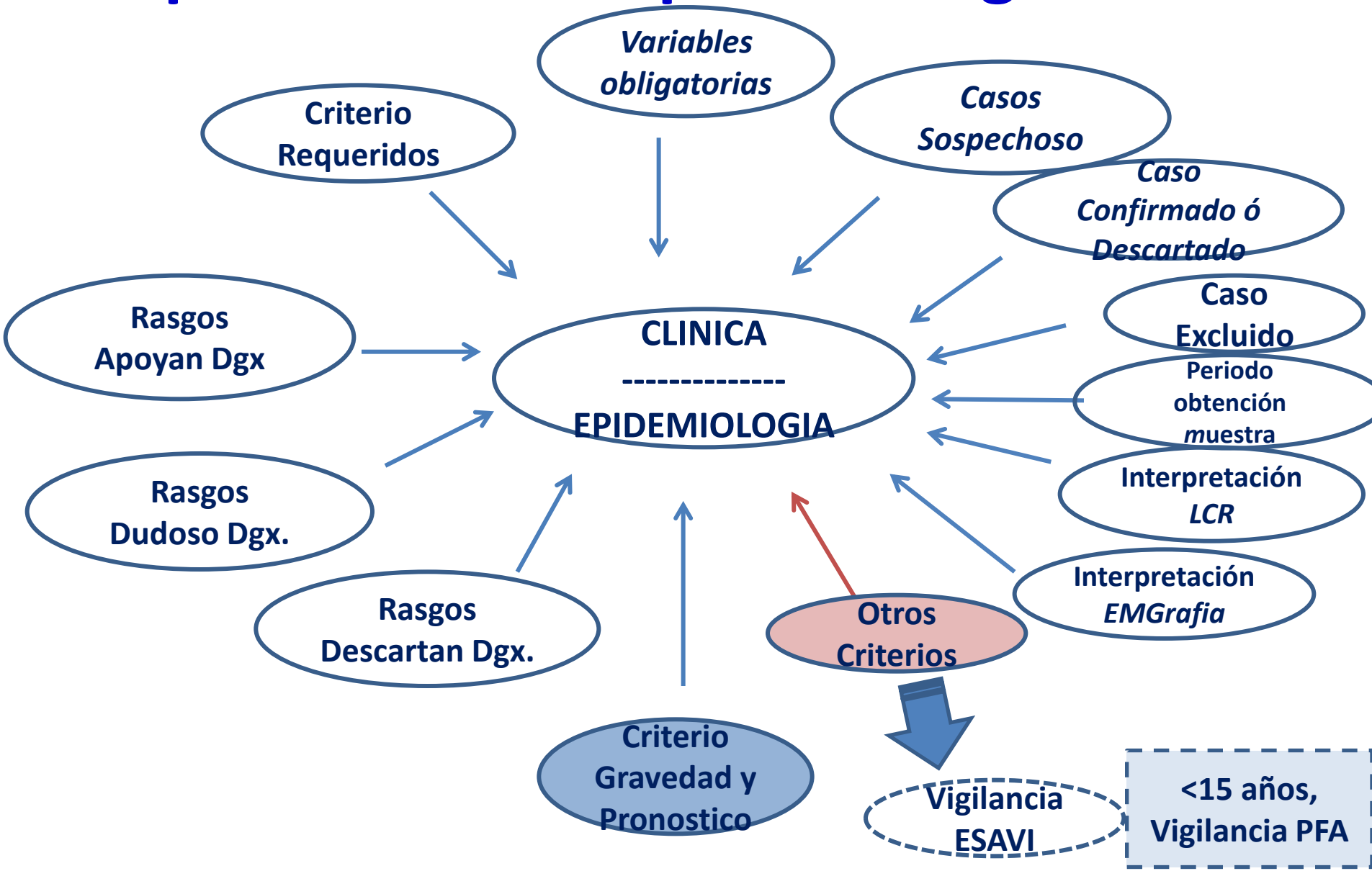
Generalidades:

Debilidad simétrica, rápidamente progresiva, de comienzo distal y avance proximal (sensación de "adormecimiento" y "alfilerazos" en los dedos de los pies y en las manos, dolor en la región lumbar baja o en las piernas, debilidad muscular que suele iniciarse en los miembros inferiores o superiores, para después afectar otros territorios) ascendente ó descendente.

2/3 de los casos han padecido una infección del tracto respiratorio o gastrointestinal 1-3 semanas antes:

- **Campylobacter jejuni 26-41% aislar en heces hasta semanas post diarrea**
- **Citomegalovirus 10-22 % frecuente en niñas**
- **Virus de Epstein-Barr (10%).**
- **Haemophylus influenzae (2-13%),**
- **Enterovirus, Virus varicela-zoster.**
- **Mycoplasma pneumoniae (5%)**
- **Influenza A y B, parainfluenza, varicela zoster, rabia, adenovirus, rubéola, sarampión, parotiditis, hepatitis, VIH, y Brucella.**
- **Inmunizaciones (Toxoide DT), cirugía, anestesia, trauma.**

Aspectos Clínico Epidemiológicos SGB



I. Criterios requeridos para el Dgx.

A. **Debilidad progresiva** en más de un miembro (**ascendente o descendente** y variable, pudiendo comprometer los miembros superiores, tronco, musculatura facial y orofaringe)

B. **Arreflexia** osteotendinosa universal o hiporreflexia marcada

Estandarización de Criterios de Certeza y Definiciones de Caso ante Conglomerados de SGB

Criterios de Brighton
Definición de caso de Síndrome Guillaín Barré

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

* LCR: líquido cefalorraquídeo

Criterios de Certeza Diagnostica de Brighton
Definición de caso de Síndrome Guillaín Barré

Nivel 1 de certeza	Nivel 2 de certeza	Nivel 3 de certeza
• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y • Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y • En[illegible] [illegible] posterior; Y • Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad; Y	• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y • Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y [illegible] posterior; Y • Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad; Y	• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y • Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y [illegible]ica, con intervalo [illegible]re el inicio y el [illegible] meseta clínica posterior; Y • Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad.
• Disociación citoalbumínica (es decir, elevación de las proteínas del LCR* por encima del valor normal del laboratorio y cifra total de leucocitos en el LCR < 50 células/µl; Y	• Cifra total de leucocitos en el LCR < 50 células/µl (con o sin elevación de las proteínas del LCR por encima del valor normal del laboratorio); O BIEN estudios electrofisiológicos compatibles con SGB en caso de que no se hayan obtenido muestras de LCR o no se disponga de los resultados.	
• Datos electrofisiológicos compatibles con SGB.		

3 2 1

Mayor Certeza **Menor certeza**

Criterios de Certeza Diagnostica de Brighton y Definición de caso de Síndrome Guillaín Barré

Nivel 3 de certeza	Nivel 2 de certeza	Nivel 1 de certeza
• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y • Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y • Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; Y • Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad.	• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y • Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y • Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; Y • Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad; Y • Cifra total de leucocitos en el LCR < 50 células/µl (con o sin elevación de las proteínas del LCR por encima del valor normal del laboratorio); O BIEN estudios electrofisiológicos compatibles con SGB en caso de que no se hayan obtenido muestras de LCR o no se disponga de los resultados.	• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y • Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y • Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; Y • Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad; Y • Disociación citoalbumínica (es decir, elevación de las proteínas del LCR* por encima del valor normal del laboratorio y cifra total de leucocitos en el LCR < 50 células/µl; Y • Datos electrofisiológicos compatibles con SGB.

Menor → Mayor

NIVEL DE CERTEZA

Criterios de Certeza Diagnostica de Brighton y Definición de caso de Síndrome Guillaín Barré

Nivel 3 de certeza

- Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y
- Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y
- Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; Y
- Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad.

Menor

Mayor

NIVEL DE CERTEZA

Criterios de Certeza Diagnostica de Brighton y Definición de caso de Síndrome Guillaín Barré

Nivel 3 de certeza	Nivel 2 de certeza
• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y • Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y • Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; Y • Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad.	• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y • Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y • Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; Y • Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad; Y • Cifra total de leucocitos en el LCR < 50 células/µl (con o sin elevación de las proteínas del LCR por encima del valor normal del laboratorio); O BIEN estudios electrofisiológicos compatibles con SGB en caso de que no se hayan obtenido muestras de LCR o no se disponga de los resultados.

Menor — Mayor

NIVEL DE CERTEZA

Criterios de Certeza Diagnostica de Brighton y Definición de caso de Síndrome Guillaín Barré

Nivel 3 de certeza	Nivel 2 de certeza	Nivel 1 de certeza
• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y • Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y • Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; Y • Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad.	• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y • Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y • Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; Y • Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad; Y • Cifra total de leucocitos en el LCR < 50 células/µl (con o sin elevación de las proteínas del LCR por encima del valor normal del laboratorio); O BIEN estudios electrofisiológicos compatibles con SGB en caso de que no se hayan obtenido muestras de LCR o no se disponga de los resultados.	• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; Y • Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; Y • Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; Y • Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad; Y • Disociación citoalbumínica (es decir, elevación de las proteínas del LCR* por encima del valor normal del laboratorio y cifra total de leucocitos en el LCR < 50 células/µl; Y • Datos electrofisiológicos compatibles con SGB.

Menor → Mayor

NIVEL DE CERTEZA

Definición de Casos: Síndrome Guillaín Barré

Caso sospechoso (actual):

Persona con debilidad en extremidades de 12 horas a 28 días de evolución con una o más de las siguientes características:

- Bilateral
- Flácida
- Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en dichas extremidades

Confirmado por Laboratorio:

LCR con cifra total leucocitos < 10 células/µl; y elevación de proteínas en liquido cefalorraquídeo > 45 mg/dl.

Ó

Confirmado por EMG:

Con datos electrofisiológicos compatibles con SGB.

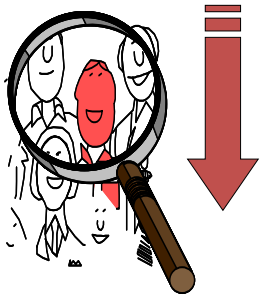
Criterio del Clínico en Hospital:

Debilidad bilateral y flácida de los miembros Y

Reflejos miotaticos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad Y

Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 horas a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica Y

Ausencia de otro diagnostico para la debilidad.



Caso descartado

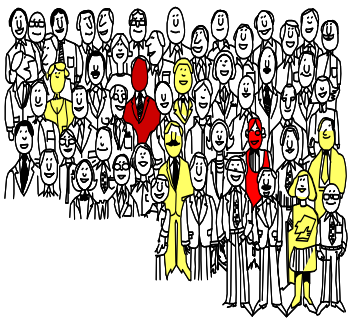
Definición de Casos: Síndrome Guillaín Barré

Caso sospechoso (actual):

Persona con debilidad (*ascendente ó descendente*) en extremidades de 12 horas a 28 días de evolución con una o más de las siguientes características:

- **Bilateral**
- **Flácida**
- **Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en dichas extremidades**

Anterior Definición SGB/ Zika (PSU): Toda persona que presenta debilidad muscular, simétrica, aguda y ascendente.



Criterio del Clínico en Hospital:

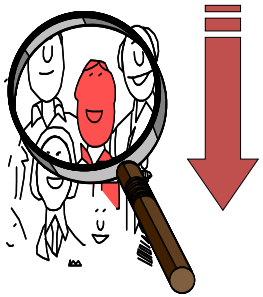
Debilidad bilateral y flácida de los miembros Y

Reflejos miotaticos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad Y

Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 horas a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica Y

Ausencia de otro diagnostico para la debilidad.

Ejemplo de caso: varón de 14 años con evaluación neurológica, con signos y síntomas típicos de por mas de 1 día (en este casos además de la ficha de SGB, se elaborara la ficha de PFA y remitirá muestra de heces)



Confirmado por Laboratorio:

LCR con cifra total leucocitos < 10 células/µl; y elevación de proteínas en liquido cefalorraquídeo > 45 mg/dl.

Ejemplo de caso confirmado: Caso sospechoso con evaluación neurológica, que después de la 2da semana tiene resultado de LCR positivo para disociación albuminocitologica);

Ó

Confirmado por EMG:

Con datos electrofisiológicos compatibles con SGB.

Ejemplo de caso confirmado: Caso sospechosos con evaluación neurológica, que después de la 2da semana tiene EMG con patrón desmielinizante, AMAN, mixto, etc.)

Caso descartado

Caso probable con LCR con resultado (-) para disociación albuminocitológica.

Y/ Ó

Caso probable con EMG con resultado no compatible SGB.

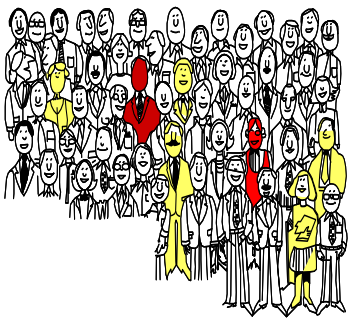
Definición de Caso y Nivel de Certeza: Síndrome Guillaín Barré

Caso sospechoso (actual):

Persona con debilidad en extremidades de 12 horas a 28 días de evolución con una o más de las siguientes características:

- **Bilateral**
- **Flácida**
- **Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en dichas extremidades**

Definición SGB/ Zika (PSU): Toda persona que presenta debilidad muscular, simétrica, aguda y ascendente.



Criterio de Certeza 3

Criterio del Clínico en Hospital:

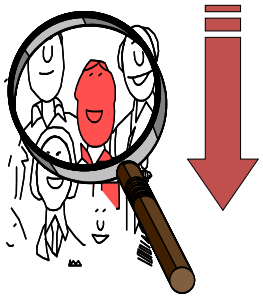
Debilidad bilateral y flácida de los miembros Y

Reflejos miotaticos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad Y

Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 horas a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica Y

Ausencia de otro diagnostico para la debilidad.

Ejemplo de caso: varón de 14 años con evaluación neurológica, con signos y síntomas típicos de por mas de 1 día (en este casos además de la ficha de SGB, se elaborara la ficha de PFA y remitirá muestra de heces)



Nivel de Certeza 2

Confirmado por Laboratorio:

LCR con cifra total leucocitos < 10 células/µl; y elevación de proteínas en liquido cefalorraquídeo > 45 mg/dl.

Ejemplo de caso confirmado: Caso sospechoso con evaluación neurológica, que después de la 2da semana tiene resultado de LCR positivo para disociación albuminocitologica);

Ó

Si ambos Nivel de Certeza 1

Nivel de Certeza 2

Confirmado por EMG:

Con datos electrofisiológicos compatibles con SGB.

Ejemplo de caso confirmado: Caso sospechosos con evaluación neurológica, que después de la 2da semana tiene EMG con patrón desmielinizante, AMAN, mixto, etc.)

Caso descartado

Caso probable con LCR con resultado (-) para disociación albuminocitológica.

Y/ Ó

Caso probable con EMG con resultado no compatible SGB.

PERÚ Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Proceso de Notificacion Investigación y Clasificación de casos de SGB en el Peru

Jorge Uchuya Gómez
Medico Epidemiólogo
CDC - Minsa

Conglomerado de SGB: que debo saber e intervenir?

Caso: Sospechoso, confirmado, descartado, excluido?

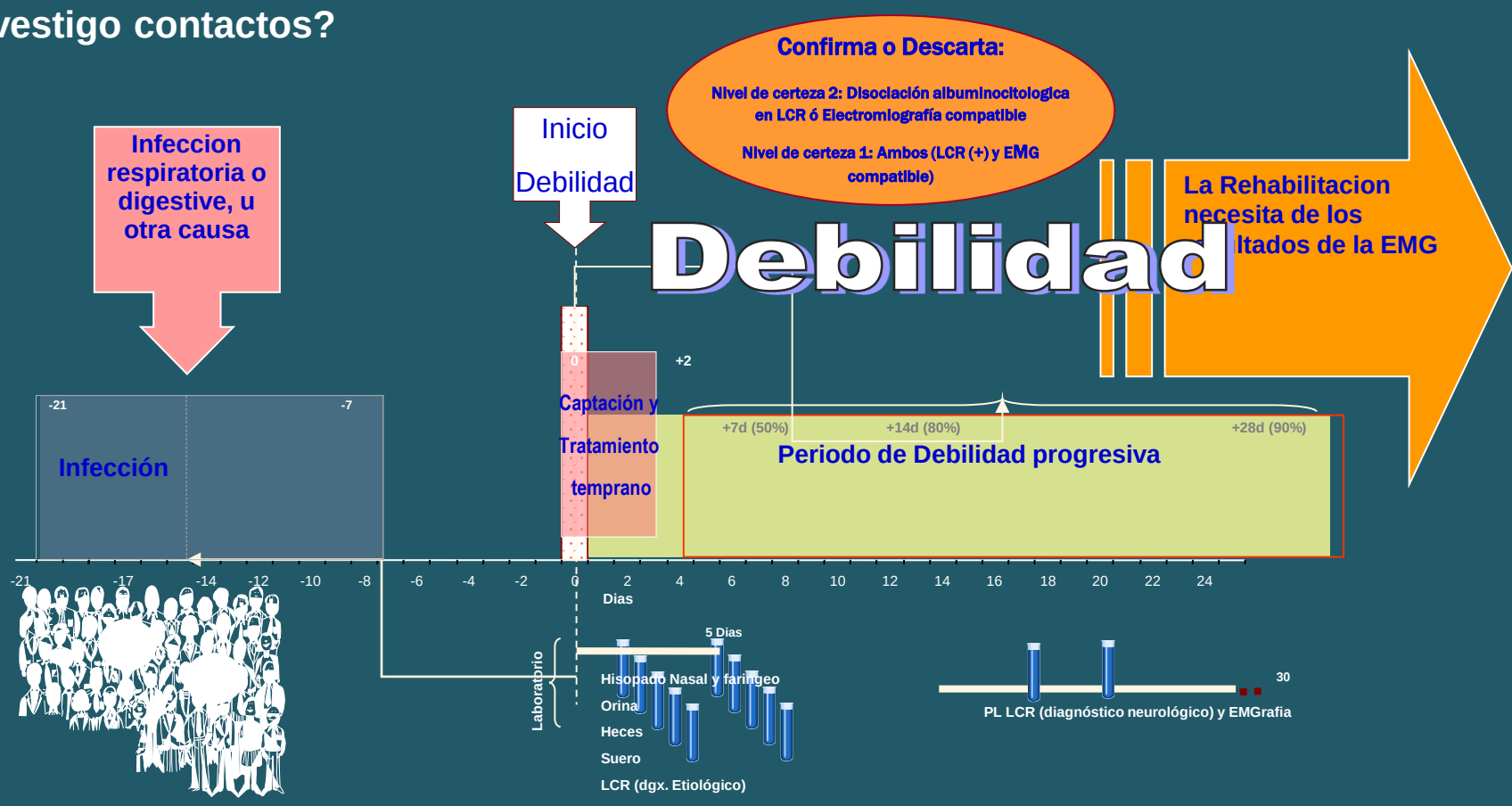
Periodos: exposición, infección, aparición de debilidad,

Criterios: Dgx., de apoyo, dudosos, descarte, gravedad, pronóstico,

Periodo de obtención de muestras?,

Criterios de Interpretación: LCR y EMGrafia,

Cuando investigo contactos?



Criterios Diagnósticos

Criterios diagnósticos para SGB típico
Criterios necesarios para el diagnóstico: 1. Debilidad motora progresiva de más de un miembro. 2. Arreflexia o hiporreflexia marcada.
Características que avalan firmemente el diagnóstico: 1. Progresión a lo largo de días o semanas. 2. Relativa simetría. 3. Pérdida leve de la sensibilidad. 4. Comienzo con dolor o malestar de una extremidad. 5. Compromiso de nervios craneanos. 6. Comienzo de la recuperación a las 2 - 4 semanas de detenerse la progresión. 7. Trastorno funcional autonómico. 8. Ausencia de fiebre al comienzo de la evolución. 9. Aumento del nivel de proteínas en LCR una semana después de la aparición de los síntomas. 10. Electrodiagnóstico anormal con conducción más lenta u ondas F prolongadas.
Criterios que hacen dudar el diagnóstico. 1. Nivel sensitivo. 2. Asimetría marcada y persistente. 3. Disfunción vesical o intestinal persistente. 4. Más de 50 células/mm3 en el LCR. 5. Presencia de PMN en LCR. 6. Niveles sensitivos agudos.
Criterios que excluyen el diagnóstico. 1. Diagnóstico de botulismo, miastenia, poliomielitis o neuropatía tóxica. 2. Metabolismo anormal de las porfirinas. 3. Difteria reciente. 4. Síndrome sensitivo puro sin debilidad. (Ausbury A, Cornblath A. Ann Neurol 1.990; 27: 521-524).

Diagnostico Diferencial

1. Mielopatías.
   - Mielitis transversa.
   - Mielopatía por compresión (neoplasias).

2. Infecciosas.
   - Poliomielitis.
   - Difteria.
   - Infección por VIH.
   - Botulismo.
   - Miositis viral aguda,
   - Ataxia cerebelosa aguda.
   - Parálisis por garrapatas.

3. Neuropatías
   - Tóxicas: Organofosforados, metales pesados, etc.
   - Por fármacos: Amitriptilina. Isoniazida, Vincristina, nitrofurantoinas.

4. Miopatías metabólicas

5. Parálisis periódicas

6. Errores innatos del metabolismo
   - Enfermedad de Leigh
   - Porfirias

7. Otras.
   - Deficiencia de Tiamina.
   - Mononeuritis múltiples.
   - Vasculitis.
   - Polimiositis
   - Miastenia gravis

Gestión y manejo del Conglomerado

b. Garantizar la obtención de la totalidad de muestras

Tabla N° 01. Obtención de muestras biológicas para investigación de agentes etiológicos en los casos de SGB.

MUESTRAS PARA EL ENVIO AL INS PARA LA INVESTIGACION DE DEL SINDROME GUILLAIN BARRE

MUESTRA	CANTIDAD/MEDIO/DIAS	PRUEBA	PATOGENO	CONSERVACION
Heces	10 gr	Cultivo + PCR	Enterovirus	2-8°C
		Cultivo + PCR	*Campylobacter*	Temp. ambiente
Hisopado Rectal*	Medio de transporte Cary Blair	Cultivo + PCR	*Campylobacter*	Temp. ambiente
LCR	< 2 mL	PCR	Enterovirus	2-8°C
		PCR	ZIKA	
	≥ 2 mL	Cultivo + PCR	Enterovirus	2-8°C
		Cultiva + PCR + ELISA IgM	ZIKA	
Orina	2 mL	Cultivo + PCR	ZIKA	2-8°C
Hisop. Nasal-Faringeo	Medio de transporte viral	PCR	Virus Respiratorio	2-8°C
Suero	2 mL ≤ 5 días enfermedad	Cultivo + PCR	ZIKA	2-8°C
	2 mL ≥ 6 días enfermedad	ELISA	ZIKA	2-8°C

* Realizar un hisopado a partir de las heces obtenidas y colocarlo en el medio de transporte Cary Blair.
Todas las nuestras se conservan y transportan en cadena de frio (2 - 8 C°), excepto para Campylobacter. (medio ambiente) .
NOTA: En los menores de 15 años, adicionalmente se requerirá el llenado de la Ficha Parálisis Flácida Aguda.

Siglas: SGB: Síndrome de Guillain Barré; LCR: Líquido cefalorraquídeo; RT-PCR: Reacción en cadena de la polimerasa con transcripción reversa; ELISA: Prueba inmunoenzimática; PCR: Reacción en cadena de la polimerasa; qRT-PCR: Reacción en cadena de la polimerasa transcripción reversa en tiempo real.

Contacto con el INSTITUTO NACIONAL DE SALUD: • Área Recepción y Obtención de Muestras. Tlf. 7481111 Anx. 2145

Avance de Resultados de las Muestras de Laboratorio INS - Minsa

Reporte de muestras recepcionadas en el INS en el marco del SGB al 20.06.19 (10:00)

Total de pacientes a la fecha 383

Tipo de muestra	Número de muestras
Heces	219
Hisopado nasal y faríngeo	135
Hisopado rectal	78
Líquido céfalo raquídeo	118
Orina	94
Suero	263
Total	907

N°	Procedencia		N° Muestras
1	Piura		76
2	La libertad		7
3	Lambayeque		5
4	Junín		68
5	Lima	DIRIS LC	11
		HNERM	19
		HUACHO	1
		H. LOAYZA	4
		H.CAYETANO	10
		INSN	2
		H.S. BERNALES	1
6	Loreto		3
7	Arequipa		1
8	Ica		1
9	Cajamarca		2
10	DIRESA CALLAO		8
	TOTAL		219

Activar Windows

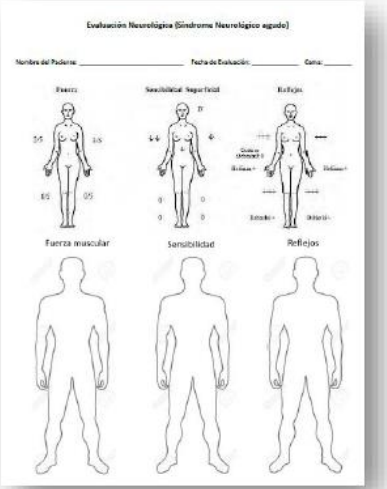
PERÚ Ministerio de Salud
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Avance de Resultados de las Muestras de Laboratorio INS - Minsa

Resumen de los principales ensayos por muestras de Laboratorios realizados

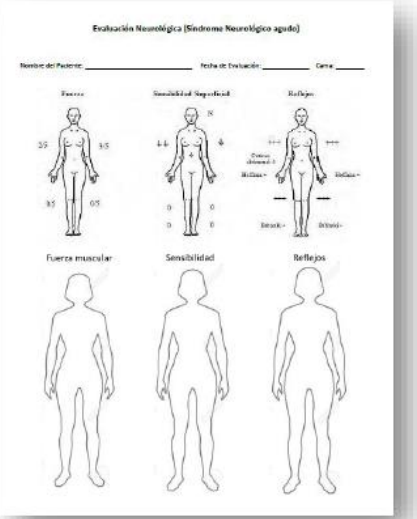
		NEGATIVO	POSITIVO	PENDIENTE	N° MUESTRAS
1	ZIKA PCR	190	-	22	212
2	ZIKA ELISA IGM	177	-	86	263
3	DENGUE/CHIKUNGUNYA IGM	177	-	86	263
4	VSR/METAPNEUMOVIRUS/ ADENOVIRUS/RINOVIRUS (PCR)	96	6 (RINOVIRUS) 2 (VSR)	31	135
5	INFLUENZA PCR	120	-	15	135
6	HEPATITIS A - IGM	170	-	93	263
7	HEPATITIS E - IGM	170	-	93	263
8	ENTEROVIRUS PCR/ GENEXPERT	124	-	34	158
9	CAMPYLOBACTER PCR	42	7	23	118
10	CULTIVO DE ENTEROPATOGENOS	124	19	95	219

Ficha con Criterios de para la definicion de caso de sindrome de Guillian-Barre (SGB)



Criterios de Brighton para la definición de caso de síndrome de Guillain-Barré (SGB)

Nivel 1 de certeza diagnóstica		Nivel 2 de certeza diagnóstica		Nivel 3 de certeza diagnóstica	
• Debilidad bilateral y flácida de los miembros y	Si [ ] No [ ]	Debilidad bilateral y flácida de los miembros y	Si [ ] No [ ]	Debilidad bilateral y flácida de los miembros y	Si [ ] No [ ]
• Reflejos miotaticos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad y	Si [ ] No [ ]	Reflejos miotaticos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad y	Si [ ] No [ ]	Reflejos miotaticos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad y	Si [ ] No [ ]
• Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior y	Si [ ] No [ ]	Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior y	Si [ ] No [ ]	Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica y	Si [ ] No [ ]
• Ausencia de otro diagnóstico para la debilidad; y	Si [ ] No [ ]	Ausencia de otro diagnóstico para la debilidad y	Si [ ] No [ ]	Ausencia de otro diagnóstico para la debilidad.	Si [ ] No [ ]
• Disociación citoalbumínica (es decir, elevación de las proteínas del LCR por encima del valor normal del laboratorio y cifra total de leucocitos en el LCR < 50 células/µl y	Si [ ] No [ ]	Cifra total de leucocitos en el LCR < 50 células/µl (con o sin elevación de las proteínas del LCR por encima del valor normal del laboratorio) **O BIEN** Estudios electrofisiológicos compatibles con SGB en caso de que no se hayan obtenido muestras de LCR o no se disponga de los resultados	Si [ ] No [ ]		Si [ ] No [ ]
• Datos electrofisiológico compatibles con SGB.	Si [ ] No [ ]		Si [ ] No [ ]		Si [ ] No [ ]



1

Evaluación Neurológica (Síndrome Neurológico agudo)

Nombre del Paciente: [redacted] Fecha de Evaluación: 24.04.18 Cama: 222

Fuerza | Sensibilidad Superficial | Reflejos

Fuerza muscular | Sensibilidad | Reflejos

2

Evaluación Neurológica (Síndrome Neurológico agudo)

Nombre del Paciente: [redacted] Fecha de Evaluación: 25.04.18 Cama: 221.

Fuerza | Sensibilidad Superficial | Reflejos

Fuerza muscular | Sensibilidad | Reflejos

3

Evaluación Neurológica (Síndrome Neurológico agudo)

Nombre del [redacted] Fecha de Evaluación: 25.04.18 Cama: 215

Fuerza | Sensibilidad Superficial | Reflejos

Fuerza muscular | Sensibilidad | Reflejos

Síndrome de Guillain-Barré.

Variantes Clinicas

1.- AIDP - SÍNDROME G-B AGUDO DESMIELINIZANTE (más 85-90%).

2.- SÍNDROME G-B AGUDO AXONAL. Se han descrito dos tipos:

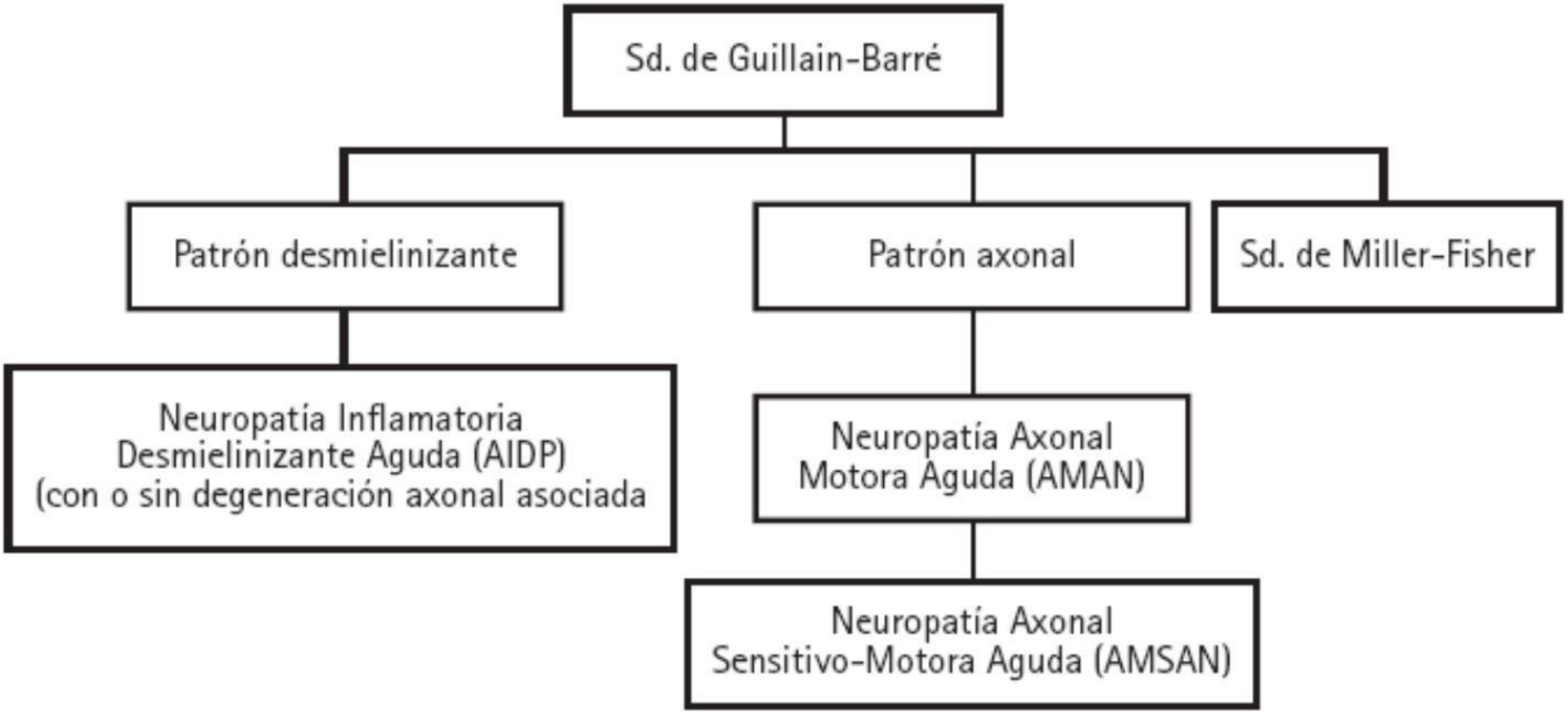
a) AMSAN - MOTOR Y SENSITIVO, de peor evolución que la forma desmielinizante, y

b) AMAN - MOTOR (sin afectación de los nervios sensitivos).

3.- SINDROME DE MILLER-FISHER.
Triada oftalmoplejia, ataxia y arreflexia.
Está desencadenado por ciertas cepas de Campylobacter jejuni que inducen la formación de Ac anti gangliósido GQ1b.

Síndrome de Guillain-Barré.

Variantes Clinicas

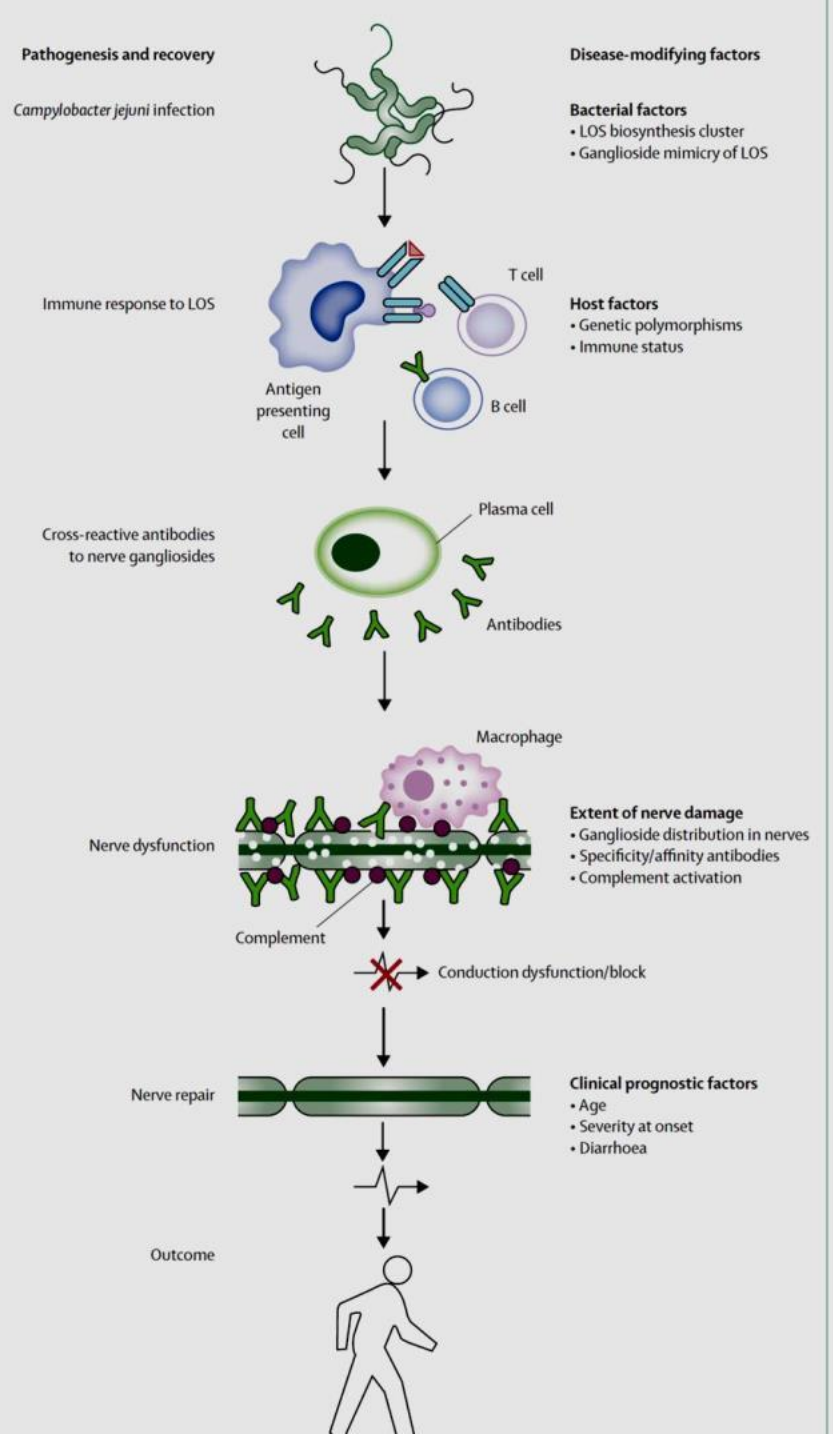


Neuroconducción y AIDP, AMAN y AMSAN

El electrodiagnóstico es una principales herramientas de apoyo para:

- **confirmar el diagnóstico,**
- **determinar las variantes clínicas y**
- **establecer pronóstico.**

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000200006



Patogenia

Infección (ej Campilobacter) → Respuesta inmune

Depende de: *factores bacterianos (especificidad de lipooligosacáridos LOS) Y del huesped*

Ac anti LOS reaccionan contra gangliosidos y pueden activar Complemento

La gravedad depende de varios factores

Guillain Barre axonal Motor .
- clinica

La infección previa por Campylobacter Jejuni, es la más frecuente

	Acute motor axonal neuropathy	Acute inflammatory demyelinating polyneuropathy
Preceding infection	*Campylobacter jejuni*	Cytomegalovirus, Epstein-Barr virus
Frequency	Europe and North America <10%; Mexico 30%; Israel 22%; China 65%; Japan 38%	Europe and North America 90%; Mexico 30%; Israel 63%; China 20%; Japan 40%
Epidemics	Children (in China and Mexico)	None
Cranial nerve palsy	Rare (<20%)	Frequent (60%)
Sensory loss	Usually none (<10%)	Frequent (70%)
Pain	Usually none	Frequent (up to 66%)
Autonomic involvement	Rare	Frequent
Tendon reflex	Usually absent (preserved or exaggerated in 20%)	Absent (preserved or exaggerated in 5%)
Recovery	Two patterns (rapid and slow)	Relatively uniform
Electrophysiology	Axonal degeneration Reversible conduction blockade or slowing	Demyelination
Target molecule	Gangliosides (eg, GM1 and GD1a)	Unknown

Kuwabara et Yuki. Lancet Neurol 2013; 12: 1180–88

Guillain Barre axonal motor (AMAN)- Evolución

Es parecida a la de la forma desmielinizante, pero hay dos evoluciones diferentes

1.- Recuperación muy rápida, en días (bloqueo conducción)

2.- Otros se recuperan muy lentamente y con secuelas. (degeneración axonal proximal , en las raices nerviosas).

Muchas Gracias……

ESTANDARIZACIÓN DE CRITERIOS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICOS ANTE CONGLOMERADOS DE SGB EN EL PERÚ

https://www.youtube.com/watch?v=xfrsPZbR29s

https://www.youtube.com/watch?v=rE4FkBYQmjc

https://www.youtube.com/watch?v=JC1kXumqoVU

Jorge Uchuya Gómez
juchuya@dge.gob.pe
CDC - Minsa