



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

Protocolo Sanitario de Urgencia para la Vigilancia del Síndrome Guillain Barré

Dra. Gladys Turpo Mamani

Vigilancia de Síndrome Guillain Barré

GT Salud Materno Infantil

Jesús María, 06 de Febrero 2017



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

PSU N 13- MINSAIDVMSP/CDC “PROTOCOLO SANITARIO DE URGENCIA PARA LA VIGILANCIA DEL SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ”

MINISTERIO DE SALUD



No. 026-2016
SA-DVM-SP



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, vigilarla y promoverla;



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA SGB

- Determinar la incidencia de SGB en el país, a través de la vigilancia en los establecimientos de salud.
- Determinar la presencia de casos de SGB relacionados a ZIKV



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

DEFINICIONES OPERACIONALES

1. CASO SOSPECHOSO DE SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ

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

Observaciones:

- Menores de 15 años también ingresa a la vigilancia de PFA
- No es exclusivo para los sospechosos de infección por virus zika.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

CRITERIOS DE BRIGHTON PARA LA 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

Fuente OMS Identificación y tratamiento del síndrome de Guillain-Barré en el contexto del brote de virus de Zika
Orientación provisional 25 de febrero de 2016

2. CASO CONFIRMADO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

Toda persona que presente los siguientes signos y síntomas:

- **Debilidad bilateral y flácida de los miembros; y**
- **Reflejos ostendinosos 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**
- **No existencia de una causa alternativa que justifique la debilidad.**

Nivel 3

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).



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

3. CASO DESCARTADO DE SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ

Caso sospechoso de SGB que durante la investigación se identificó otra patología.

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 polio, incluyendo el virus del Nilo Occidental

Raíces del nervio espinal

- Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.
- Compresión de cauda equina

Nervios periféricos

- Trastornos metabólicos como hipermagnesemia o hipofosfatemia
- Parálisis por garrapata
- Mordedura de serpiente
- Toxicidad por metales pesados como arsénico, oro y talio

- Neuropatía incluida por fármacos, (Ejm: vincristina, compuestos de platino, nitrofurantoina, paclitaxel)

- Porfiria

- Neuropatía por enfermedad crítica

- Vasculitis

- Difteria

Sinapsis neuromuscular

- Miastenia gravis

- Envenenamiento por órganos fosforados

- Botulismo

Muscular

- Miopatía por enfermedad crítica

- Polimiositis

- Dermatomiositis

- Hipo/hipercalcemia

4. CASO DE SGB, SOSPECHOSO DE ESTAR ASOCIADO A INFECCION 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, ó
- 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.

Observaciones:

- Preguntar por antecedentes de exantema, conjuntivitis no purulenta antes de las 2 semanas. Áreas de alto índice aédico
- Obtener muestra de orina y suero para envío a INS en cadena de frío.

5. CASO CONFIRMADO DE SGB DESCARTADO POR LAB. EN RELACIÓN A INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA

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

**** 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.**



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SGB

- La vigilancia de SGB es de carácter obligatorio en todos los establecimientos de salud (EESS) públicos y privados.
- Los EE.SS de menor complejidad realizarán la referencia a los de mayor complejidad y éstos realizarán la notificación e investigación.
- En la vigilancia de SGB se incluirán todos los casos sospechosos de SGB incluyendo sus variantes determinada por los clínicos.

- En cada Hospital se identificará un equipo responsable de la vigilancia de SGB, con 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.
- La implementación de esta vigilancia en áreas de riesgo de transmisión por ZIKV, debe realizarse en forma coordinada por el laboratorio institucional, Regional, que le permita la clasificación del caso.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

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 y comunicar inmediatamente al personal responsable de la Oficina de Epidemiología o aquel que cumpla su función en el EE.SS 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.
- Ingresar al sistema de NOTI_SP código CIE 10: G61.0
S=sospechoso, C= Confirmado y D=Descartado.
- 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

INVESTIGACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Todo caso sospechoso de SGB debe ser investigado y evaluado por el equipo de vigilancia de SGB, para su clasificación.
- La investigación incluye:
 - Anamnesis dirigida,
 - Examen neurológico minucioso,
 - Exámenes de laboratorio (Agente etiológico, Dx diferencial)
 - Estudio de imágenes (Dx diferencial) y otros siendo los procedimientos de estudio de Líquido cefalorraquídeo y la Electrofisiología básicos en la especialidad.

- 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 albumino-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), Citomegalovirus (CMV), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Virus Herpes Simple (VHS), Virus Hepatitis B (VHB), u otras; asimismo ante la alta sospecha de infección previa por el virus dengue, virus Chikungunya o ZIKV. (INS procesará muestras para VHB y VHC)

- 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.
- El seguimiento de caso sospechoso de SGB en un EESS será realizado por el médico tratante, para lo cual actualizará la Ficha de Investigación Clínico Epidemiológico de SGB completando los datos faltantes y enviándolos a la Oficina de Epidemiología de cada Hospital o aquella que cumpla 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 5).
- El personal de epidemiología llenará el aplicativo on line.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

PROCESAMIENTO DE DATOS

- La base de datos deberá ser actualizada según los hallazgos de la investigación y del seguimiento realizado.
- La DISA/IGSS/DIRESA/GERESA o 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.

ANÁLISIS Y GENERACIÓN DE REPORTE

- 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.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y SUPERVISIÓN DE LA VIGILANCIA DE SGB

- 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.
- DISA/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.



PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades**Ficha de investigación Clínico Epidemiológica de Vigilancia Síndrome Guillain Barré**

Síndrome Guillain Barré (código CE10: G61.0)

Sem. Epid. N°

I. DATOS GENERALES:

1. Fecha de Investigación:

2. DIRESA/GERESA:

3. Red/ Micro Red/ Clas

4. Establecimiento De Salud Notificante

E.S. II-1
E.S. III-1E.S. II-2
E.S. III-2**II. DATOS DEL PACIENTE**

5. H.Clinica N°

6. A. Paterno

A. Materno

Nombres

7. D.N.I

8. Fecha de Nacim.

9. Edad

M F

11. Departamento

12. Provincia

13. Distrito

14. Localidad (Cas., A.H., Urb., Resid., etc.)

15. Dirección

16. Ocupación

17. Telefono del paciente o familiar

18. Servicio de Hospitalización

19. Fecha Admisión en el EEES

III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

20. ¿En que lugar estuvo hasta los 30 dias previos al inicio de la parálisis?

21. Pais:

Fecha de llegada

Fecha de llegada

Fecha de llegada

1.-

22. Departamento

23. Provincia

24. Distrito

25. Localidad (Cas., A.H., Urb., Resid., etc.)

23. Dirección

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

Si ☐ No ☐

27. Enfermedad crónica ¿Cuál? _____

	Sí	No	F. Inicio	F. Término
Infección de vías respiratorias altas	()	()	___/___/___	___/___/___
Infección gastrointestinal	()	()	___/___/___	___/___/___
Síndrome febril	()	()	___/___/___	___/___/___
Exantema	()	()	___/___/___	___/___/___
Conjuntivitis no purulenta	()	()	___/___/___	___/___/___
Dolores articulares	()	()	___/___/___	___/___/___
Dolor de cabeza	()	()	___/___/___	___/___/___

28. Medicación frecuente? _____

29. Riesgo de intoxicación
Metales pesados
órganos fosforadosSi ☐ No ☐

30. Antecedente de vacunación previa antes de los 40 días

Si ☐ No ☐

Marque cual: Influenza estacional, Hepatitis B, Virus papiloma humano, dT, otra (especifique) _____ Fecha _____

31. Conoce de otras personas que presentaron fiebre y dolores articulares en los último 14 días? Si ☐ No ☐

IV. ENFERMEDAD ACTUAL - EVALUACIÓN CLÍNICA

Fecha de Inicio de debilidad muscular

--	--	--

Fecha de ingreso al Hospital y Servicio

--	--	--

Signos y Síntomas (Marque con un "X" los síntomas y signos que presenta el paciente)

Progresión de parálisis:

Ascendente () Descendente ()

	Si	No
Debilidad	() ()	
Dolor	() ()	
Nervio craneales	() ()	
Ataxia	() ()	
Simetría	() ()	

	Si	No
1. Fiebre	() ()	
2. Anormalidad autonómica	() ()	
3. Disfunción urinaria	() ()	
4. Disfunción rectal	() ()	
5. Hipotensión	() ()	
6. Hipertensión	() ()	
7. Taquicardia sinusal	() ()	
8. Arritmia	() ()	
9. Hiponatremia (SIHAD)	() ()	

EVALUACION DE FUERZA MUSCULAR

	Prox	Dist
Miembro Sup. Izq.	() ()	
Miembro Sup. Der.	() ()	
Miembro Inf. Izq.	() ()	
Miembro Inf. Der.	() ()	

Emplear la Escala de Fuerza Muscular de Medical Research Council (MRC):

- 0 No contraccion , musculo paralizado
- 1 Palpable intento de contraccion muscular
- 2 Movimiento completo si no se opone la gravedad
- 3 Movimiento completo solo contra la gravedad
- 4 Movimiento completo contra gravedad y resistencia mod.
- 5 Movimiento completo contra gravedad y resistencia

EVALUACIÓN DE REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS

	Der Izq.	Emplear la siguiente Escala:
Reflejo Bicipital	() ()	0 No hay respuesta
Reflejo Tricipital	() ()	+ Hiporreflexia
Reflejo Patelar	() ()	++ Normorreflexia
Reflejo Aquileo	() ()	+++ Hiperreflexia
		++++ Hiperreflexia con clonus

EVALUACIÓN DE PARES CRANEALES

	Normal	Paresia
Facial Izq.	() ()	
Facial Der.	() ()	
IX-X Izq.	() ()	
IX-X Der.	() ()	
Trigémino Izq.	() ()	
Trigémino Der.	() ()	
III-IV-VI Izq.	() ()	
III-IV-VI Der.	() ()	

V. EXAMENES DE LABORATORIO

Examen	Fecha	Resultado					Observaciones
LCR	__/__/__	Leuc.:	% PMN:	% MON:	Proteínas:	Glucosa:	
Electromiografía	__/__/__						
Otros	__/__/__						
	__/__/__						
	__/__/__						
	__/__/__						
	__/__/__						

VI. EVOLUCION

29 Fecha de Hospitalización

30. Evolución de la enfermedad:

Curado
Fallecido
Secuela
Referido

☐
☐
☐
☐

Fecha

VII. CLASIFICACION

Los casos que ingresen el sistema de vigilancia se clasifica en:

31. SGB Confirmado

☐

32. SGB Descartado

☐

33. SGB Sopspechoso de rel. con Zika

☐

34. SGB Confirmado rel. A Zika

☐

35. SGB Descartado en relación a Zika

IX. OBSERVACIONES

VIII. INVESTIGADOR

Nombre del Investigador

Cargo:

Teléfono:

Firma y Sello

ANEXO 5

FICHA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ

EVALUACION FUERZA MUSCULAR

FECHA	MIEMBROS SUPERIORES				MIEMBROS INFERIORES				Facial				IX - X				Trigemino				III-IV-VI			
	Derecho		Izquierdo		Derecho		Izquierdo		Derecho		Izquierdo		Derecho		Izquierdo		Derecho		Izquierdo		Derecho		Izquierdo	
	Prox	Dist	Prox	Dist	Prox	Dist	Prox	Dist	Normal	Paresia	Normal	Paresia	Normal	Paresia	Normal	Paresia	Normal	Paresia	Normal	Paresia	Normal	Paresia	Normal	Paresia

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR : Medical Reserch Council (MRC)

- 0 No contraccion , musculo paralizado
- 1 Palpable intento de contraccion muscular
- 2 Movimiento completo si no se opone la gravedad
- 3 Movimiento completo solo contra la gravedad
- 4 Movimiento completo contra gravedad y resistencia moderada
- 5 Movimiento completo contra gravedad y resistencia

EVALUACION REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS

FECHA	Derecho				Izquierdo			
	Bicipital	Tricipital	Patelar	Aquileo	Bicipital	Tricipital	Patelar	Aquileo

ESCALA

- 0 No hay respuesta
- + Hiporreflexia
- ++ Normorreflexia
- +++ Hiperreflexia
- ++++ Hiperreflexia con clonus

CONDUCCION NERVIOSA MOTORA

FECHA 1	IZQUIERDA						DERECHA					
	Latencia (ms)	Amplitud (mV)	Vel. Conduccion (m/s)	Onda F	Reflejo H		Latencia (ms)	Amplitud (mV)	Vel. Conducn (m/s)	Onda F	Reflejo H	
					Der	Izq					Der	Izq
Mediano												
Cubital												
Peroneal común												
Tibial posterior												
Facial												

FECHA 2	IZQUIERDA						DERECHA					
	Latencia (ms)	Amplitud (mV)	Vel. Conduccion (m/s)	Onda F	Reflejo H		Latencia (ms)	Amplitud (mV)	Vel. Conduccion (m/s)	Onda F	Reflejo H	
					Der	Izq					Der	Izq
Mediano												
Cubital												
Peroneal comun												
Tibial posterior												
Facial												

CONDUCCION NERVIOSA SENSITIVA

FECHA 1	IZQUIERDA			DERECHA		
	Latencia (ms)	Amplitud (mV)	Vel. Conduccion (m/s)	Latencia (ms)	Amplitud (mV)	Vel. Conduccion (m/s)
Mediano						
Cubital						
Sural						

FECHA 2	IZQUIERDA			DERECHA		
	Latencia (ms)	Amplitud (mV)	Vel. Conduccion (m/s)	Latencia (ms)	Amplitud (mV)	Vel. Conduccion (m/s)
Mediano						
Cubital						
Sural						

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

Laboratorio para casos SGB sospechosos de estar asociados a infección por Zika

- A los casos de SGB sospechosos de estar asociado a infección por virus zika, se les procesarán las muestras por laboratorio de Salud Pública para Zika en el INS, siguiendo los flujos establecidos.
- Las muestras que serán procesadas en casos SGB sospechosos de estar asociado a infección por virus zika serán:

Método de Diagnóstico	Tiempo de enfermedad para la obtención de muestras	Muestra Biológica	Cantidad Mínima Requerida	Conservación y Transporte
Detección de ARN viral y aislamiento Viral	Suero	Suero	2 mL	Estéril enviar en cadena de frío (con hielo seco)
	Orina	Orina	2 mL	
	Líquido cefalorraquídeo	LCR	1 mL	
Detección de anticuerpos tipo IgM	Suero	Suero	2 mL	Estéril, enviar en cadena de frío (refrigeradas entre +2 a +8 °C)
	Líquido cefalorraquídeo	LCR	1 mL	

ARN: Ácido ribonucleico; LCR: Líquido cefalorraquídeo; qRT-PCR: Reacción en cadena de polimerasa en tiempo real. Ig: Inmunoglobulina.

NOTA: En caso de no contar con hielo seco, las muestras serán remitidas en cadena de frío que garantice temperaturas entre +2 a +8 °C.

Fuente: INS

CONCLUSIONES

- La VE de SGB comprende a todos los grupos de edad, los menores de 15 años también ingresan a la Vigilancia epidemiológica de PFA.
- La notificación será realizada a partir de Hospitales nivel II-2 (especialistas, UCI), EsSalud, FFAA, Clínicas privadas.
- La ficha de Investigación clínico epidemiológica así como de evaluación neurológica será llenada por el especialista.
Control de calidad de ficha - Epidemiología.
- El Código CIE-10 G60.0 en el sistema NOTI-SP. Aplicativo para la VE de SGB.
- Para la VE de SGB un caso confirmado puede ser sólo con el criterio clínico (Nivel 3 de certeza de Brighton), pero para manejo clínico se incluyen los estudios de LCR y EMG.

- La investigación demandará la actualización de datos (laboratorio, exámenes, evaluación) para su clasificación final.
- El SGB no es desencadenado exclusivamente por el virus Zika, existen múltiples causas, motivo por el cual debe investigarse para su identificación.
- El anexo de evaluación neurológica y seguimiento es recomendada para el seguimiento clínico del caso.

- Los datos recogidos en la ficha (por anamensis) puede orientar en la sospecha del posible agente etiológico y los posibles exámenes de laboratorio a realizar
 - Exantema, conjuntivitis, mialgia : Zika
 - Cuadro gastrointestinal : *Campylobacter jejuni*, enterovirus
 - Cuadro respiratorio: Influenza, Neumonía por micoplasma,
 - Grupo de riesgo : HIV. VHB, VHC
 - Trasfundidos, trasplantados, inmunosuprimidos: CMV, VHC, VHB



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

RECOMENDACIONES

- En referencias a otro EESS, deben enviar informe de caso o epicrisis con los estudios realizados.
- Hacer seguimiento de caso hasta clasificación final, completando el aplicativo.
- Involucrar a los clínicos de áreas específicas para garantizar el llenado de ficha de investigación.
- Elaborar su línea de base para evaluar aumentos de casos, investigando agentes etiológicos.
- Casos de menores de 15 años deben incluirse también en la vigilancia de PFA, para mejorar los indicadores.
- La socialización del PSU en los EESS favorecerá el cumplimiento de la VE



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

GRACIAS POR SU ATENCIÓN