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

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

*Jorge Uchuya Gómez*
*Medico Epidemiólogo*
*CDC - Minsa*

PERÚ Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

# Bases para el Proceso de Notificación, Investigación y Clasificación 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?**

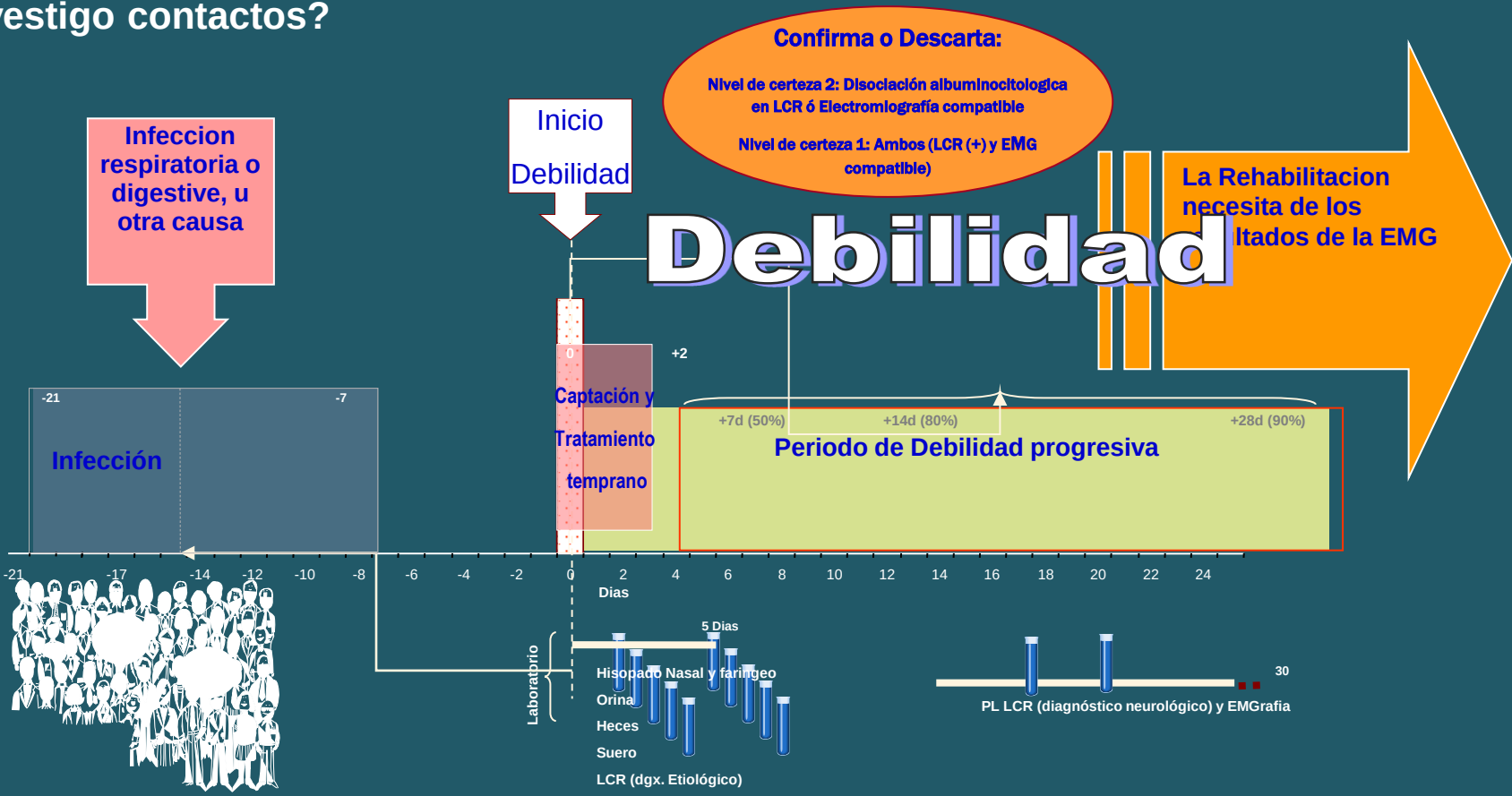
**Periodos: exposición, infección, aparición de debilidad,**

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

**Periodo de obtención de muestras?,**

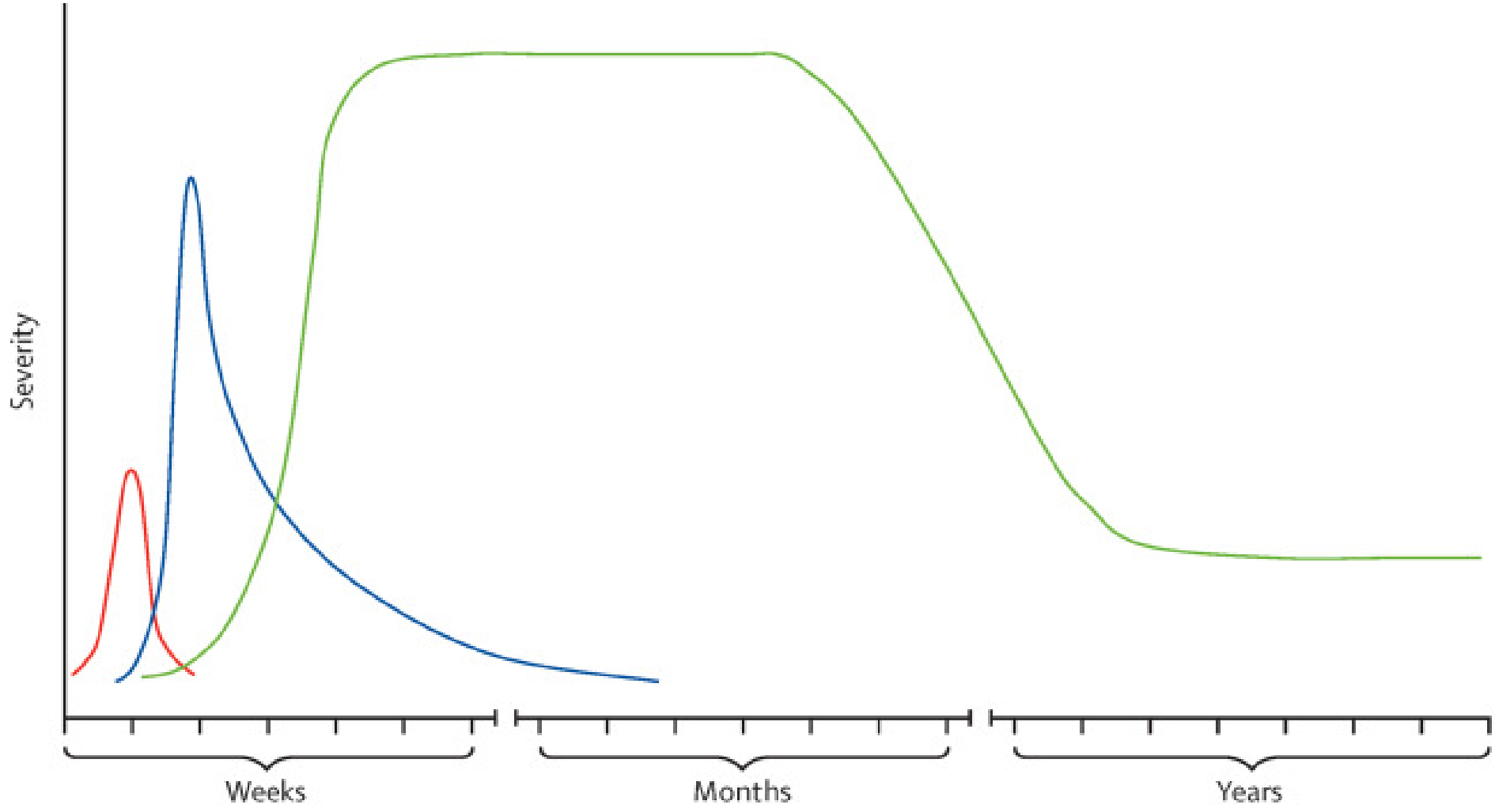
**Criterios de Interpretación: LCR y EMGrafia,**

**Cuando investigo contactos?**

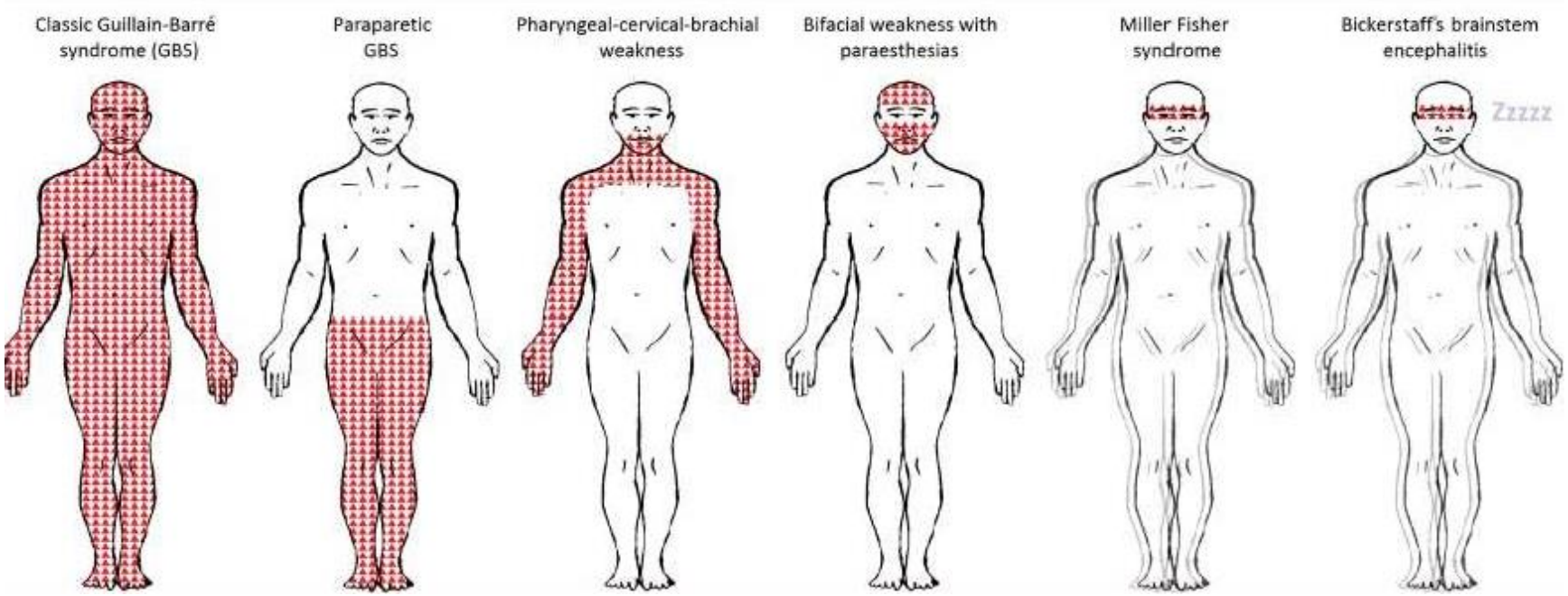


# Ciclo del SGB





# Síndrome de Guillain Barre (SGB)

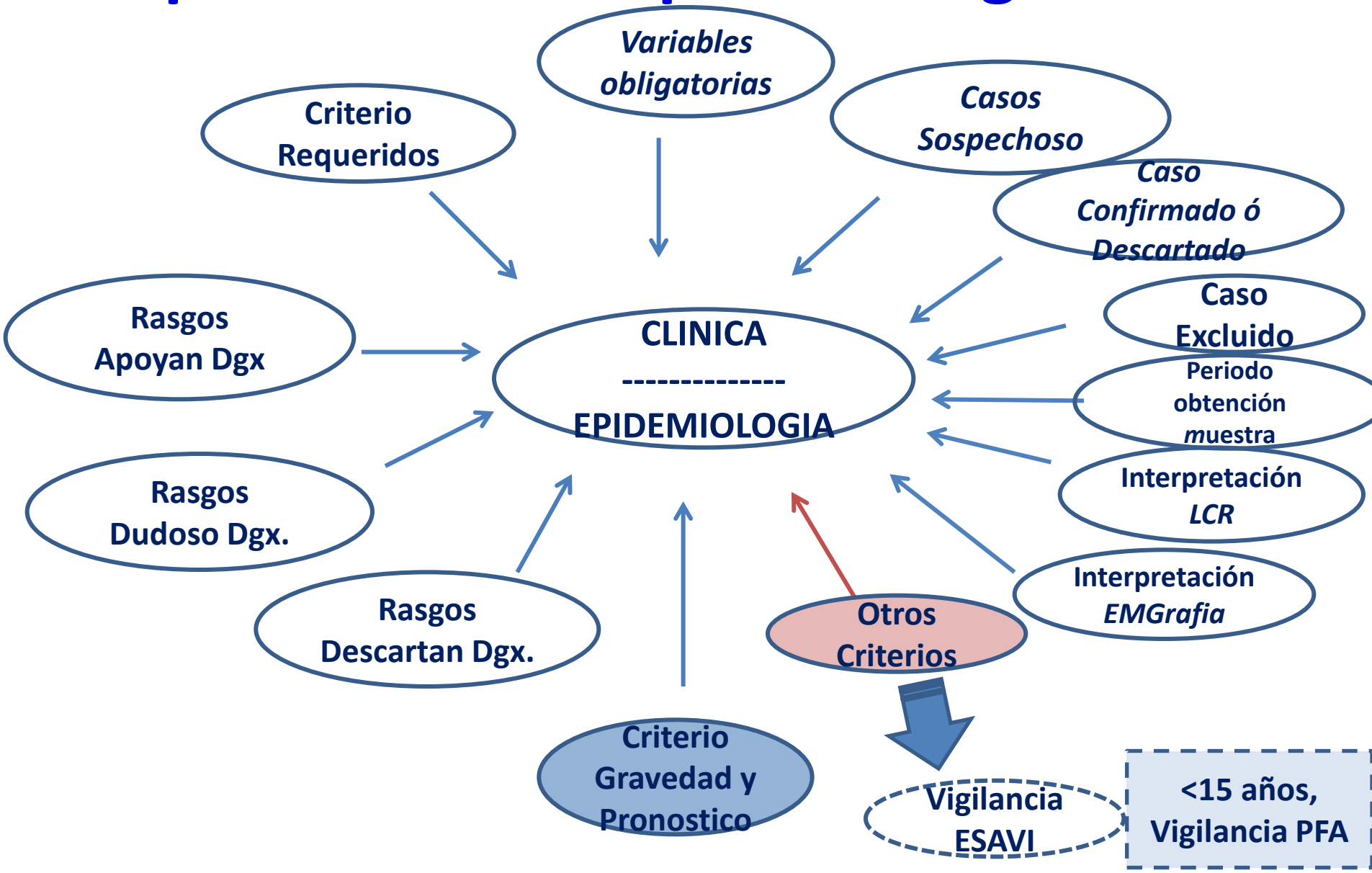



**Los síntomas característicos, cuadro típico son: debilidad muscular flácida y bilateral, simétrica y ascendente, pérdida de reflejos, de instalación aguda en unos días; se presenta también parestesias, adormecimientos y dolor neuropático.**
**La incidencia habitual en la población es de 10 – 20 casos/millón 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

# Estandarización de Criterios Clínicos para la Notificación, Investigación y Clasificación del SGB

# 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

# 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

# Estandarización de Criterios de Certeza y Definiciones de SGB

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

## 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 [illegible] días entre el inicio y el nadir [illegible] meseta clínica
- 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.

## 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 [illegible]
- 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.

## 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 [illegible] meseta clínica
- Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad.

3 2 1

Mayor — Menor

**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.

## 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; **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.

## 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; **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**

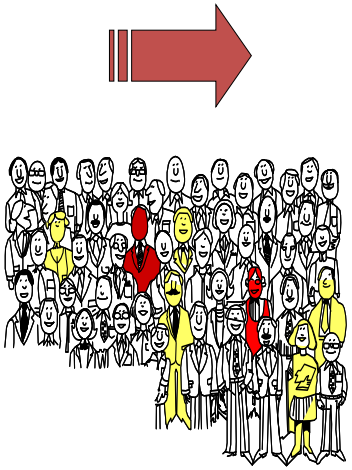
**NIVEL DE CERTEZA**

# Definición de Casos: Síndrome Guillaín Barré

## Caso sospechoso (actual):

**Persona con debilidad bilateral (ascendente o descendente) simétrica o relativamente simétrica y flacidez, y reflejos osteotendinosos disminuidos o ausentes en extremidades, con 12 horas a 28 días de inicio de la debilidad.**

*Considere observación y seguimiento si presenta debilidad y flacidez parálisis facial o de músculos oculomotores.*



## 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.**

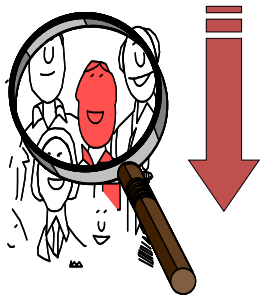
## *Criterio del Clínico en Hospital:*

***Debilidad bilateral y flácida de los miembros Y***

***Reflejos miotáticos 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 Caso y Nivel de Certeza: Síndrome Guillaín Barré

## Nivel de Certeza 3

### Caso sospechoso (actual):

**Persona con debilidad bilateral (ascendente o descendente) simétrica o relativamente simétrica y flacidez, y reflejos osteotendinosos disminuidos o ausentes en extremidades, con 12 horas a 28 días de inicio de la debilidad.**

*Considere observación y seguimiento si presenta debilidad y flacidez parálisis facial o de músculos oculomotores.*

## Nivel de Certeza 2

### Confirmado por Laboratorio:

**Casos sospechosos con LCR con cifra total leucocitos menor de 50 células/µl; y elevación de proteínas en liquido cefalorraquídeo > 45 mg/dl (disociación albumino citológica).** Es ideal la punción lumbar antes del inicio del tratamiento con inmunoglobulina.

*El periodo recomendado para LCR es antes de la plasmaféresis o administración inmunoglobulina y si fuera negativo se debe obtener una 2da muestra.*

*Ejemplo: Caso sospechoso con evaluación neurológica, que antes del tratamiento o en la 1ra semana tiene resultado de LCR positivo para disociación albumino citológica);*

**Si ambos Nivel de Certeza 1 ó Nivel de Certeza 2**

## Nivel de Certeza 3

### *Criterio del Clínico en Hospital:*

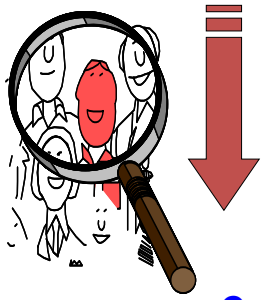
***Debilidad bilateral y flácida de los miembros Y***

***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)



### Confirmado por EMG:

**Caso sospechoso con datos electrofisiológicos compatibles con SGB.**

Estudio Electrofisiológico compatible con SGB.

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

El periodo recomendado para EMG durante la 2da semana.

### Caso descartado

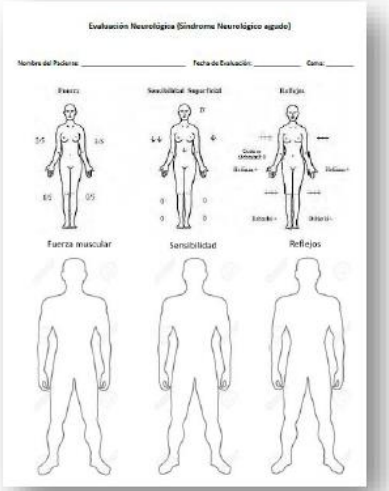
**Caso sospechoso que durante la investigación se identifico otro diagnostico que explica la debilidad.**

Caso sospechoso con LCR y EMG no compatible con el SGB, estudio que se realizo durante el periodo recomendado.

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

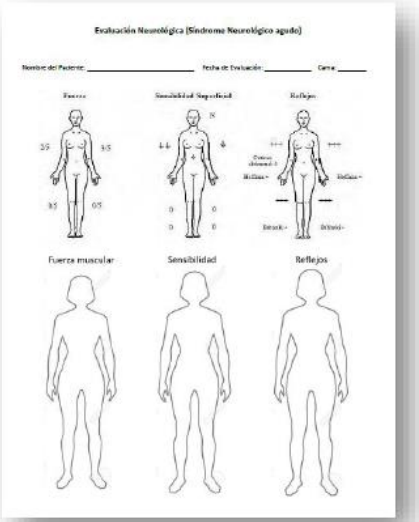
*Jorge Uchuya Gómez*
*Medico Epidemiólogo*
*CDC - Minsa*

# 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<br>de certeza diagnóstica | | Nivel 2<br>de certeza diagnóstica | | Nivel 3<br>de certeza diagnóstica | |
|---|---|---|---|---|---|
| • Debilidad bilateral **y** flácida de los miembros **y** | Si [ ]<br>No [ ] | Debilidad bilateral y flácida de los miembros **y** | Si [ ]<br>No [ ] | Debilidad bilateral y flácida de los miembros **y** | Si [ ]<br>No [ ] |
| • Reflejos miotaticos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad **y** | Si [ ]<br>No [ ] | Reflejos miotaticos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad **y** | Si [ ]<br>No [ ] | Reflejos miotaticos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad **y** | Si [ ]<br>No [ ] |
| • Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 dias entre el inicio **y** el nadir de la debilidad **y** meseta clinica posterior **y** | Si [ ]<br>No [ ] | Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 dias entre el inicio **y** el nadir de la debilidad **y** meseta clinica posterior **y** | Si [ ]<br>No [ ] | Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 dias entre el inicio **y** el nadir de la debilidad **y** meseta clinica **y** | Si [ ]<br>No [ ] |
| • Ausencia de otro diagnóstico para la debilidad; **y** | Si [ ]<br>No [ ] | Ausencia de otro diagnóstico para la debilidad **y** | Si [ ]<br>No [ ] | Ausencia de otro diagnóstico para la debilidad. | Si [ ]<br>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 [ ]<br>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 [ ]<br>No [ ] | | Si [ ]<br>No [ ] |
| • Datos electrofisiológico compatibles con SGB. | Si [ ]<br>No [ ] | | Si [ ]<br>No [ ] | | Si [ ]<br>No [ ] |

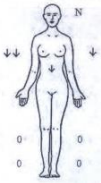


## Evaluación Neurológica (Síndrome Neurológico agudo)

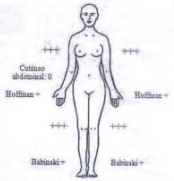
Nombre del Paci[redacted] Fecha de Evaluación: 24.04.18 Cama: 202

Fuerza

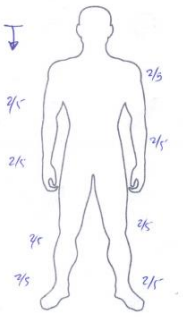
Sensibilidad Superficial




Reflejos

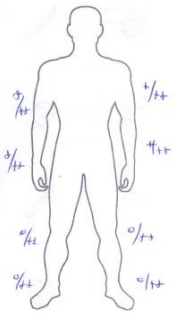



Fuerza muscular



Sensibilidad

Reflejos

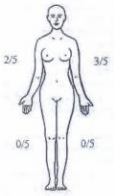


(N)

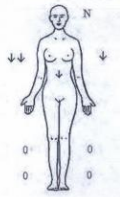
## Evaluación Neurológica (Síndrome Neurológico agudo)

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

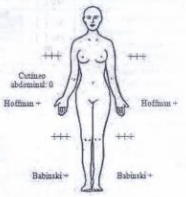
Fuerza



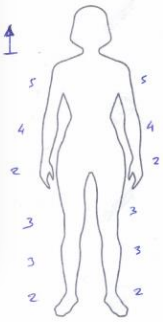

Sensibilidad Superficial




Reflejos




Fuerza muscular



Sensibilidad

Reflejos

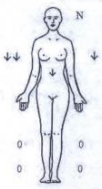
(N)

## Evaluación Neurológica (Síndrome Neurológico agudo)

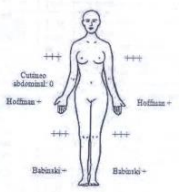
Nombre del[redacted] Fecha de Evaluación: 25.04.18 Cama: 215

Fuerza

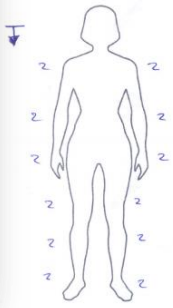
Sensibilidad Superficial




Reflejos




Fuerza muscular



Sensibilidad

Reflejos

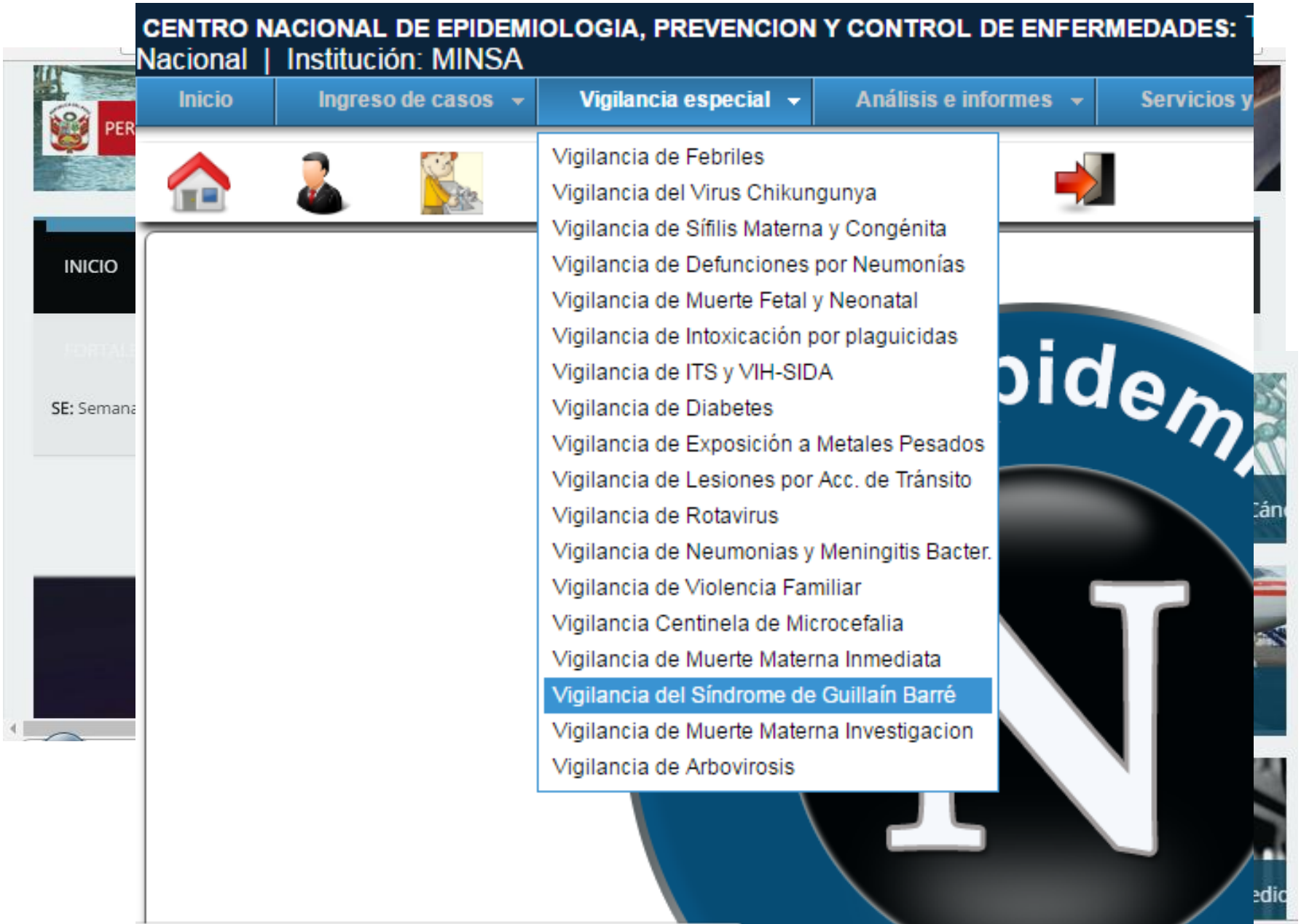
(N.)

# Recomendaciones

5. En cuanto a la vigilancia epidemiológica se recomienda:

f. Las **variables obligatorias** para el registro de un caso en el sistema son:

- Nombre completo, DNI, lugar residencia, sexo, edad y fecha de nacimiento,
- Fecha de notificación/investigación, fecha de inicio de síntomas,
- Fecha de inicio de debilidad e ingreso al Hospital,
- Signos y síntomas,
- Presentación (ascendente o descendente),
- Fecha de obtención de muestras de LCR, suero, secreción nasal-faringea, heces y orina,
- Clasificación de los casos por LCR y Electromiografía


CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA, PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES:
Nacional | Institución: MINSA
Inicio
Ingreso de casos
Vigilancia especial
Análisis e informes
Servicios y
Vigilancia de Febriles
Vigilancia del Virus Chikungunya
Vigilancia de Sífilis Materna y Congénita
Vigilancia de Defunciones por Neumonías
Vigilancia de Muerte Fetal y Neonatal
Vigilancia de Intoxicación por plaguicidas
Vigilancia de ITS y VIH-SIDA
Vigilancia de Diabetes
Vigilancia de Exposición a Metales Pesados
Vigilancia de Lesiones por Acc. de Tránsito
Vigilancia de Rotavirus
Vigilancia de Neumonias y Meningitis Bacter.
Vigilancia de Violencia Familiar
Vigilancia Centinela de Microcefalia
Vigilancia de Muerte Materna Inmediata
Vigilancia del Síndrome de Guillaín Barré
Vigilancia de Muerte Materna Investigacion
Vigilancia de Arbovirosis
INICIO
SE: Semana

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

# 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 | | | | | | |

# Recomendaciones



5. En cuanto a la vigilancia epidemiológica se recomienda:

g. El llenado de la ficha clínico-epidemiológica es dinámico, es decir, la información se irá completando conforme:
   - la evolución clínica del caso,
   - ampliación de investigación epidemiológica y
   - acciones de prevención y control.

# Recomendaciones

## 6. Atención de los casos:

- **Referencia precoz e inmediata** de todo caso de SGB al establecimiento de salud de nivel de resolución más elevado de su red de servicios de salud o de la región.

- Realizar anamnesis y evaluación clínica completa con énfasis en la evaluación neurológica.

- El médico que atiende al caso deberá aplicar la ficha de investigación clínico epidemiológica y entregarla a epidemiología o jefe del establecimiento.

# Recomendaciones

6. Atención de los casos:

- El médico especialista tratante deberá conformar un **equipo multidisciplinario** para la evaluación y el manejo conjunto de los casos.

- Ante una sobredemanda de atención por este problema, el establecimiento de salud deberá **habilitar camas en un ambiente ad hoc** a fin de facilitar la rápida evaluación de los pacientes, con personal especialmente asignado.

- Es responsabilidad del personal de salud que está en contacto directo con pacientes **utilizar correctamente los equipos de protección personal** (mascarilla, guantes, mandilón, gorro).

# Recomendaciones

6. Atención de los casos:

- La supervisión del lavado de manos estará a cargo de los responsables de calidad con el apoyo de las Jefaturas de Enfermería de cada establecimiento de salud.

- Garantizar la práctica de lavado de manos en todo el personal, siendo responsabilidad de cada personal de salud la aplicación de la técnica correcta y de los jefes de servicios su cumplimiento.
- Los directores y jefes de los EE.SS. en coordinación con Administración y Logística realizaran las gestiones para garantizar el abastecimiento y uso racional de insumos y equipo de protección personal e higiene.

# Recomendaciones

7. Promoción de la salud:

- Los mensajes claves dirigidos a la población son los mismos que para la prevención de las enfermedades de transmisión respiratoria o transmisión por contacto: Protección respiratoria, distanciamiento social, lavado frecuente de manos, consumo de agua segura, y manipulación adecuada de alimentos.

8. Comunicación de riesgo:

- Se recomienda que las personas autorizadas (un vocero) en la GERESA/DIRESA/DIRIS puedan brindar declaraciones para informar frecuentemente a la prensa local, regional o nacional respecto al tema y evolución de los casos en la región.

# Laboratorio



## 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 |

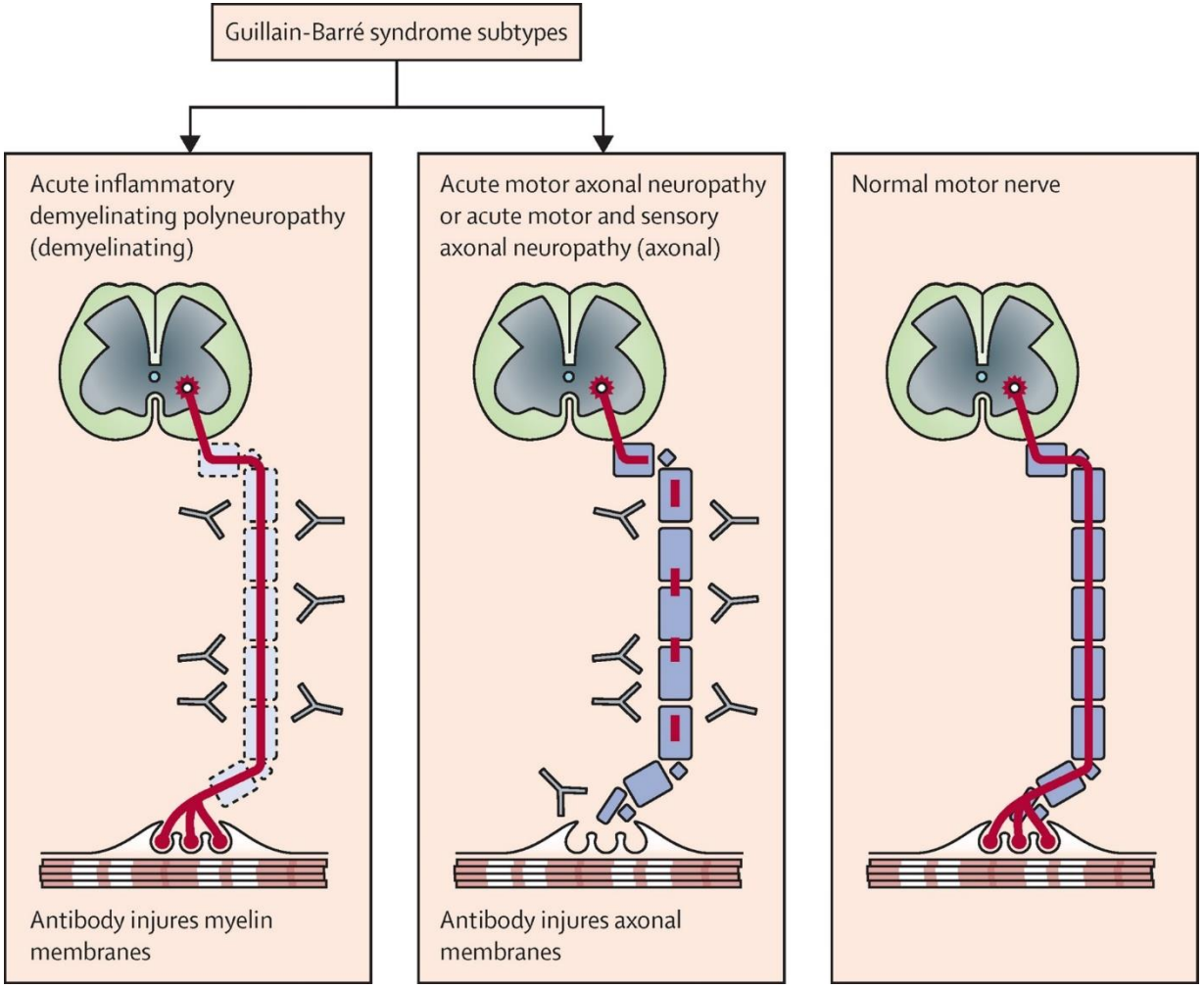
* Realizar un hisopado a partir de las heces obtenidas y colocarlo en el medio de transporte Cary Blair.
Todas las nuestras se conservan y transportan en cadena de frio (2 - 8 C°), excepto para Campylobacter. (medio ambiente) .
NOTA: En los menores de 15 años, adicionalmente se requerirá el llenado de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

# Electromiografia

## 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

# 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:

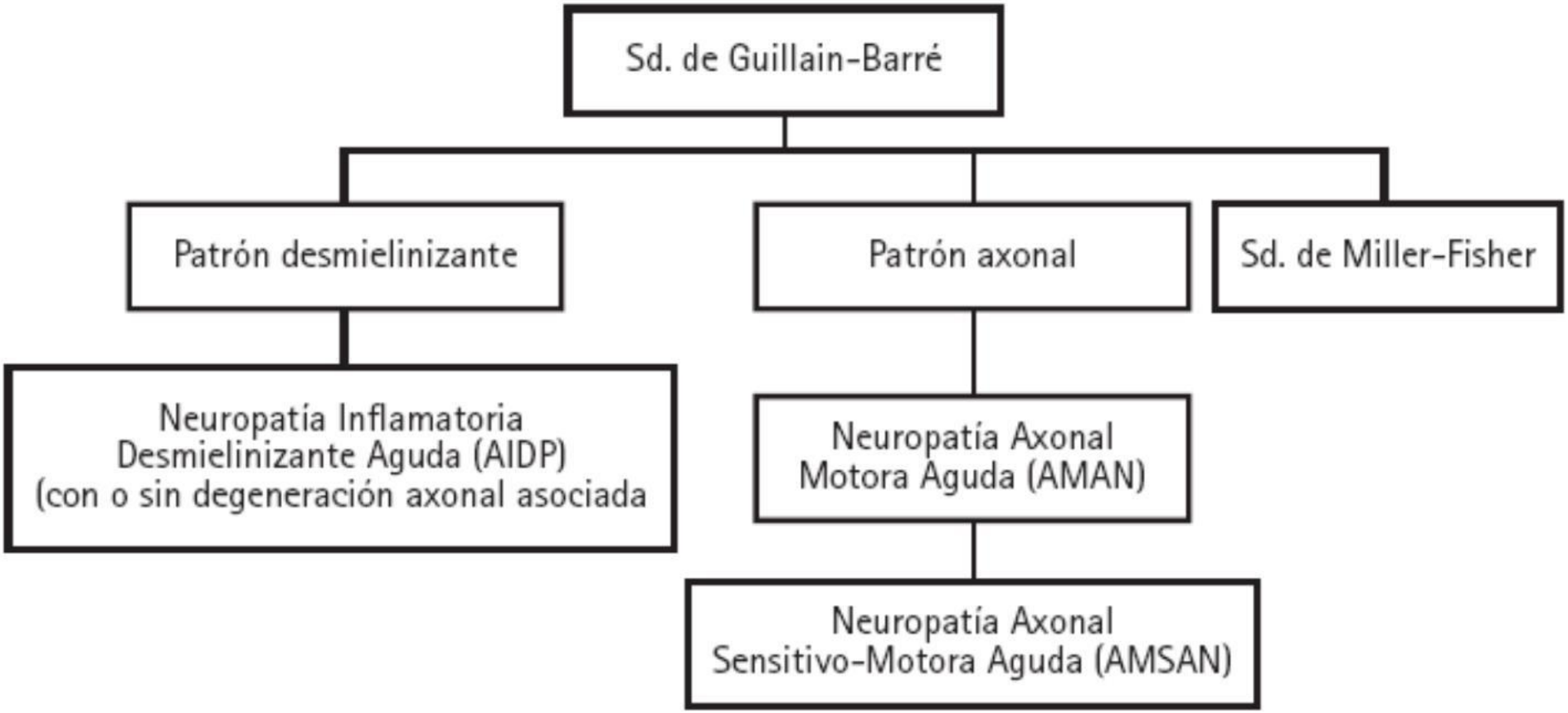
a) AMSAN - MOTOR Y SENSITIVO, de peor evolución que la forma desmielinizante, y

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

# 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<br>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
- Manejo de muestras de casos de Síndrome de Guillain-Barré
  - https://www.youtube.com/watch?v=rE4FkBYQmjc
- Protocolo sanitario de urgencia para la vigilancia del Síndrome de Guillain-Barré SGB
  - https://www.youtube.com/watch?v=JC1kXumqoVU

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