



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;

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 precitada 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. Incluye 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



nacional, 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 inmediatez refuercen 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° 1161, 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.

Artículo 4.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones, efectúe la publicación de la presente Resolución Viceministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



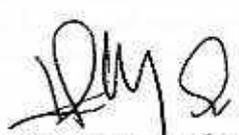
P. MINAYA



J. ARRASCO A.



J. Zavala S.


PERCY LUIS MINAYA LEÓN
Viceministro de Salud Pública

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL


HIPOLITO GALINDO MENDOZA
Fedatario de la Sede Central - MINSA



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 y mortalidad 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 presenta 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 considerada 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, 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.

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 *Ebstein 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 integrada 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 sospecho 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 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.
- 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 1.
- 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).
- En caso de fallecimiento antes de confirmación de caso SGB se plantea 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 el 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 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.

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.- Flujograma de Vigilancia Síndrome Guillain Barré



ANEXO 1

CRITERIOS DE BRIGHTON PARA LA DEFINICIÓN DE CASO DE SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ

Nivel 1 de certeza diagnóstica	Nivel 2 de certeza diagnóstica	Nivel 3 de certeza diagnóstica
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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





ANEXO 2

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES QUE EXCLUYEN SGB (*)

- Intracraneal
 - o Meningitis carcinomatosa
 - o Encefalitis del tallo cerebral
- Medula espinal
 - o Infarto
 - o Mielitis
 - o Compresión
- Células del asta anterior de la medula espinal
 - o Polio y otros virus de ARN que producen poliomielitis, incluyendo el virus del Nilo Occidental
- Raíces del nervio espinal
 - o Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica
 - o Compresión de cauda equina
- Nervios periféricos
 - o Trastornos metabólicos como hipermagnesemia o hipofosfatemia
 - o Parálisis por garrapata
 - o Mordedura de serpiente
 - o Toxicidad por metales pesados como arsénico, oro y talio
 - o Neuropatía incluida por fármacos, (Ejm: vincristina, compuestos de platino, nitrofurantoina, paclitaxel)
 - o Porfiria
 - o Neuropatía por enfermedad crítica
 - o Vasculitis
 - o Difteria
- Sinapsis neuromuscular
 - o Miastenia gravis
 - o Envenenamiento por órganos fosforados
 - o Botulismo
- Muscular
 - o Miopatía por enfermedad crítica
 - o Polmiositis
 - o Dermatomiositis
 - o Hipo/hipercalcemia

(*) Brighton Collaboration group, Síndrome de Guillain Barré y Síndrome de Fisher: Definiciones de caso y lineamientos para la recolección, análisis y presentación de datos relativos a la seguridad de la inmunización



ANEXO 3

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ, VARIANTES CLÍNICAS Y ESCALA DE GRAVEDAD - MANEJO CLÍNICO

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

(Adaptados de Asbury y Cornblath, 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 osteotendinosa

Puede aceptarse una arreflexia distal e hiporreflexia 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.
2. Afectación relativamente simétrica. Puede haber alguna diferencia entre ambos lados.
3. Síntomas y signos sensitivos leves.
4. Afectación de nervios craneales. Debilidad 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 paresia 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 Cefalorraquídeo (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 (raro).
2. LCR con 11-50 leucocitos mononucleares.

C. Criterios electrofisiológicos

CRITERIOS DE DESMIELINIZACIÓN (Delanoe 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 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.
6. Nivel sensitivo nítido, agudo.

IV Criterios que descartan 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

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 Motora (ASMAN), de peor evolución que la forma desmielinizante, y
 - b) Motora (AMAN).
3. Síndrome de Miller-Fisher. Se caracteriza por la presencia de la triada oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. Está desencadenado por ciertas cepas de *Campylobacter jejuni* que inducen la formación de anticuerpos anti-gangliósido GQ1b.

ESCALA FUNCIONAL DE GRAVEDAD CLINICA 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 aseo.
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





ANEXO 4

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. II-2
 E.S. III-1 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 10. Sexo 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 EESS

III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

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

21. País: Fecha de llegada
 Fecha de llegada
 Fecha de llegada

1.-

22. Departamento 23. Provincia 24. Distrito 25. Localidad (Cas., A.H., Urb., Resid., etc.) 26. Dirección

26. Antecedentes de enfermedad 4 semanas antes de inicio de parálisis Si No

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

27. Enfermedad crónica ¿Cuál?

28. Medicación frecuente?

29. Riesgo de intoxicación Si No
 Metales pesados
 Organos fosforados

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:		Si	No	EVALUACION DE FUERZA MUSCULAR	
Ascendente ()	Descendente ()	()	()	Miembro Sup. Izq. ()	()
Debilidad ()	()	()	()	Miembro Sup. Der. ()	()
Dolor ()	()	()	()	Miembro Inf. Izq. ()	()
Nervio craneales ()	()	()	()	Miembro Inf. Der. ()	()
Ataxia ()	()	()	()		
Simetría ()	()	()	()		

1. Fiebre () ()
 2. Anormalidad autonómica () ()
 3. Disfunción urinaria () ()
 4. Disfunción rectal () ()
 5. Hipotensión () ()
 6. Hipertensión () ()
 7. Taquicardia sinusal () ()
 8. Arritmia () ()
 9. Hiponatremia (SIHAD) () ()

Emplear la Escala de Fuerza Muscular de Medical Research Council (MRC):
 0 No contracción, músculo paralizado
 1 Palpable intento de contracción muscular
 2 Movimiento completo al 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	() ()	+++ Hiperrreflexia
		++++ Hiperrreflexia con clonus

EVALUACIÓN DE PARES CRANEALES

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



PSU N°13-MINSA/DVMSP/CDC
 PROTOCOLO SANITARIO DE URGENCIA DE VIGILANCIA
 DE SINDROME GUILLAIN BARRÉ

V. EXAMENES DE LABORATORIO

Examen	Fecha	Resultado					Observaciones
		Leuc.:	%PMN:	%MON:	Proteínas:	Glucosa:	
LCR	__/__/__						
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 Sospechoso de rel. con Zika
 34. SGB Confirmado rel. A Zika 35. SGB Descartado en relación a Zika

IX. OBSERVACIONES

VIII. INVESTIGADOR

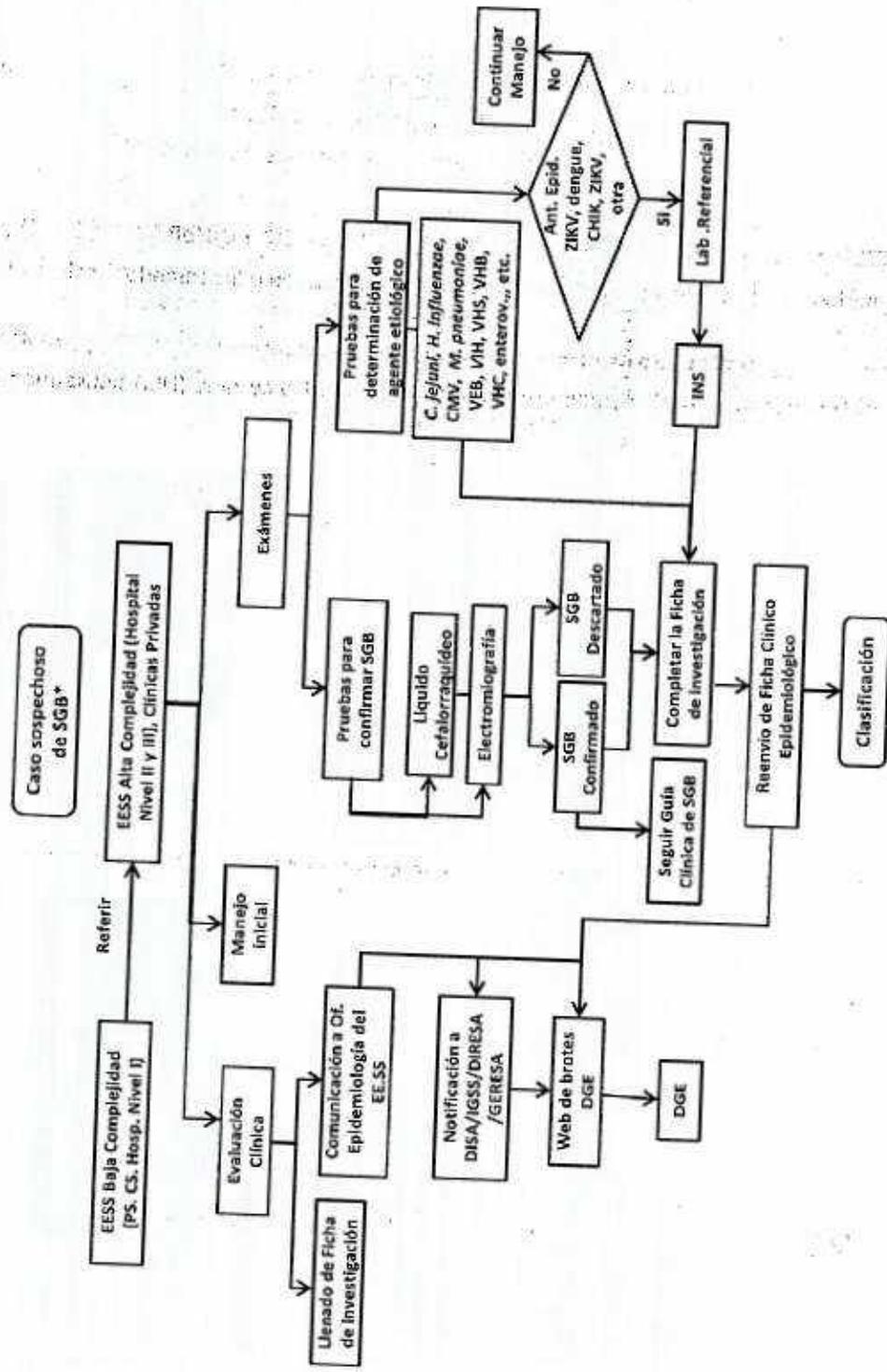
Nombre del Investigador
 Cargo:
 Teléfono:

Firma y Sello





ANEXO 6
FLUJOGRAMA DE VIGILANCIA SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ (SGB)



[*] Si es < de 15 años también Ingresar al Sistema VE de PFA



BIBLIOGRAFÍA

1. Christiaan Fokke, Bianca van den Berg. Diagnosis of Guillain-Barré syndrome and validation of Brighton criteria. *Brain a Journal of Neurology* 2014; 137;33-43.
2. Brighton Collaboration group., Síndrome de Guillain-Barré y Síndrome de Fisher: Definiciones de caso y lineamientos para la recolección, análisis y presentación de datos relativos a la seguridad de la inmunización.
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.



I. ARRASCO A.