

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN EL PERÚ

I. FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN TÉCNICA

La finalidad de la presente Norma Técnica de Salud es contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad de casos del Síndrome de Guillain Barré.

El Síndrome de Guillain Barré a nivel mundial es una enfermedad costosa, que puede resultar en discapacidad a largo plazo y altas tasas de mortalidad, especialmente en entornos de salud con recursos limitados. En el Perú, el Síndrome de Guillain Barré es considerado un evento de importancia en la salud pública y desde el año 2018, se ha estado notificando un incremento de casos mayor a lo esperado, reportándose en el año 2019 un incremento de gran magnitud que afectó a varios departamentos a nivel nacional.

La vigilancia de Síndrome de Guillain Barré fue establecida en el año 2016, en base a la captación de complicaciones por la enfermedad del zika. Sin embargo, habiendo transcurrido varios años desde su implementación, se ha evidenciado un comportamiento diferente de la enfermedad, nuevos conocimientos y otros posibles agentes etiológicos circulantes en el Perú para el Síndrome de Guillain Barré, que han generado la necesidad de elaborar una Norma Técnica de Salud para la vigilancia epidemiológica de Síndrome de Guillain Barré con un enfoque epidemiológico y laboratorio integral.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica y de diagnóstico para la detección temprana, investigación epidemiológica y monitoreo de brotes y de conglomerados de casos de Síndrome de Guillain Barré.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Establecer los procedimientos para la captación, registro, notificación, clasificación y análisis de casos de Síndrome de Guillain Barré.
- b) Estandarizar los procedimientos de investigación epidemiológica de casos de Síndrome de Guillain Barré.
- c) Establecer los procedimientos de obtención, conservación y transporte de muestras biológicas para el diagnóstico etiológico de los casos de Síndrome de Guillain Barré.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales, de los Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud (EsSalud), de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, del Instituto Nacional Penitenciario; así como en los establecimientos de salud privados



que desarrollen actividades relacionadas a la materia del presente documento normativo.

IV. BASE LEGAL

- **Ley N° 26842**, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- **Ley N° 27867**, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, y sus modificatorias.
- **Ley N° 27972**, Ley Orgánica de Municipalidades, y sus modificatorias.
- **Ley N° 29733**, Ley de Protección de Datos Personales, y su modificatoria.
- **Decreto Legislativo N° 1161**, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- **Decreto Supremo N° 008-2017-SA**, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- **Decreto Supremo N° 003-2013-JUS**, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su modificatoria.
- **Resolución Ministerial N° 809-2019/MINSA**, que dispone que la Guía de Práctica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente de Síndrome de Guillain Barré, Guía en su versión corta del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, aprobada por Resolución Directoral N° 201-2018 DG-INCEN, es de cumplimiento obligatorio en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, de las Direcciones Regionales de Salud, de las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces a nivel regional, así como los establecimientos de salud privados y otros prestadores de salud que brinden atención en todo el país.
- **Resolución Ministerial N° 982-2016/MINSA**, que aprueba la NTS N° 125-MINSA/2016/CDC-INS, "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio de Dengue, Chikungunya, Zika y otras Arbovirosis en el Perú".
- **Resolución Ministerial N° 931-2014/MINSA**, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 059-MINSA/DGE-V.01 "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Poliomielitis / Parálisis Flácida Aguda"
- **Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA**, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece de Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, y su modificatoria.
- **Resolución Ministerial N° 545-2012/MINSA**, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 047-MINSA/DGE-V.01, "Notificación de Brotes, Epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública.



V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1.1. Brote:** Es el incremento o aparición inusual de casos del Síndrome de Guillain Barré (SGB) relacionados epidemiológicamente en un área geográfica delimitada, durante un periodo de tiempo. El incremento puede ser por encima de las incidencias históricas o un incremento sostenido de casos¹.

¹ Adaptado de la Directiva Sanitaria N° 047-MINSA/DGE-V.01, "Notificación de Brotes, Epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública", aprobada por Resolución Ministerial N° 545-2012/MINSA.

- 5.1.2. Conglomerados:** Agregación inusual de casos de SGB que están agrupados en tiempo y espacio².
- 5.1.3. Incremento inusitado de hospitalizados:** Aumento inesperado de hospitalizados por SGB por encima de las atenciones usuales en el establecimiento².
- 5.1.4. Caso autóctono:** Todo caso cuyo lugar probable de infección corresponde a un área de transmisión de la enfermedad³.
- 5.1.5. Caso importado:** Todo caso cuyo lugar probable de infección es diferente a la jurisdicción que notifica el caso³.
- 5.1.6. Cierre de base de datos:** Es el proceso de clasificación y actualización de los registros de las bases de datos de la vigilancia epidemiológica en forma anual, aplicando los criterios de clasificación por definición de caso³.
- 5.1.7. Criterios de Brighton para Síndrome de Guillain Barré:** Son criterios que se basan en la clínica y en pruebas complementarias, como los estudios neurofisiológicos y la punción lumbar, que permiten categorizar los casos del SGB en tres niveles: Nivel de certeza 1 (mayor certeza diagnóstica) al Nivel de certeza 3 (menor certeza diagnóstica). Estos criterios se han formulado para estandarizar la recopilación y evaluación de la información sobre el SGB⁴. **(Anexo N° 4)**
- 5.1.8. Estudio electrofisiológico:** Es un examen que permite realizar estudios de conducción nerviosa y evaluar la condición muscular en la persona⁵.
- 5.1.9. Inmunoglobulina M (IgM):** Proteínas séricas (anticuerpos) que se producen como respuesta inicial ante la presencia de componentes estructurales de un microorganismo⁶.
- 5.1.10. Inmunoglobulina G (IgG):** Proteínas séricas (anticuerpos) que se producen como respuesta tardía ante la presencia de componentes estructurales de un microorganismo⁶.
- 5.1.11. Investigación de caso:** Comprende todos los procedimientos de obtención de evidencia para confirmar o descartar una enfermedad o evento sujeto a vigilancia epidemiológica⁶.
- 5.1.12. Muestra biológica:** Cualquier material biológico de origen humano o animal (sangre y sus componentes, tejidos y líquidos tisulares, semen, orina u otras) susceptible de conservación, utilizada para el diagnóstico de laboratorio⁶.
- 5.1.13. Notificación:** Es la comunicación oficial que realiza el responsable de la vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces de cualquier unidad notificante, que haya detectado, recibido y verificado el evento sujeto a vigilancia epidemiológica³.
- 5.1.14. Notificación individual:** Es aquella notificación al sistema de vigilancia epidemiológica, que contempla datos nominales por cada individuo³.



² Adaptado del Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). Investigación epidemiológica de campo aplicación al estudio de brotes. Segunda Edición Revisada 2002.

³ Adaptado de la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, aprobada por Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA.

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Identificación y tratamiento del síndrome de Guillain-Barré en el contexto del brote de virus de Zika. 2016

⁵ Adaptado de la Guía de Práctica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente de Síndrome de Guillain Barré, Guía en su versión corta del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, aprobada por Resolución Directoral N° 201-2018 DG-INCEN, que es de cumplimiento obligatorio en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, de las Direcciones Regionales de Salud, de las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces a nivel regional, así como los establecimientos de salud privados y otros prestadores de salud que brinden atención en todo el país, conforme a lo dispuesto por Resolución Ministerial N° 809-2019/MINSA.

⁶ Adaptado de la NTS N° 125-MINSA/2016/CDC-INS, "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio de Dengue, Chikungunya, Zika y otras Arbovirosis en el Perú", aprobada por Resolución Ministerial N° 982-2016/MINSA.

- 5.1.15. qRT-PCR:** Técnica de diagnóstico molecular que permite la identificación del ARN de virus específicos⁶.
- 5.1.16. Red Nacional de Epidemiología (RENACE):** Se denomina así a la red constituida por todo el personal de los establecimientos de salud que realiza actividades de vigilancia epidemiológica en salud pública, investigación, evaluación y análisis de situación de salud; y que articula acciones con diferentes sectores para la prevención y el control³.
- 5.1.17. Síndrome de Guillain Barré:** Es un trastorno del sistema inmunitario, desencadenado por una infección viral o bacteriana. El síndrome de Guillain Barré se caracteriza por una progresión aguda de la debilidad muscular en las extremidades 1 a 2 semanas después de la infección viral o bacteriana, alcanza su déficit motor neurológico máximo en 2 a 4 semanas iniciado el cuadro neurológico⁷.
- 5.1.18. Seguimiento de caso:** Es el proceso de acompañamiento al paciente en una condición de salud determinada, con el fin de observar los cambios en el estado de salud o las variables relacionadas con la salud⁶.
- 5.1.19. Transmisión activa de zika:** Área con casos autóctonos confirmados a zika⁸.
- 5.1.20. Unidad notificante (UN):** Se denomina así a los establecimientos de salud designados oficialmente, que notifica en forma obligatoria y permanente enfermedades, eventos de vigilancia epidemiológica, brotes y otros eventos de importancia para la salud pública, al sistema de notificación de salud pública del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC)³.
- 5.1.21. Vigilancia epidemiológica por definición de caso de SGB:** Es la vigilancia basada en la evidencia clínica, epidemiológica y de laboratorio disponible del paciente que permite distinguir si corresponde a un caso sospechoso o confirmado del SGB³.
- 5.1.22. Vigilancia pasiva:** Actividad que se limita al envío de información al nivel inmediato superior en forma rutinaria y periódica sobre los eventos de vigilancia en salud pública establecidos a nivel nacional⁶.
- 5.1.23. Vigilancia activa:** En este tipo de vigilancia, el equipo de salud acude a la fuente de información para realizar una búsqueda intencional de un evento sujeto a vigilancia. Es una búsqueda directa de datos, incluye búsqueda en comunidad y revisión de registros del servicio de salud. Esta vigilancia permite la detección de los casos que no fueron captados en la notificación regular⁶.
- 5.1.24. Variantes clínicas del SGB:** Clasifican al SGB de acuerdo con su presentación en:
- Polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (siglas en ingles AIDP), Neuropatía axonal motora aguda (siglas en ingles AMAN), Neuropatía axonal sensorial motora aguda (siglas en ingles AMSAN) y, por último, el síndrome de Miller-Fisher⁷. Estos términos se utilizan en el **Anexo N°1** de la ficha clínico epidemiológica de la vigilancia del Síndrome de Guillain Barré.



⁷ Adaptado de Sejvar JJ, et al. Guillain-Barré syndrome and Fisher syndrome: case definitions and guidelines for collection, analysis, and presentation of immunization safety data. Vaccine. 2011 Jan 10;29(3):599-612.

⁸ Adaptado de National Travel Health Network and Centre. Definition for areas with active zika virus transmission amended, 2016

5.2 DEFINICIONES OPERATIVAS RELACIONADAS AL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ^{5,9}:

CASO SOSPECHOSO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ (nivel de certeza III).

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

***Nota:** Considerar variantes con debilidad facial bilateral y compromiso de movimientos oculares.*

CASO CONFIRMADO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ:

Caso sospechoso con al menos uno de los siguientes criterios:

- Disociación albumino citológica en Líquido Céfalorraquídeo (Cifra total de leucocitos < 50 células/μl y elevación de proteínas > 45 mg/dl).
- Estudio electrofisiológico compatible con SGB tomada entre la segunda y cuarta semana de inicio de la debilidad muscular.

***Nota:** Se considerará **nivel de certeza I** si tiene ambas pruebas y **nivel de certeza II** si sólo cuenta con una de ellas.*

La punción lumbar debe realizarse antes de la administración de inmunoglobulina; si fue obtenida durante el tratamiento y el resultado no muestra la disociación albumino citológica, opcionalmente se puede obtener una segunda muestra en la segunda semana desde el inicio de la debilidad muscular.

CASO DESCARTADO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

Caso sospechoso que durante la investigación tiene otro diagnóstico que explique el cuadro clínico, o que no cumpla con la definición de caso. (**Anexo N°6**)

5.3 ACRÓNIMOS Y SIGLAS



ACRÓNIMOS Y SIGLAS	
SGB	Síndrome de Guillain Barré
CDC	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
IgM	Inmunoglobulina M
IgG	Inmunoglobulina G
INS	Instituto Nacional de Salud
qRT-PCR	Transcripción inversa de la reacción en cadena de la polimerasa

⁹ Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Acta de reunión de expertos para la validación de la definición de Síndrome de Guillain Barre, Lima 6 de noviembre del año 2019.

NTS N° 175 - MINSA/2021/ CDC
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE
SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN EL PERÚ

UN	Unidad notificante
ELISA	Ensayo por inmuno absorción ligado a enzimas
LCR	Líquido céfalo raquídeo
LRR	Laboratorio de Referencia Regional
LRN	Laboratorio de Referencia Nacional
NETLAB	Sistema de Información electrónico de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.
DIRESA	Dirección Regional de Salud
GERESA	Gerencia Regional de Salud
DIRIS	Dirección de Redes Integradas de Salud
RENACE	Red Nacional de Epidemiología
NOTISP	Notificación en Salud Pública
MINSA	Ministerio de Salud

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE CASOS

- 6.1.1.** Están obligados los profesionales de la salud, técnicos y auxiliares que laboran en los establecimientos de salud, institutos de salud especializados o centros de investigación en salud a informar inmediatamente los casos sospechosos o confirmados de SGB atendidos en el establecimiento de salud o captados durante una investigación científica al responsable de epidemiología o el que haga sus veces en el establecimiento de salud, DIRIS/ DIRESA/GERESA.
- 6.1.2.** Todo paciente con debilidad muscular aguda identificado en un establecimiento de salud del primer nivel de atención debe ser referido a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive (hospitales, clínicas e institutos especializados en neurología) de acuerdo con la normativa vigente, para su evaluación y tratamiento. Identificado el caso sospechoso de SGB, los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive realizan el ingreso de información al sistema de notificación de vigilancia del SGB de la NOTISP.
- 6.1.3.** Todo profesional médico que identifique un caso sospechoso del SGB durante la atención en consultorios externos debe llenar la ficha de investigación clínico epidemiológica de la vigilancia del SGB (**Anexo N° 1**) y comunicar inmediatamente al personal responsable de la oficina de epidemiología o la que haga sus veces en



la institución para el respectivo registro al sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP.

- 6.1.4.** En los casos de SGB en menores de 15 años, el profesional médico adicionalmente llenará la ficha de parálisis flácida aguda de la Directiva Sanitaria N° 059- MINSA/DGE V.01 "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Poliomieltitis/Parálisis Flácida Aguda", aprobada por Resolución Ministerial N° 931-2014/MINSA o la que haga sus veces. Asimismo, se le debe garantizar la notificación y la toma de muestra de heces respectiva, de acuerdo con la precitada Directiva Sanitaria.
- 6.1.5.** El flujo y proceso de notificación se realiza a través de la RENACE, siguiendo lo establecido en la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, aprobada por Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA o la que haga sus veces.
- 6.1.6.** El personal de epidemiología de los hospitales, institutos especializados o clínicas que captan el caso del SGB deben ingresar obligatoriamente la información en la NOTISP en 2 momentos:
- Primero: Registrar en el sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP, donde se completan datos de la ficha de investigación clínico epidemiológica de la vigilancia del SGB (**Anexo N° 1**). Previa validación del DNI, se deben llenar los datos del paciente, datos epidemiológicos, evaluación clínica, de laboratorio, de evolución y clasificación (**Anexo N° 2**).
 - Segundo: Actualizar la información de datos del paciente en el sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP hasta el alta del paciente (**Anexo N° 2**).
- 6.1.7.** En aquellos casos referidos a los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive (hospitales, clínicas e institutos especializados en neurología), antes de la notificación en el sistema de la vigilancia del SGB de la NOTISP, el personal de epidemiología debe verificar previamente si el caso fue notificado en el precitado sistema. Si el caso ya estuviera notificado, se llenan datos de la segunda hospitalización, se completan datos faltantes o actualizan datos en el sistema de notificación, como antecedentes epidemiológicos, evaluación clínica del especialista, resultados de laboratorio, evolución y clasificación. La actualización de la información del caso se debe realizar hasta el alta del paciente.
- 6.1.8.** La información del sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP debe ser actualizada según los hallazgos durante la investigación del caso del SGB (antecedentes epidemiológicos, evaluación clínica al ingreso, en la atención de referencia, tratamiento y evolución final al alta del caso).
- 6.1.9.** Es responsabilidad del personal de epidemiología o el que haga sus veces en las GERESA/DIRESA/DIRIS realizar el monitoreo del cumplimiento de la notificación de los casos del SGB al sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP y la actualización de la información por sus unidades notificantes.



- 6.1.10.** Cuando el caso sea referido, el monitoreo para el llenado completo de la información al sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP hasta el alta del caso es de responsabilidad compartida del personal de epidemiología donde se encuentra hospitalizado el caso y de la primera UN.
- 6.1.11.** El responsable de epidemiología del establecimiento de salud que notifica el caso al sistema de la vigilancia del SGB de la NOTISP debe realizar el control de calidad del llenado de la ficha de investigación clínico epidemiológica de la vigilancia del SGB, antes de la notificación y realizar el control de calidad de los datos de la base antes del análisis de la información. Asimismo, debe seguir el flujo de notificación de acuerdo con lo establecido en la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, aprobada por Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA o la que haga sus veces.
- 6.1.12.** Para fines de registro, se adopta la siguiente nomenclatura CIE10 para la notificación semanal en la vigilancia epidemiológica:
- G61.0 Síndrome de Guillan Barré.
- 6.1.13.** En situación de conglomerado o brote, la notificación de casos se realiza en forma diaria, desde el momento en que se declara el conglomerado o brote y el tiempo que dure y es responsabilidad del personal de epidemiología o el que haga sus veces en los establecimientos de salud. Cuando no se cuente con este personal de epidemiología, el nivel inmediato superior asume la responsabilidad y realiza las coordinaciones necesarias para garantizar el proceso de notificación.
- 6.1.14.** Todo caso fallecido por el SGB debe ser notificado inmediatamente al sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP.
- 6.1.15.** Si el paciente cumpliera con la definición de caso del SGB con asociación probable a zika (**Anexo N° 7**), se debe realizar el llenado de la ficha de investigación clínico epidemiológica de la vigilancia del SGB (**Anexo N° 1**), toma de muestra para zika en el LCR, orina para RT-PCR y suero para anticuerpos IgM, registro en el sistema de la vigilancia del SGB de la NOTISP, llenando la fecha de toma de muestra y realizando la clasificación para zika. Se debe realizar el seguimiento de los resultados para la reclasificación final.
- 6.1.16.** Durante el proceso de la vigilancia epidemiológica se debe garantizar la estricta confidencialidad de los datos personales del paciente, utilizándose solamente los datos estadísticos para el análisis de la información.
- 6.1.17.** Toda persona, institución o centros de investigación, públicos o privados, que desee hacer uso de las bases de vigilancia epidemiológica del SGB para fines de investigación científica, debe solicitar autorización al CDC del Ministerio de Salud (MINSA).
- 6.1.18.** Todo hallazgo relevante sobre el SGB asociado a la identificación de incremento de casos, brotes, etiologías emergentes o reemergentes, determinantes de riesgo para SGB a nivel nacional producto de una investigación científica del sector



público o privado debe ser informado inmediatamente al CDC del MINSA para las acciones de intervención inmediatas.

6.2 INVESTIGACIÓN Y SEGUIMIENTO:

- 6.2.1** En el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive (hospitales, clínicas e institutos especializados en neurología), debe identificarse un equipo multidisciplinario que permita la atención oportuna del paciente y la vigilancia del SGB. Este equipo debe incluir profesionales médicos de las especialidades de neurología o medicina interna o infectología o medicina intensiva, el responsable del área de epidemiología y personal de laboratorio.
- 6.2.2** Todo caso sospechoso o confirmado del SGB debe ser investigado dentro de las 48 horas de notificado, utilizando la ficha de investigación clínico epidemiológica de la vigilancia del SGB (**Anexo N° 1**).
- 6.2.3** En la investigación clínico epidemiológica del caso del SGB se debe incluir una anamnesis completa, examen neurológico minucioso por el médico o especialista, examen de laboratorio (punción lumbar para el estudio citoquímico en LCR y muestras de laboratorio para determinar agente etiológico) y electromiografía.
- 6.2.4** Se debe realizar durante la investigación epidemiológica del caso del SGB, la investigación de los antecedentes de enfermedades respiratorias, digestivas agudas, infección viral o bacteriana, síndrome febril, exantema, exposición a órganos fosforado o metales pesados, 4 semanas antes del inicio de la debilidad muscular. Asimismo, se debe indagar antecedentes de enfermedades respiratorias, digestivas o casos del SGB en el entorno familiar o entorno cercano.
- 6.2.5** La punción lumbar debe ser realizada antes de la administración de inmunoglobulina; si la muestra de LCR fue obtenida durante el tratamiento y el resultado fuera negativo, opcionalmente se recomienda obtener una segunda muestra a partir de la segunda semana desde el inicio de la debilidad (**Tabla N°1**).
- 6.2.6** La evaluación electrofisiológica es realizada entre la segunda y cuarta semana de inicio de la debilidad muscular, debiendo ser realizada por un profesional médico entrenado. Los criterios electrofisiológicos se describen en el (**Anexo N° 5**).
- 6.2.7** La oficina de epidemiología del establecimiento de salud que realiza la investigación clínico epidemiológica del caso, debe quedarse con la ficha de investigación clínico epidemiológica de la vigilancia del SGB (**Anexo N° 1**) original para la notificación del caso. La muestra biológica debe ser enviada al laboratorio local o referencial, de acuerdo con la capacidad diagnóstica, acompañada con una **fotocopia** de la ficha de investigación clínico epidemiológica de la vigilancia del SGB legible y con el visto bueno del responsable de epidemiología o quien haga sus veces.
- 6.2.8** Los laboratorios de los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive (hospitales, clínicas e institutos especializados en neurología) deben estar en la capacidad de procesar las muestras de LCR y reportar en el resultado la



descripción citológica y bioquímica (cifra total de leucocitos en células/ μ l y de proteínas en mg/dl). La programación de los insumos debe realizarse anualmente.

- 6.2.9** El médico tratante debe registrar en la historia clínica e informar a la oficina de epidemiología o la que haga sus veces la clasificación final del caso.
- 6.2.10** En caso de fallecimiento, se debe verificar primero que cumpla con la definición de caso sospechoso del SGB, evaluado por el personal médico o especialista; adicionalmente, se deben revisar los resultados de estudio de citoquímica del LCR o electromiografía para confirmar el caso. Posterior a ello, se debe verificar en la historia clínica y en el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) otras enfermedades, comorbilidad o diagnóstico que expliquen el deceso.
- 6.2.11** Para casos especiales de reclasificación final del caso sospechoso del SGB dentro del sistema de notificación, el CDC puede solicitar información necesaria para la reclasificación. Este proceso se realiza garantizando la estricta confidencialidad de los datos personales del caso.
- 6.2.12** En situación de brote o conglomerados de casos de SGB, el personal de epidemiología del establecimiento de salud y de las GERESA/DIRESA/DIRIS deben realizar lo siguiente:
- a) Notificar de manera inmediata todo brote o conglomerado o incremento inusual de casos identificados en la atención hospitalaria, siguiendo las disposiciones establecidas en la Directiva Sanitaria N° 047 MINSA/DGE V.01 "Notificación de brotes, epidemias y otros eventos de importancia en la Salud Pública", aprobada por Resolución Ministerial N° 545-2012/MINSA o la que haga sus veces.
 - b) Garantizar que la notificación de los casos nuevos se realice en forma diaria en el sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP.
 - c) Realizar la revisión diaria de casos sospechosos del SGB en salas de hospitalización (medicina, neurología, infectología), emergencia y cuidados intensivos. Ante un caso identificado, el médico tratante debe llenar la ficha de investigación clínico epidemiológica de la vigilancia del SGB (**Anexo N° 1**) y comunicar inmediatamente al personal responsable de la oficina de epidemiología del establecimiento de salud.
 - d) Verificar el cumplimiento de la definición de los casos de SGB, con el apoyo del profesional médico o especialista.
 - e) Actualizar la información de las variables obligatorias en el sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP para la generación de reportes diarios (hospitalizados, servicios, evolución, referencia, hospital de referencia, fallecidos, uso de ventilador, tratamiento y variables adicionales solicitadas por el CDC) (**Anexo N° 3**). Este reporte es enviado diariamente desde el establecimiento de salud notificante a la oficina de epidemiología de la GERESA/DIRESA/DIRIS y este a su vez al CDC.
 - f) Realizar durante la investigación epidemiológica del caso del SGB, la investigación de los antecedentes de enfermedades respiratorias, digestivas agudas, infección viral o bacteriana, síndrome febril, exantema, exposición a órganos fosforado o metales pesados, 4 semanas antes del inicio de la debilidad muscular. Asimismo, se debe indagar antecedentes de



enfermedades respiratorias, digestivas o casos del SGB en el entorno familiar o entorno cercano. Así como también identificar exposiciones comunes entre los casos del SGB notificados.

- g) Cuando se sospeche de una exposición en común entre los casos del SGB, se deben tomar muestras de laboratorio para determinar el agente etiológico, teniendo en cuenta la evaluación clínico epidemiológica de los casos. La muestra debe ser solicitada por el médico tratante o especialista y es tomada hasta confirmar el agente etiológico (**Tabla N° 1**).
- h) Para casos del SGB relacionados a zika, se debe considerar la definición de caso descrita en el (**Anexo N° 7**).
- i) Se considera cierre de brote o disminución del número de casos conglomerados, cuando el número de casos del SGB notificados se encuentra en lo esperado. El promedio de casos esperados se determina considerando los datos históricos de casos del SGB por cada región, provincia, distrito o localidad; en zonas nuevas, se considera el comportamiento de la tendencia de casos comparada con semanas previas.

6.2.13 Adicionalmente en situación de brote o conglomerados de casos de SGB, el personal de epidemiología de la GERESA/DIRESA/DIRIS debe realizar lo siguiente:

- a) Generar una alerta epidemiológica.
- b) Evaluar la factibilidad de la toma de muestras de LCR y electromiografía a la totalidad de los casos.
- c) Puede generar protocolos de investigaciones epidemiológicas para determinar el agente etiológico, según los antecedentes epidemiológico de los casos y la presentación del SGB.

6.3 PROCEDIMIENTOS SOBRE LA TOMA, ENVÍO DE MUESTRAS Y LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO DE LOS CASOS DEL SGB



- 6.3.1** Los laboratorios locales y regionales procesan muestras de acuerdo con su nivel de complejidad, utilizando los métodos validados y verificados por el INS.
- 6.3.2** La toma de muestra del caso del SGB se debe coordinar con el personal responsable de epidemiología y de laboratorio para la obtención, conservación y envío oportuno de la muestra al LRR, adjuntando la **copia legible** de la ficha de investigación clínico epidemiológica de la vigilancia del SGB (**Anexo N° 1**), visada por el epidemiólogo.
- 6.3.3** El responsable de laboratorio o quien haga sus veces en la DIRESA/GERESA/DIRIS debe realizar el monitoreo semanal de los resultados de las muestras tomadas e informar el resultado de las mismas al responsable de epidemiología o el que haga sus veces.
- 6.3.4** Toda muestra biológica obtenida durante la investigación en campo debe ser transportada en cajas térmicas que garanticen la conservación de la muestra, de acuerdo con la temperatura requerida.

- 6.3.5** Los laboratorios de los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive (hospitales, clínicas e institutos especializados en neurología) que envíen su muestra biológica al laboratorio del LRR para la detección del agente etiológico, deben enviarla dentro de las 24 horas luego de su obtención, en cajas térmicas que garanticen su conservación, según lo indicado en la **Tabla N° 1**.
- 6.3.6** En caso que los laboratorios de los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive (hospitales, clínicas e institutos especializados en neurología) no puedan enviar inmediatamente la muestra biológica al LRR o el LRR no pueda enviar inmediatamente la muestra biológica al INS, se debe conservar la muestra en un congelador con una temperatura de -10°C a -20°C no más de 3 días. Si no cuentan con este tipo de congelador, la muestra debe ser enviada inmediatamente garantizando la cadena de frío (2 a 8 °C).
- 6.3.7** En el caso de muestras fecales o hisopados rectales, las muestras se transportan en medio de transporte de Cary Blair. El laboratorio de los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive (hospitales, clínicas e institutos especializados en neurología) procesan las muestras mediante el cultivo microbiológico. En el caso que la muestra no pueda ser procesada dentro de las 2 horas, esta debe ser conservada a 2 a 8 °C.
- 6.3.8** En el caso de los aislamientos positivos de *Campylobacter* spp., estos son remitidas al LRN de Enteropatógenos del Centro Nacional de Salud Pública del INS para su confirmación y tipificación.
- 6.3.9** Los laboratorios de los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive (hospitales, clínicas e institutos especializados en neurología) deben estar en la capacidad de procesar las muestras de LCR y reportar en el resultado la descripción citológica y bioquímica (cifra total de leucocitos y de proteínas). La muestra de LCR para citoquímica es necesaria para la clasificación final de casos.



6.3.10 Muestra de LCR

- El personal de laboratorio debe obtener una muestra de LCR por punción lumbar en pacientes con compromiso neurológico agudo durante el primer contacto con el paciente.
- Colectar como mínimo 2 ml de LCR en un recipiente estéril con tapa (vial).
- Rotular adecuadamente consignando los datos de paciente, colocando los apellidos y nombres, edad y fecha de obtención de la muestra.
- Tapar herméticamente y proceder a refrigerarlo (2 a 8°C) hasta su envío.
- Enviar desde el nivel local las muestras dentro de las 24 horas luego de su obtención al LRR de su jurisdicción en cajas térmicas que garanticen la conservación de la muestra (a temperatura por debajo de + 8 °C), para las pruebas respectivas.

Tabla N° 1 Criterio para la obtención, conservación y transporte de muestras para Síndrome de Guillain Barré

Muestra	Prueba	Patógeno	Cantidad	Tiempo de enfermedad para la toma de muestra	Medio de transporte	Conservación	Nivel de laboratorio	Tiempo de resultados
Heces	Cultivo de Enterovirus	Enterovirus	10 gr	Hasta 30 días	No requiere	2 a 8 °C	INS	30 días
	PCR Enterovirus	Enterovirus		Hasta 30 días	No requiere	2 a 8 °C	INS	3 días
	Cultivo/PCR <i>Campylobacter</i>	<i>Campylobacter</i>		24 horas	No requiere	2 a 8 °C	INS, LRR, establecimiento de salud con capacidad diagnóstica	7 días
Hisopado rectal	Cultivo/PCR <i>Campylobacter</i>	<i>Campylobacter</i>	2 tubos	24 horas	Cary blair	Ambiente	INS, LRR, establecimiento de salud con capacidad diagnóstica	7 días
LCR	Citoquímico de LCR**		1 mL	Al inicio del cuadro clínico	No requiere	2 a 8 °C	Hospital	2 horas
	Cultivo Enterovirus	Enterovirus	2 mL	Hasta 7 días	No requiere	2 a 8 °C	INS	30 días
	PCR Enterovirus	Enterovirus		Hasta 7 días	No requiere	2 a 8 °C	INS	3 días
	Cultivo viral	Zika		Hasta 7 días	No requiere	2 a 8 °C	INS	30 días
	qRT-PCR	Zika	1 mL	Hasta 7 días	No requiere	2 a 8 °C	INS, LRR, establecimiento de salud con capacidad diagnóstica	3 días
	ELISA IgM	Zika		Hasta 7 días	No requiere	2 a 8 °C	INS, LRR, establecimiento de salud con capacidad diagnóstica	3 días
	TAAN	Panel meningitis	0.5 mL	Hasta 7 días	No requiere	2 a 8 °C	INS, Hospitales de Nivel III e institutos especializados	24 horas
Hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo	qRT-PCR	Influenza A, B y subtipos, SARS-CoV-2	3 mL	Hasta 10 días después de cuadro respiratorio febril (38°C)	Medio de transporte viral	2 a 8 °C	INS, LRR, establecimiento de salud con capacidad diagnóstica	3 días
Suero	ELISA IgM	Zika	2 mL	No aplica	No requiere	2 a 8 °C	INS, LRR, establecimiento de salud con capacidad diagnóstica	3 días
Orina	qRT-PCR	Zika	2 mL	Hasta 7 días	No requiere	2 a 8 °C	INS, LRR, establecimiento de salud con capacidad diagnóstica	3 días

NOTA: * Laboratorios regionales con capacidad diagnóstica, **La muestra de LCR para citoquímica es necesaria para la clasificación final de casos. La solicitud de la prueba debe ser registrada en la ficha clínico epidemiológica de síndrome de Guillain Barré. **La ficha original** es de manejo del área de epidemiología y **la copia** de la ficha de manejo del área de laboratorio.

LCR: Líquido cefalorraquídeo; **PCR:** reacción en cadena de la polimerasa; **qRT-PCR:** Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa en tiempo real; **ELISA:** Ensayo por inmunoadsorción ligado a enzimas; **TAAN:** Pruebas de amplificación de ácidos nucleicos; **INS:** Instituto Nacional de Salud; **LRR:** Laboratorio de Referencia Regional.

Fuente: Instituto Nacional De Salud. Manejo de muestras para pacientes con SGB



6.3.11 Muestra de heces

- El personal de laboratorio debe obtener la muestra de heces inmediatamente y hasta dentro de las 24 horas de ser hospitalizado el caso y seguir los siguientes pasos:
- Se rotula el frasco con el nombre del paciente, edad, fecha y hora de obtención de la muestra de heces fecales (Alternativamente, se realiza el hisopado a partir de las heces fecales obtenidas e introduce en el medio de transporte Cary Blair), luego se introduce el frasco en una bolsa con cierre hermético para evitar el derrame accidental del material y enviarlo inmediatamente al laboratorio del establecimiento de salud donde se hospitaliza el caso. Se adjunta a la muestra la ficha de investigación clínico epidemiológica de la vigilancia del SGB.
- La cantidad de muestra a obtener es de 10 gramos de heces (El tamaño de un pulgar de hombre adulto; si es líquida, como 2 cucharadas de sopa) y colocarla en un frasco de tapa rosca limpio (sin conservantes) con la ayuda de una espátula o baja lengua descartable.
- En caso de que no se pueda obtener la muestra, en los menores de un año se estimula el esfínter anal con un hisopo estéril y se espera a que se produzca la deposición en un pañal descartable colocado al revés.
- Se pueden colectar 2 muestras consecutivas de heces.

6.3.12 Suero sanguíneo

- En el primer contacto con el paciente se extrae 5 ml de sangre venosa sin anticoagulante.
- Dejar en reposo entre 30 a 60 minutos, centrifugar a 2500 revoluciones por minuto por 10 minutos.
- Trasvasar el suero a un criovial estéril.
- Rotular el criovial con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra y procedencia.
- Proceder a refrigerarlo (2 a 8°C) hasta su envío.
- Enviar al laboratorio en refrigeración (2 a 8°C) empleado un sistema de triple embalaje.

6.3.13 Muestra de orina (para investigación de zika)

- En mujeres, recolectar la orina del chorro medio (descartar los primeros mililitros) previa higiene del área periuretral con agua jabonosa y enjuagar con agua fría, previamente hervida. En varones, la recolección de la muestra del chorro medio de orina es suficiente, sin requerir agua jabonosa.
- Contar con recipiente estéril de boca ancha para la colección de orina (capacidad del recipiente de al menos 50ml).



- Previa a la obtención de muestra, se debe realizar higiene genital con agua y jabón alrededor del meato urinario. Se obtiene preferiblemente la muestra de orina del "chorro medio". En el caso de mujeres, separar suavemente los labios externos con los dedos antes de miccionar.
- Rotular adecuadamente consignando los datos de paciente, colocando los apellidos y nombres, edad y fecha de obtención de la muestra.
- Al recepcionar la muestra de orina, debe ser trasvasada a un criovial de 2 ml.
- El criovial es tapado herméticamente, el mismo que es rotulado con los datos del primer recipiente y se procede a congelar a -20°C hasta su envío.
- Enviar las muestras dentro de las 24 horas luego de su obtención al LRR en cajas térmicas que garanticen la conservación de la muestra (a temperatura por debajo de +8 °C).
- Para el caso de infantes, se debe obtener la muestra de orina con recolector de muestra para infantes. Una vez obtenida la muestra, colocarla en un recipiente estéril, rotular los datos del paciente y la fecha de obtención de la muestra; y, proceder a congelar hasta su envío.

6.3.14 Muestra de hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo

- Empleando un tubo con 3 ml de medio de transporte para virus (MTV) estéril y 2 hisopos de dacrón, rayón o poliéster con mango de plástico. Rotular debidamente el tubo.
- Deben obtenerse 2 muestras; un hisopo para secreción nasofaríngea y otro hisopo para la secreción orofaríngea.
- Para obtener la secreción nasofaríngea se procede a sentar al paciente e inclinar hacia arriba la cabeza para introducir suavemente el hisopo por la fosa nasal, paralelamente al septum nasal y al paladar, hasta llegar a la nasofaringe.
- Luego se retira cuidadosamente el hisopo realizando movimientos rotatorios y frotando a fin de captar células infectadas. Colocar el hisopo en el interior del tubo con MTV, sujetar el hisopo para cortar y desechar el extremo sobrante, para luego cerrar inmediatamente el tubo y mantenerlo a temperatura de 2 a 8°C.
- Para obtener la secreción orofaríngea, se emplea el segundo hisopo; se pide al paciente que levante la cabeza, abra la boca y que saque la lengua.
- Con ayuda de una bajalengua presionar la lengua e introducir el hisopo para frotar con firmeza la pared posterior de la orofaringe a fin de obtener células infectadas, evitando tocar la úvula para no provocar arcadas y el vómito, también evitar tocar las amígdalas para disminuir la contaminación por bacterias.
- Este segundo hisopo con muestra debe ser colocado en el mismo tubo con MTV en el que se colocó la muestra nasofaríngea, asegurando mantener el extremo con la muestra



en el interior del medio, sujetar el mango del hisopo y romper el extremo sobrante para desecharlo, cerrar inmediatamente el tubo y mantenerlo a 2 a 8°C.

- Si van a ser transportados los tubos con muestra, debe hacerse en refrigeración o hielera con refrigerantes hasta su procesamiento en el laboratorio.

6.4 CLASIFICACIÓN DE CASOS Y CONTROL DE CALIDAD

- 6.4.1** Es responsabilidad del personal de epidemiología o quien haga sus veces en la GERESA/DIRESA/DIRIS hasta el nivel de establecimiento de salud realizar el seguimiento de los resultados citoquímicos del LCR y/o electromiografía para su clasificación final del caso del SGB.
- 6.4.2** Todo caso sospechoso notificado en el sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP debe ser reclasificado como confirmado o descartado, considerando los criterios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio en un plazo de 4 semanas de notificado el caso. Los casos que no cuenten con muestras de LCR para estudio de citoquímica o electromiografía deben tener obligatoriamente una evaluación neurológica y cumplir con la definición de caso sospechoso (Nivel 3 de certeza diagnóstica para SGB).
- 6.4.3** Cuando el caso sea referido, el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive (hospitales, clínicas e institutos especializados en neurología) debe realizar la clasificación final del caso. Las UNs deben coordinar permanentemente para el cumplimiento de la clasificación.
- 6.4.4** Si el caso tuviera una muestra positiva a zika, se debe registrar el sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP y también en el sistema de notificación de la vigilancia de arbovirosis con el Código U06.9 zika o U06G zika en gestantes según corresponda, de acuerdo con la NTS N° 125-MINSA/2016/CDC-INS. "Norma Técnica de Salud para la vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio de dengue, chikungunya, zika y otras arbovirosis en el Perú", aprobada por Resolución Ministerial N° 982-2016/MINSA o la que haga sus veces.
- 6.4.5** Es responsabilidad del personal de epidemiología del establecimiento de salud quien notifica el caso al sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP, hacer seguimiento a los resultados de muestras de laboratorio del LCR para citoquímica y muestras para determinar agentes etiológicos, los mismos que deben ser registrados en el sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP.
- 6.4.6** El personal de epidemiología del establecimiento de salud, GERESA/DIRESA/DIRIS es responsable del monitoreo y control de calidad de los datos notificados de su jurisdicción en la base del sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP.
- 6.4.7** Es responsabilidad del personal de epidemiología o quien haga sus veces en el establecimiento de salud quien notifica el caso, verificar la base de datos para evitar duplicidad de casos en el sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP.
- 6.4.8** Para casos especiales de reclasificación final del caso sospechoso del SGB, el CDC puede emitir opinión técnica y reclasificar en el sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP de la GERESA/DIRESA/DIRIS a partir de la información reportada, en



coordinación con el responsable de epidemiología o la que haga sus veces en la GERESA/DIRESA/DIRIS.

6.5 ANALISIS Y GENERACIÓN DE REPORTES:

- 6.5.1** El análisis de la información se debe incluir en la sala situacional del establecimiento de salud, DIRIS/DIRESA/GERESA, considerando las variables: Tiempo (casos por semana epidemiológica comparativo entre años), espacio (localidades y distritos afectados) y persona (grupo etario, género, antecedentes epidemiológicos de enfermedades previas, características del cuadro clínico y resolución de enfermedad).
- 6.5.2** La información referida al brote o conglomerado debe ser actualizada diariamente en la sala situacional del establecimiento de salud, DIRIS/DIRESA/GERESA, y se debe incluir información de la caracterización del brote, vigilancia, atención de casos, resultados de laboratorio, actividades de promoción de la salud y comunicación. Las oficinas o direcciones responsables de la información requerida en la GERESA/DIRESA/DIRIS hasta el nivel de establecimiento de salud deben proporcionar la información al área de epidemiología para la consolidación en la sala situacional.
- 6.5.3** El responsable epidemiología de la GERESA/DIRESA/DIRIS o quien haga sus veces, en cuya jurisdicción ocurre el brote o conglomerado, elabora o coordina con el personal de epidemiología del nivel local o quien haga sus veces los siguientes informes: Informe inicial al momento de identificado el brote, informe de seguimiento y un informe final (alta de brote) según lo establecido en la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V01 que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en Salud Pública, aprobada por resolución N° 506-2012/MINSA o la que haga sus veces.



6.6 INDICADORES DE MONITOREO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

Indicador	Descripción	Construcción	Evaluación o logro alcanzado (%)
Clasificación de casos	Casos sospechosos clasificados como confirmados cumpliendo con la definición de caso	Número de casos confirmados por definición de caso / Total de casos sospechosos del SGB X 100	Óptimo >90 a 100 Bueno = 81 a 90 Regular = 70 a 80 Débil = < 70
Llenado de datos al sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP	Fichas clínico epidemiológica de la vigilancia del SGB completas (Incluye variables de antecedentes, examen clínico, de laboratorio y evolución)	Número variables llenadas en la ficha/ Total de variables de la ficha X 100	Óptimo >90 a 100 Bueno = 81 a 90 Regular = 70 a 80 Débil = < 70

Casos con muestras de Líquido cefalorraquídeo y electromiografía	Casos a los cuales se les realizó toma de Líquido cefalorraquídeo (con resultado citoquímico) y electromiografía en los tiempos indicados	Número de casos con muestras Líquido Cefalorraquídeo y/o electromiografía / Total de casos sospechosos notificados en sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP X 100	Óptimo >90 a 100 Bueno = 81 a 90 Regular = 70 a 80 Débil = < 70
Brotos o conglomerado o Incremento inusual de hospitalizados por SGB en el sistema integrado epidemiológico - notificación de brotes, emergencias y desastres (SIEpi) oportuna	Brotos o conglomerado o Incremento inusual de hospitalizados por SGB oportunamente registrados en el SIEpi dentro de las 48 horas.	Fecha de notificación menos fecha de conocimiento del brote	Óptimo < 48 horas Débil > 48 horas

6.7 DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA TÉCNICA DE SALUD

6.7.1 Corresponde al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades:

- Monitoreo, adecuación y mejoramiento del sistema notificación epidemiológica del SGB.
- Realizar el análisis de la información de la vigilancia epidemiológica del SGB a nivel nacional.
- Supervisar la implementación de las medidas correctivas sugeridas durante las supervisiones para el cumplimiento de la presente Norma técnica sanitaria en el ámbito de su competencia.



6.7.2 Corresponde al Instituto Nacional de Salud:

- Realizar las pruebas diagnósticas relacionadas a la identificación de los posibles agentes etiológicos del SGB.
- Reportar los resultados de las pruebas realizadas a través del sistema NetLab.
- Capacitar al personal de laboratorio de los LRR en los aspectos relacionados a la obtención, conservación y procesamiento de muestras.
- Supervisar, monitorear y realizar control de calidad de los procedimientos diagnósticos realizados por los LRR.
- Brindar asistencia técnica a los LRR de las GERESA/DIRESA/DIRIS, de acuerdo con su competencia.

6.8 FINANCIAMIENTO DE LA VIGILANCIA

Las actividades de vigilancia epidemiológica son financiadas por el presupuesto institucional de cada GERESA/DIRESA/DIRIS, así como de cada establecimiento de salud.

VII. RESPONSABILIDADES

7.1 NIVEL NACIONAL:

EL Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades es responsable de la difusión de la presente NTS hasta el nivel regional, así como de brindar asistencia técnica y supervisar su cumplimiento.

7.2 NIVEL REGIONAL:

Las GERESA/ DIRESA y las DIRIS de Lima Metropolitana o las que hagan sus veces, son responsables de la difusión implementación, monitoreo y supervisión del cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud en los establecimientos de salud de sus respectivas jurisdicciones.

7.3 NIVEL LOCAL:

Los directores o jefes de los establecimientos de salud públicos y privados son los responsables de la implementación y aplicación de la presente Norma Técnica de Salud.

VIII. ANEXOS

Anexo N°1 Ficha de investigación clínico epidemiológica de la vigilancia del Síndrome de Guillain Barré

Anexo N°2 Flujograma para la vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio del Síndrome de Guillain Barré

Anexo N° 3 Reporte diario en situación de brotes o conglomerados del Síndrome de Guillain Barré

Anexo N°4 Criterios de Brighton para la definición de caso del Síndrome de Guillain Barré

Anexo N° 5 Criterio de desmielinización - electrofisiología

Anexo N° 6 Diagnóstico diferencial que excluyen del Síndrome de Guillain Barré

Anexo N° 7 Síndrome de Guillain Barré asociado a zika



NTS Nº 175 - MINSA/2021/ CDC
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE SÍNDROME DE
GUILLAIN BARRÉ EN EL PERÚ

PERÚ		Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		ANEXO Nº 1 Ficha de investigación Clínico Epidemiológica de la Vigilancia del Síndrome Guillain Barré (código CE10: G61.0)																																		
I. DATOS GENERALES				1. Fecha de Investigación:																																		
2. DIRESA/GERESA/DIRIs:		3. Red/ Micro Red																																				
4. Establecimiento De Salud Notificante																																						
II. DATOS DEL PACIENTE				5. H.Clinica Nº																																		
6. A. Paterno		A. Materno		Nombres																																		
7. D.N.I.		8. Fecha de Nacimiento																																				
9. Edad		10. Sexo ☐ M ☐ F		11. Gestante ☐ SI ☐ NO																																		
12. Peso kg																																						
13. Departamento		14. Provincia		15. Distrito																																		
16. Localidad		17. Dirección																																				
18. Ocupación		19. Teléfono del paciente o familiar		Nacionalidad																																		
III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS																																						
20. ¿Dónde estuvo las últimas 4 semanas previas al inicio de la debilidad muscular?																																						
21. País		22. Departamento		23. Provincia																																		
24. Distrito		25. Localidad		26. Dirección																																		
27. Antecedentes de enfermedad dentro de las 4 semanas previas del inicio de la debilidad muscular (Marcar con "X" y llenar datos)																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Infección de vías respiratorias altas</td> <td>☐</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Infección gastrointestinal</td> <td>☐</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Fiebre (Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$)</td> <td>☐</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Exantema</td> <td>☐</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> <td>☐</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			Si	Fecha	Infección de vías respiratorias altas	☐		Infección gastrointestinal	☐		Fiebre (Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$)	☐		Exantema	☐		Otros:	☐		Enfermedad crónica: HTA ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Asma ☐ Otros:																		
	Si	Fecha																																				
Infección de vías respiratorias altas	☐																																					
Infección gastrointestinal	☐																																					
Fiebre (Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$)	☐																																					
Exantema	☐																																					
Otros:	☐																																					
Riesgo intoxicación: Metales pesados () Organofosforado ()																																						
28. Antecedente de vacunación previa dentro de las 4 semanas al inicio de debilidad muscular: Si ☐																																						
Influenza estacional ☐ difteria y tetanos (dT) ☐ Otra Fecha de vacuna																																						
29. Antecedentes de familiares o contactos cercanos que las últimas 4 semanas presentaron: Si ☐																																						
Infección gastrointestinal ☐ Infección vías respiratorias ☐ Debilidad muscular aguda ☐ Otros																																						
IV. EVALUACIÓN CLÍNICA (PERSONAL MEDICO O ESPECIALISTA)																																						
30. Fecha de inicio de debilidad muscular		31. Fecha de hospitalización		32. Servicio																																		
33. Características de la debilidad muscular (marque con x)																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debilidad</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Bilateralidad</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Simetría o relativamente simétrica</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Progresión:</td> <td>Ascendente ☐</td> <td>Descendente ☐</td> </tr> <tr> <td>Tono Muscular:</td> <td>Hipotónico ☐</td> <td>Normal ☐</td> </tr> <tr> <td>Reflejos Osteotendinosos disminuidos o ausente:</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Ataxia</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>compromiso de Nervios Craneales</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Anormalidad autonómica*</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Rigidez de Nuca</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>							Si	No	Debilidad	☐	☐	Bilateralidad	☐	☐	Simetría o relativamente simétrica	☐	☐	Progresión:	Ascendente ☐	Descendente ☐	Tono Muscular:	Hipotónico ☐	Normal ☐	Reflejos Osteotendinosos disminuidos o ausente:	☐	☐	Ataxia	☐	☐	compromiso de Nervios Craneales	☐	☐	Anormalidad autonómica*	☐	☐	Rigidez de Nuca	☐	☐
	Si	No																																				
Debilidad	☐	☐																																				
Bilateralidad	☐	☐																																				
Simetría o relativamente simétrica	☐	☐																																				
Progresión:	Ascendente ☐	Descendente ☐																																				
Tono Muscular:	Hipotónico ☐	Normal ☐																																				
Reflejos Osteotendinosos disminuidos o ausente:	☐	☐																																				
Ataxia	☐	☐																																				
compromiso de Nervios Craneales	☐	☐																																				
Anormalidad autonómica*	☐	☐																																				
Rigidez de Nuca	☐	☐																																				
34. Fecha de evaluación neurológica																																						
35. Evaluación de la fuerza muscular																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Prox</th> <th>Dist</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Miembro Sup. Izq.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Miembro Sup. Der.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Miembro Inf. Izq.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Miembro Inf. Der.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>							Prox	Dist	Miembro Sup. Izq.	☐	☐	Miembro Sup. Der.	☐	☐	Miembro Inf. Izq.	☐	☐	Miembro Inf. Der.	☐	☐																		
	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 contracción - músculo paralizado 1 Contracción muscular sin desplazamiento 2 Movimiento sin vencer la gravedad 3 Movimiento completo solo contra resistencia leve 4 Movimiento completo contra gravedad y resistencia mod. 5 Movimiento completo contra gravedad y resistencia																																						
36. Evaluación de reflejos osteotendinosos																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Der.</th> <th>Izq.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reflejo Bicipital</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Reflejo Tricipital</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Reflejo Patelar</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Reflejo Aquileo</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>							Der.	Izq.	Reflejo Bicipital	☐	☐	Reflejo Tricipital	☐	☐	Reflejo Patelar	☐	☐	Reflejo Aquileo	☐	☐																		
	Der.	Izq.																																				
Reflejo Bicipital	☐	☐																																				
Reflejo Tricipital	☐	☐																																				
Reflejo Patelar	☐	☐																																				
Reflejo Aquileo	☐	☐																																				
Emplear la Escala 0 No hay respuesta + Hiporeflexia ++ Normoreflexia +++ Hiperreflexia ++++ Hiperreflexia con clonus																																						
37. Compromisos de los nervios craneales																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Facial Izq.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Facial Der.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>IX-X Izq.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>IX-X Der.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>							SI	NO	Facial Izq.	☐	☐	Facial Der.	☐	☐	IX-X Izq.	☐	☐	IX-X Der.	☐	☐																		
	SI	NO																																				
Facial Izq.	☐	☐																																				
Facial Der.	☐	☐																																				
IX-X Izq.	☐	☐																																				
IX-X Der.	☐	☐																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trigémino Izq.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Trigémino Der.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>III-IV-VI Izq.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>III-IV-VI Der.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>							SI	NO	Trigémino Izq.	☐	☐	Trigémino Der.	☐	☐	III-IV-VI Izq.	☐	☐	III-IV-VI Der.	☐	☐																		
	SI	NO																																				
Trigémino Izq.	☐	☐																																				
Trigémino Der.	☐	☐																																				
III-IV-VI Izq.	☐	☐																																				
III-IV-VI Der.	☐	☐																																				
38. Escala de HUGHES al ingreso																																						
Grado 0 () Grado 1 () Grado 2 () Grado 3 () Grado 4 () Grado 5 () Grado 6 ()																																						
V. CLASIFICACION DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ																																						
39. SGB sospechoso		Nivel 3		40. SGB confirmado																																		
		Nivel 2 Nivel 1		41. SGB Descartado ☐																																		

Para caso SGB confirmado según criterios de certeza de Brighton:
Nivel de certeza 3: caso sospechoso con clínica (La notificación de todo caso sospechoso debe ser inmediata al personal de epidemiología y al sistema de vigilancia epidemiológica NOTISP)
Nivel de certeza 2: caso sospechoso con LCR compatible O estudio de electrofisiología compatible para SGB.
Nivel de certeza 1: caso sospechoso con LCR compatible Y estudio de electrofisiología compatible para SGB

*Anormalidad autonómica (incluye más de uno de los siguientes: Disfunción urinaria, disfunción rectal, disfunción rectal, hipertensión arterial (HTA), hipotensión, taquicardia sinusal, arritmia, hiponatremia, fiebre)

NTS N° 175 - MINSA/2021/ CDC
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN EL PERÚ

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

VI. EVOLUCION Y SEGUIMIENTO

42. Ingreso a UCI / / 43. Ventilación mecánica Si () No () Fecha inicio / / Fecha de destete / /

44. Fecha de referencia y lugar de referencia / /

45. Tratamiento:

Fecha de inicio de Plasmaféresis / / Número de sesiones

Fecha inicio Inmunoglobulina endovenosa / / Número frascos de tratamiento

46. Fecha de fallecimiento / / 47. Fecha del alta / / 48. Fecha de Alta voluntaria / /

49. Secuela al Alta ☐ Si ☐ No

50. Escala de Hughes al Alta (marque con un x)

Grado 0	
Grado 1	
Grado 2	
Grado 3	
Grado 4	
Grado 5	
Grado 6	

Clasificación funcional de Hughes
 0 Sin discapacidad
 1 Deambula en forma limitada, capaz de correr
 2 Capaz de caminar 5 metros sin ayuda
 3 Capaz de caminar 5 metros con ayuda
 4 Sin capacidad para realizar marcha, confinado en cama o silla
 5 Necesidad de ventilación mecánica
 6 Muerte

VII. EXAMENES DE LABORATORIO

51. Examen	Fecha Toma de muestra	Resultado
LCR: Si () No ()	/ /	Disociación albumino-citológica: Si () No ()
	/ /	Leuc.: células/µl Proteínas: mg/dl
	/ /	Agente identificado:
Electromiografía: Si () No ()	/ /	Compatible con SGB: Si () No ()
	/ /	Sub Tipo de SGB: Desmielinizante/AIDP () Axonal AMAN () Axonal AMSAN () Miller-Fisher SMF () Otros:.....
Heces: Si () No ()	/ /	Agente identificado:
Orina	/ /	Agente identificado:
Suero PCR	/ /	Agente identificado:
Suero IGM	/ /	Agente identificado:
Hisopado Nasofaríngeo	/ /	Agente identificado:

VIII SGB asociado a la infección del virus zika

52. Probable a zika ☐ Confirmado a zika ☐ Descartado a zika ☐

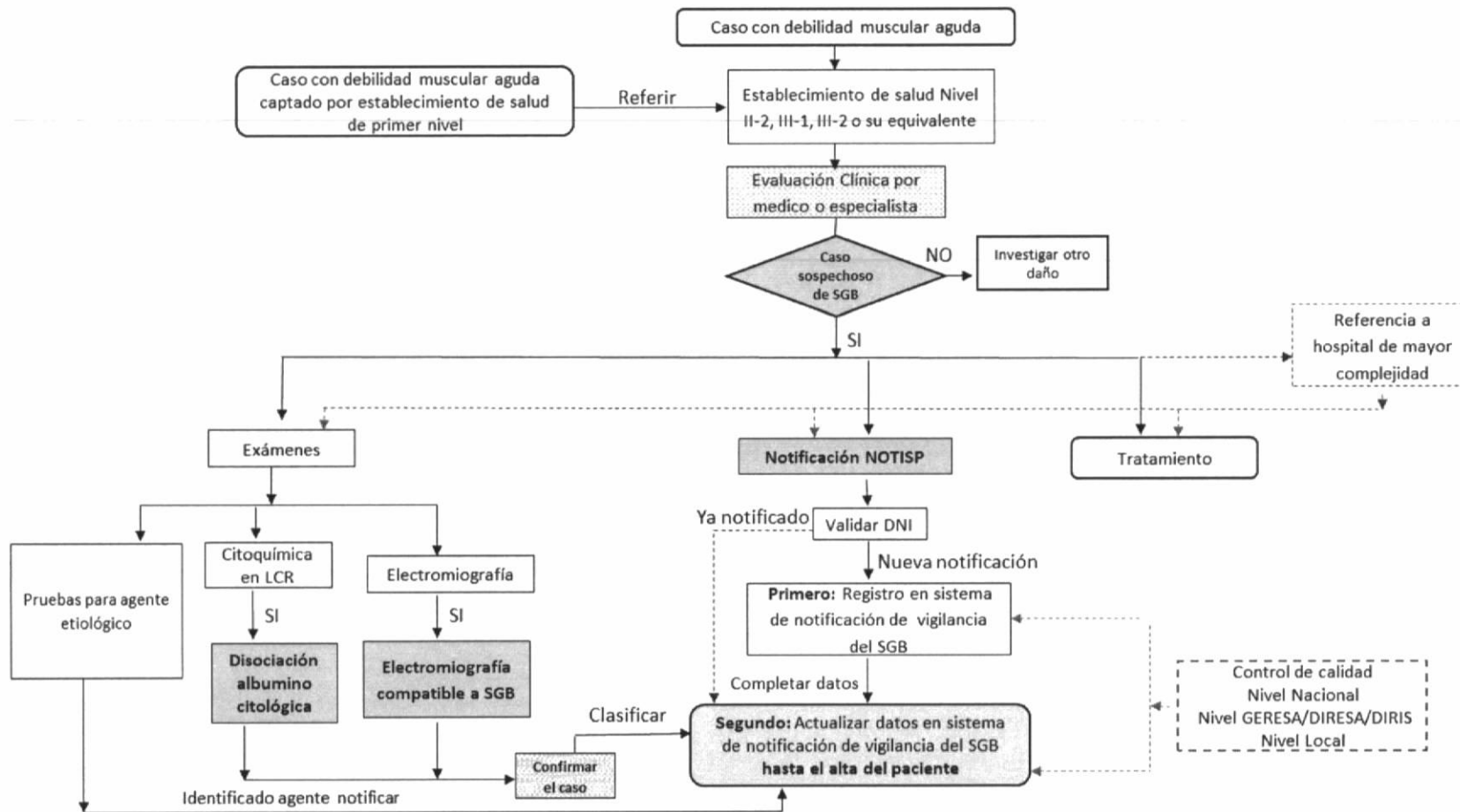
IX. OBSERVACIONES

X. INVESTIGADOR

Nombre del médico evaluador		
Nombre del Investigador		Firma y Sello
Cargo:		
Teléfono:		Firma y Sello

Todo menor de 15 años deberá adicionalmente contar con su muestra mínima de 10 gramos de heces para la vigilancia de Parálisis flácida SGB agudo desmielinizante (AIDP); SGB agudo axonal motora sensitiva aguda (AMSAN); SGB axonal motora aguda (AMAN) micro litros (µl), miligramos por decilitro (mg/dl)

ANEXO N°2 : FLUJOGRAMA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ



ANEXO N° 3

REPORTE DIARIO EN SITUACIÓN DE BROTES O CONGLOMERADOS DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

HOSPITAL	Sector al que pertenece (MINSA/ EsSalud, FFAA, Privado)	SEMANA EPIDEMIOLÓGICA	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	FECHA DE INICIO DE DEBILIDAD MUSCULAR	FECHA DE HOSPITALIZACIÓN	NOMBRE DEL HOSPITAL QUE NOTIFICA	TIPO DE DIAGNÓSTICO		SERVICIO	ALTA	FALLECIDO	REFERENCIA	HOSPITAL DE REFERENCIA	RECIBIO VENTILACIÓN MECÁNICA	RECIBIO TRATAMIENTO PASMAFÉRESIS	RECIBIO TRATAMIENTO INMUNOGLOBULINA
								SOSPECHOSO (Nivel de certeza 3)	CONFIRMADO (Nivel de certeza 1 y/o 2)								

Nota: La información es generada a través del sistema de notificación de la vigilancia del SGB de la NOTISP



ANEXO N° 4

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

Nivel 3 de certeza diagnóstica	Nivel 2 de certeza diagnóstica	Nivel 1 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 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 a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; y, Ausencia de diagnóstico para la debilidad; y, Cifra total de leucocitos en el Líquido céfalo raquídeo < 50 células/μl (con o sin elevación del líquido céfalo raquídeo (LCR) por encima del valor normal del laboratorio); o bien, Estudios electrofisiológicos compatibles a SGB en caso de que no se hayan obtenido muestras del 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 a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; y, Ausencia de diagnóstico para la debilidad; y, Disociación citoalbuminica (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 al SGB



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Identificación y tratamiento del síndrome de Guillain-Barré en el contexto del brote de virus de Zika. 2016

ANEXO N°5

CRITERIOS DE DESMIELINIZACIÓN - 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:
 - Menor del 80% del límite inferior de la normalidad (LIN) si la amplitud es mayor del 80% del LIN.
 - Menor del 70% del LIN si la amplitud es menor del 80% del LIN.
- 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.
- Dispersión temporal: más del 15% de cambio en la duración del potencial entre la estimulación proximal y distal.
- Latencias distales prolongadas:
 - Latencia mayor que el 125% del límite superior de la normalidad (LSN) si la amplitud es mayor del 80% del LSN.
 - Latencia mayor del 150% del LSN si la amplitud es menor del 80% del LSN.
- 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).
- Velocidad de conducción sensitiva: la misma definición que la referida para los nervios motores.
- Disminución de la amplitud del PAMC o del potencial sensitivo (PAS) que debe ser menor del 80% del LIN.

Nota: el estudio se realiza mediante estimulación nerviosa con electrodos cutáneos, a intensidad supra máxima, y registrando con electrodos también de superficie.



ANEXO N°6
Diagnóstico diferencial que excluyen del Síndrome de Guillain Barré

Zona afectada	Diagnósticos diferenciales
Intracraneal	Meningitis carcinomatosa Encefalitis del tallo cerebral
Medula Espinal	Infarto Mielitis Compresión
Células de la asta anterior de la Medula espinal	Polio y otros virus de ARB que producen poliomiелitis, incluyendo el virus del Nilo Occidental
Raíces del Nervio Espinal	Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica Compresión de cauda equina
Nervios Periféricos	Trastorno metabólico como hipermagnesemia o hipofosfatemia Mordedura de serpiente Toxicidad por metales pesados como arsénico, oro y talio Neuropatía por enfermedad crítica Vasculitis Difteria
Sinapsis Neuromuscular	Miastenia gravis Envenenamiento por órgano fosforado Botulismo
Muscular	Miopatía por enfermedad crítica Poliomiositis Dermatomiositis Hipo/hipercalcemia



Fuente: Sejvar JJ, Kohl KS, Gidudu J, Amato A, Bakshi N, et al. Guillain-Barré syndrome and Fisher syndrome: case definitions and guidelines for collection, analysis, and presentation of immunization safety data. Vaccine. 2011 Jan 10;29(3):599-612

ANEXO N°7

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ASOCIADO A ZIKA

Caso SGB con asociación probable a zika:

- Caso de SGB que reside o ha visitado áreas con transmisión activa de zika en los 30 días previos al inicio del cuadro clínico de SGB o
- Caso de SGB que haya tenido contacto sexual sin protección con una persona con antecedente de residencia o viaje en las últimas 8 semanas a un área de transmisión activa de zika o tenga una prueba positiva para zika.

Caso SGB con asociación confirmada a zika: Todo caso de SGB con resultado laboratorial positivo de infección reciente para zika¹⁰.

Caso SGB con asociación descartada a zika:

Caso de SGB con resultado laboratorial negativo a la enfermedad del virus zika¹⁰.

Caso de SGB con identificación de otro agente infeccioso (Campylobacter jejuni, citomegalovirus (CMV), Enterovirus, virus Ebstein Bar (VEB), VIH, dengue, chikungunya, SARS COV-2 u otros agentes bacterianos y virales) y no se demostró la enfermedad por virus zika.



¹⁰ Ministerio de Salud Norma Técnica Sanitaria N° 125-MINSA/2016/CDC-INS, "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio de Dengue, Chikungunya, Zika y otras Arbovirosis en el Perú" 2016 o las que haga sus veces.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Cao-Lormeau V, Blake A, Mons S, Lastere S, Roche C, Vanhomwegen J, et al. Guillain-Barré Syndrome outbreak caused by ZIKA virus infection in French Polynesia. *Lancet Lond Engl*. 2016;387(10027):1531-9.
2. Cibils, L. et al. Síndrome de Guillain-Barré: Experiencia de doce años. *Arch. Pediatr. Urug*. 2015, vol.86, n.3.
3. Counotte MJ, Kim CR, Wang J, Bernstein K, Deal CD, Broutet NJN, et al. Sexual transmission of Zika virus and other flaviviruses: A living systematic review. *PLoS Med*. 2018; 15(7).
4. Dourado ME, Félix RH, Da Silva WK, Queiroz JW, Jeronimo SM. Clinical characteristics of Guillain-Barré syndrome in a tropical country: a Brazilian experience. *Acta Neurol Scand*. 2012;125(1):47-53.
5. Instituto Nacional de Ciencias Neurologías. Guía Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento del paciente con Síndrome de Guillain Barré. Guía en Versión Corta 2018. [cited 2019 15 dic.]. Available from:
http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/sg/RD2012018Guia_Guillain_Barre.pdf
6. Ministerio de Salud Colombia. Lineamientos para la detección y atención clínica integral del Síndrome de Guillain Barré y síndromes neurológicos asociados con zika en Colombia. 2016 [cited 2019 15 dic.]. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamientos-para-deteccion-atencion-clinica-integral-sindrome-guillain.pdf>
7. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde. Tercera Edición. Brasília, 2019 Edición 2018. Washington 2018. [cited 2019 15 dic.]. Available from:
<https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>
8. Munayco CV, Soto MG, Reyes MF, Arica JA, Napanga O. Epidemiología del síndrome de Guillain-Barré en el Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2019;36(1):10-6.
9. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones prácticas para la implementación de las guías de detección y atención del síndrome de Guillain-Barré relacionado con Zika en la Región de las Américas. 2016 [cited 2019 15 dic.]. Available from:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=guias-7919&alias=40290-recomendaciones-practicas-implementacion-guias-deteccion-atencion-sindrome-guillain-barre-relacionado-con-zika-region-americas-290&Itemid=270&lang=es
10. Organización Panamericana de la Salud. Identificación y tratamiento del síndrome de Guillain-Barré en el contexto del brote de virus de Zika. 2016 [cited 2019 15 dic.]. Available from:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204587?locale-attribute=es&>
11. Organización Panamericana de la Salud. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). Segunda Edición Revisada. Vigilancia en salud pública. Washington D.C. 2011. Organización Mundial de la Salud. Guía para la vigilancia de la enfermedad por virus zika y sus complicaciones. Edition 2018. Washington 2018. [cited 2019 15 dic.]. Available from:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49518/9789275320198_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
12. Rebolledo-García D, González-Vargas P, Salgado-Calderón I. *Med Int Mex*. 2018, 34(1):72-81. [cited 2019 15 dic.]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim181i.pdf>



NTS N° 175 - MINSA/2021/ CDC
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE
SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN EL PERÚ

13. Rebolledo-García D, González-Vargas P, Salgado-Calderón I. Med Int Mex. 2018, 34(1):72-81. [cited 2019 15 dic.]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim181i.pdf>
14. Sejvar JJ, Kohl KS, Gidudu J, Amato A, Bakshi N, et al. Guillain-Barré syndrome and Fisher syndrome: case definitions and guidelines for collection, analysis, and presentation of immunization safety data. Vaccine. 2011 Jan 10;29(3):599-612
15. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Diretrizes para a vigilância epidemiológica e organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos da síndrome de guillain-barré (sgb) no estado de Minas Gerais. Brasil. 2016
16. Sedaghat Z, Karimi N. Guillain Barre syndrome associated with COVID-19 infection: A case report. J Clin Neurosci. 2020; 76:233-235.
17. Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. Lancet. 2016, 13;388(10045):717-27.
18. Zeng Y, Liu Y, Xie Y, Liang J, Xiao Z, Lu Z. Clinical Features and the Validation of the Brighton Criteria in Guillain-Barré Syndrome: Retrospective Analysis of 72 Hospitalized Patients in Three Years. Eur Neurol. 2019;81(5-6):231-238.

