



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 18 de Mayo de 2018

VISTO el Memorando Nº 188-2018-DG/HCH, remitido por la Directora General del Hospital Cayetano Heredia, respecto a la Aprobación del Plan de Contingencia del Síndrome de Guillian Barré del Hospital Cayetano Heredia 2018, y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Por lo que su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

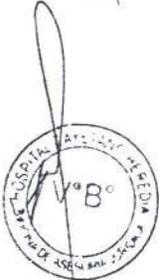
Que, el artículo VII del Título Preliminar de la norma citada en el párrafo precedente, establece que el Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 517-2004/MINSA, se aprobó la Directiva Nº 036-2004-OGDN/MINSA-V.01 "Declaratorias de Alertas en Situaciones de Emergencia y Desastres", cuyo objeto es establecer los lineamientos y procedimientos para la aplicación de la Declaratoria de Alertas ante emergencias y desastres a nivel nacional. Las Contingencias es la situación de expectativa ante la posible ocurrencia de un evento adverso o destructivo, lo cual determina que las dependencias de salud efectúen las acciones preparativas;

Que, mediante la Resolución Ministerial Nº 768-2004/MINSA, se aprobó la Directiva Nº 040-2004-OGDN/MINSA-V.01, la cual establece el Procedimiento para la Elaboración de Planes de Contingencia para Emergencias y Desastres, indicando que la contingencia es un hecho o evento que puede suceder o no. Para el efecto se refiere a un evento particular potencialmente desastroso que afectaría a un escenario geográfico definido; la elaboración de planes de contingencia están sujetos a la identificación de un evento previsible de probable y cercana ocurrencia que pueda afectar a la salud de las personas, al ambiente y a los establecimientos de salud, y que para el control y atención de los daños previstos sea necesario la movilización de recursos adicionales a los normalmente disponibles para emergencias, situación que debe ser considerada como tal por la autoridad de salud mediante la declaración de la alerta verde correspondiente de acuerdo a la Directiva Nº 036-2004-OGDN/MINSA-V.01, aprobado por la R.M. Nº 517-2004/MINSA;

Que, mediante Resolución Directoral Nº 061-2018-HCH/DG, se aprobó el Plan de Respuesta Hospitalario ante Emergencias y Desastres 2018, el cual es difundido al Grupo de Trabajo de Gestión de Riesgo y su respectiva publicación en la página web del Hospital Cayetano Heredia;

Que, en ese orden de ideas y entendiendo que la Contingencia es una situación de expectativa ante la posible ocurrencia de un evento adverso o destructivo, lo cual determina que las dependencias de salud efectúen acciones preparativas, como es el Plan de Contingencia del Síndrome de Guillian Barré del Hospital Cayetano Heredia 2018, teniendo como objetivo general contribuir a la detección temprana, admisión y control del desarrollo progresivo de síntomas producto del Síndrome Guillian Barré en los pacientes atendidos, potenciando la recepción en Servicios de Emergencia y la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos ante el riesgo de brote epidémico;



Que, el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; dispone que la Dirección General está a cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;

Estando a lo peticionado, por el Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, el Jefe de la Unidad de Gestión de Riesgo y Desastres y lo opinado por la Asesoría Jurídica en el Informe N° 377-2018-OAJ/HCH;

Con visación del Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, el Jefe de la Unidad de Gestión de Riesgo y Desastres y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el Plan de Contingencia por Síndrome de Guillian Barré del Hospital Cayetano Heredia; el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR al Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento del presente Plan.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

- () ACPR/BIC/ACV
- DISTRIBUCIÓN:
- () DG
- () DEMCC
- () DME
- () DPE
- () OESA
- () OAJ
- () UFGR-ED
- () OCOM

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
FIEL DEL ORIGINAL

21 MAYO 2018

EMILIANO ELIAS SUAREZ QUISPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
REGISTRARIO
PROMITE INTERNO



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia



“AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL”

PLAN DE CONTINGENCIA SINDROME DE GUILLIAN BARRÉ HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



2018

DIRECCION GENERAL HCH
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA HCH
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PEDIATRIA





SINDROME DE GUILLIAN BARRÉ HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

INDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. MARCO LEGAL

III. JUSTIFICACIÓN

IV. OBJETIVOS

4.1. General

4.2. Específicos.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

VI. CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL HOSPITAL

6.1 Demanda moderada

6.2 Demanda Severa

6.3 Escenarios de Riesgo

6.4 Áreas de expansión

VII. COMPONENTES DEL PLAN DE CONTINGENCIA

7.1 Definiciones operacionales de casos

7.2 Diagnóstico y seguimiento

7.3 Componentes del sistema de información para la vigilancia de SGB

7.4 Componentes de Información, educación y comunicación de la vigilancia del SGB

VIII. PRESUPUESTO

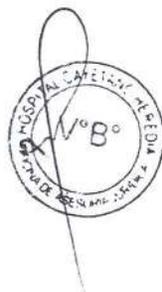
8.1 DEMANDA MODERADA

8.2 DEMANDA SEVERA

IX. DISPOSICIONES FINALES

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS - ANEXOS

DIRECCION GENERAL HCH
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA HCH
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PEDIATRIA



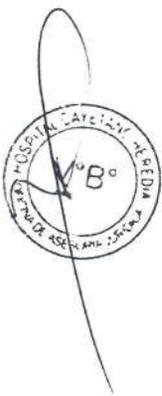


I. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Guillain Barré (SGB), es un trastorno autoinmune de aparición aguda, usualmente monofásico que afecta al sistema nervioso periférico provocando una debilidad muscular asociada a una parálisis progresiva, entumecimiento, y sensación de hormigueo; cuya intensidad afecta a los músculos en horas, días o semanas después de iniciado los síntomas asociados a una infección viral o bacteriana. Con el reconocimiento de variantes clínicas en las últimas décadas, el número de condiciones clínicas que son englobadas en el SGB se ha incrementado e incluyen variedades axonales y otras restringidas como el Síndrome de Miller Fisher (MFS). (5)

Síndrome de Guillain Barré	Variantes clínicas
Poliradiculopatía desmielinizante inflamatoria aguda	Predominantemente motora, facial bilateral y faríngea, ocasionalmente sensorial y disturbios autonómicos
Neuropatía axonal motora aguda	Solo neuropatía motora
Neuropatía axonal sensorial y motora aguda	Neuropatía motora y sensitiva
Síndrome de Miller Fisher	Oftalmoplejía, ataxia, arreflexia
Pandisautonomía aguda	Neuropatía autonómica pura, tanto simpática como parasimpática
Síndrome de Guillain Barré sensorial puro	Neuropatía sensorial pura
Cervico braquio faríngea	Afectando debilidad motora predominantemente de los músculos cervico braqueales y faríngeos
Bi braqueal	Debilidad motora confinado a miembros superiores con arreflexia
Variante de extremidad distal	Confinado a debilidad motora de músculos distales de miembros superiores e inferiores, sin compromiso de sensibilidad y nervios craneales
Oculofaríngea	Debilidad motora afectando predominantemente músculos oculares y faríngeos

DIRECCION GENERAL HCH
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA HCH
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PEDIATRIA





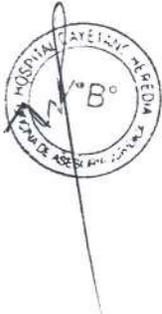
"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL"

Variantes parapareticas	Debilidad motora confinado a miembros inferiores
Oftalmoplejia pura	Debilidad de músculos oculares bilateral
Debilidad facial bilateral con parestesias	Debilidad de músculos faciales con parestesias
Variante Ropper's	Parálisis bilateral de nervios craneales VI y VII
Ataxia generalizada pura	Ataxia simétrica axial y de extremidades
Polineuritis craneal	Neuropatía craneal múltiple simétrica y asimétrica

Por la severidad de los síntomas, estos casos deben ser atendidos de manera inmediata por Hospitales Nivel III o Institutos en las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos o niños para su pronto tratamiento, que incluyen: el intercambio de plasma (plasmaféresis) e inmunoglobulinas a altas dosis a fin de reducir la gravedad y duración de los síntomas. Alrededor del 30% de las personas con el síndrome de Guillain-Barré queda con debilidad residual; y otro grupo de pacientes puede presentar un nuevo episodio posterior al inicio.

En el Perú, a la fecha se han reportado más de 32 casos, siendo el norte del país, en la Región La Libertad donde se han registrado la mayoría de casos, habiéndose admitido al cierre del presente plan los 2 primeros casos en el Hospital Cayetano Heredia, el agente causal reconocido sería un enterovirus D68, que ha afectado en el 2014 y 2015 a diferentes estados en EEUU de NA y el Japón (6). Es por ello que el Ministerio de Salud, ha emitido una Alerta Epidemiológica por estos recientes casos y a la vez ha conformado un grupo de trabajo, donde participan especialistas del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), el Instituto Nacional de Salud (INS) y del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN); con la asistencia de un especialista en epidemiología, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La necesidad de contar con un Plan de Contingencia ha motivado la elaboración del presente documento frente a los casos recientes de Síndrome de Guillain Barré; a fin de protocolizar el proceso de atención para estos pacientes, que se pudieran presentar en

DIRECCION GENERAL HCH
 UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO
 UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA HCH
 DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PEDIATRIA





los establecimientos de salud, así como la referencia inmediata que debe ser realizada a estos pacientes hacia un centro hospitalario como el nuestro, con mayor capacidad resolutive, a fin de realizarse un diagnóstico precoz y mitigar el desarrollo de la enfermedad intensa y sus complicaciones.

II. MARCO LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de la Salud y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- D.S. N° 008-2017-SA, que aprueba el ROF del MINSA y sus modificatorias.
- D.S. N° 007-2016-SA, que dispone que el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, es el órgano desconcentrado del MINSA, responsable de gestionar los procesos de prevención y control de enfermedades de importancia sanitaria nacional e internacional.
- R.M. N° 854-2014/MINSA, se modificaron las Normas para la Elaboración de Documentos normativos del MINSA, incorporando dentro de los tipos de documentos normativos a los Protocolos Sanitarios de Urgencia. Modificada por la R.M. 850-2016
- Resolución viceministerial N° 026-2016-SA-DVM-SP, que aprueba el Protocolo Sanitario de Urgencia para la Vigilancia del Síndrome Guillain Barre.

III. JUSTIFICACION

La necesidad de organizar una respuesta razonable de una patología con requerimientos de claro diagnóstico y tratamiento especializado, justifica el presente Plan, con el propósito de establecer mecanismos de detección temprana desde los Servicios de Emergencia Adultos y Unidad de Emergencia Pediátrica con seguimiento de los casos nuevos, a fin de garantizar el pronto tratamiento de la enfermedad y disminuir la progresión de la misma. Pudiéramos estar al inicio de un riesgo biológico con características de brote epidémico, que en nuestras sobredemandadas Unidades de





Cuidados Intensivos (UCIs) harían riesgosa la adecuación del Plan sin la planificación básica previa.

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Contribuir a la detección temprana, admisión y control del desarrollo progresivo de síntomas producto del Síndrome Guillain Barré en los pacientes atendidos; potenciando la recepción en Servicios de Emergencia y la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos ante el riesgo de brote epidémico.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Protocolizar los procedimientos, criterios y responsabilidades en la atención de casos de síndrome de Guillain Barré
- Detección precoz de los casos nuevos que presenten síntomas con presunción diagnóstica del Síndrome Guillain Barré.
- Garantizar e iniciar el tratamiento rápido de los pacientes con presunción diagnóstica de Síndrome de Guillain Barré
- Capacitar al personal en el diagnóstico clínico y laboratorio, manejo del Síndrome de Guillain Barre.
- Reportar a las instancias correspondientes los casos de Guillain Barre que acuden a nuestra Institución.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El ámbito geográfico de aplicación del presente Plan de Contingencia es el Hospital Cayetano Heredia, en las áreas de los Departamentos de Emergencias y Cuidados Críticos, Medicina Adultos y Pediatría, procedentes de la jurisdicción de la DIRIS Lima Norte principalmente.





VI. CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL HOSPITAL

Contado con una sobredemanda variable mayor al 200%, en un escenario de demanda moderada el Hospital Cayetano Heredia tendría la posibilidad de atender como máximo 10 pacientes.

6.1. DEMANDA MODERADA:

Area	Número de pacientes	Soporte Ventilatorio
Trauma Shock	01	01
Unidad de cuidados especiales	02	01
Intermedios de medicina	02	01
UCI medicina	02	01
Trauma shock pediatria	01	01
UCI Pediatria	02	01
TOTAL	10	06

De contar con un escenario de sobredemanda severa o de riesgo con criterios de desastre biológico, los escenarios corresponderían a:

6.2 SOBREDEMANDA SEVERA

Requiriendo para esta condición la ampliación de recurso humano (Intensivistas y Enfermeras y Técnicos con experiencia en UCI), y el aseguramiento de terapia de Plasmaferesis e Inmuno Globulina humana en cantidades suficientes por paciente grave.

DIRECCION GENERAL HCH
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA HCH
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PEDIATRIA





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL"

Area de Expansion	No de pacientes graves con VM + Plasmaferesis	No. pacientes moderados
Centro Juvenil	04	06
TOTAL: 20		
10 UCIs	04	06
10 Expansion		

6.3 ESCENARIO DE RIESGO TIPO DESASTRE BIOLOGICO:

La atención priorizada de pacientes deberían ser evaluadas para Triage Terciario en Equipo de Manejo de pacientes graves constituidos por:

1. Médico Intensivista
2. Médico Neurólogo (Evaluación de EMG y VCN)
3. Médico hematólogo o nefrólogo capacitado en Terapia de Plasmaferesis.

6.4 ÁREAS DE EXPANSIÓN:**A. MÓDULOS DE AREA DE EXPANSIÓN INTERNA CENTRO JUVENIL.**

B. RECURSO HUMANO (INTENSIVISTA 1 POR CADA 4 PACIENTES ADICIONALES TURNOS ROTATIVOS PARA COBERTURA 24 HORAS, ENFERMERA Y TÉCNICOS DE ENFERMERIA CON EXPERIENCIA EN UCI).

VII. MECANISMOS DE COORDINACIÓN

De acuerdo a los recientes casos de Guillain Barré, que se han presentado en el país, el Ministerio de Salud - MINSA ha notificado una Alerta Epidemiológica; por lo cual, en reunión con Directores Generales de Hospitales e Institutos; se acordó lo siguiente:

1. Establecer un Sistema de Información que estará a cargo de:

DIRECCION GENERAL HCH
 UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO
 UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA HCH
 DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PEDIATRIA





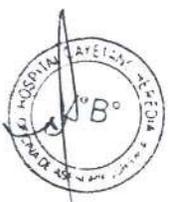
"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL"

Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC)

Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS)

Oficina General de Comunicaciones del MINSA.

Estas dependencias reforzarán el sistema de vigilancia, a través de la aplicación del "Protocolo sanitario de urgencia para la vigilancia del Síndrome de Guillain Barré" (RVM N° 025-2016-SA-DVM-SP).



2. Realizar capacitación a los establecimientos de salud via Telemedicina, enfatizando en el primer nivel de atención. Las DIRIS compartirán información sobre el Síndrome de Guillain Barré, con los jefes de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
3. Para optimizar la atención de los casos en las DIRIS de Lima Metropolitana, se realizará la sectorización de los pacientes adultos, pediátricos / adolescentes y gestantes, según la siguiente distribución:

Para los casos de pacientes adultos, el MINSA ha considerado los siguientes hospitales referenciales:

- DIRIS Norte:** Hospital Nacional Cayetano Heredia (HCH)
 Hospital Nacional Sergio Bernales (HNSB)
 Hospital Carlos Lan Franco la Hoz (HCLLH)

- DIRIS Centro:** Instituto Nacional de Ciencias neurológicas (INCN)
 Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM)
 Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL)





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL"

DIRIS Este: Hospital Nacional Hipolito Unanue (HNHU)

DIRIS Sur: Hospital María Auxiliadora (HMA)

Hospital Emergencia Villa el salvador (HEVES)

Para los casos de pacientes pediátricos y adolescentes, tenemos:

DIRIS Norte/Centro: Instituto Nacional de Salud del Niño Breña

DIRIS Este/Sur: Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

Para los casos de pacientes gestantes, tenemos:

DIRIS Norte/Centro: Hospital Nacional Docente San Bartolomé

DIRIS Este/Sur: Instituto Nacional de Salud Materno Perinatal

Asimismo, para facilitar la organización e identificación de los síntomas y signos de acuerdo al nivel de atención, se recomienda tomar en cuenta los siguientes aspectos:

Según la presentación de síntomas, para inicio de las alertas:

Primer nivel de atención - debilidad de miembros inferiores.

Segundo nivel de atención - parálisis flácida.

Tercer nivel de atención – Síndrome Guillain Barré.

Para los casos que requieren apoyo al diagnóstico con electromiografía, los hospitales e institutos que cuentan con los equipos son:

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas 03

Hospital Nacional Cayetano Heredia 01





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL"

Hospital Nacional Dos de Mayo 01

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja 01

El apoyo del laboratorio especializado será brindado por el Instituto Nacional de Salud.

VII. COMPONENTES DEL PLAN DE CONTINGENCIA

El presente Plan de Contingencia considera los siguientes componentes básicos para el manejo de casos de Guillian Barré:

7.1 Componente de atención de casos con Síndrome de Guillian Barré (SGB)

La atención de los casos, se realizará siguiendo el "Protocolo Sanitario de Urgencia para la Vigilancia del Síndrome Guillain Barré", aprobado mediante Resolución Vice Ministerial de Salud Pública N° 025-2016-DVM-SP.

7.1.1 Definiciones operacionales de Caso

CASO SOSPECHOSO DE SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ Toda persona que presenta debilidad muscular, simétrica, aguda y ascendente.

CASO CONFIRMADO DE SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ Toda persona que presente los siguientes signos y síntomas (Nivel 3 de los criterios de Brighton).

- 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.





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL"

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);

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 citalbuminica (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

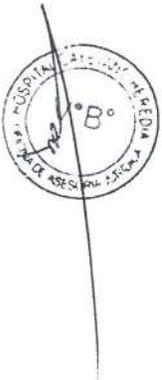
CASO DESCARTADO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

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

CASO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE SOSPECHOSO DE ESTAR ASOCIADO A INFECCION POR VIRUS DE ZIKA

- Caso confirmado de SGB con antecedente de exposición a virus de ZIKA en zonas de transmisión autóctona de Zika en los 30 días previos al inicio de signos y síntomas, o

DIRECCION GENERAL HCH
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA HCH
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PEDIATRIA





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL"

- 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 ZIKA.

CASO DE SINDROME DE GUILLAIN BARRE CONFIRMADO DE ESTAR ASOCIADO A INFECCION POR VIRUS DE 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 SINDROME DE GUILLAIN BARRE DESCARTADO POR LABORATORIO EN RELACION A INFECCION POR VIRUS DE ZIKA

- Caso confirmado de SGB con identificación de otro agente infeccioso (Campylobacter jejuni, Citomegalovirus, virus Ebstein Barr, VIH, Dengue, Chikungunya, enterovirus u otros) y/o no se demostró la infección por ZIKV.

7.1.2 DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO

- Todo caso sospechoso de SGB sera investigado y evaluado por el equipo de emergencia del Hospital, haciendo las oportunas interconsultas 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.





- El laboratorio del Hospitales y el Referencial (INS) esta 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 y ZIKA.
- La evaluación electrofisiológica será realizada a partir del séptimo día del inicio de síntomas y luego de 2 semanas de la misma, siendo realizado por profesionales capacitados del servicio de Neurología.
- El seguimiento de caso sospechoso de SGB se realiza por el médico tratante del Departamento de Medicina Interna, para lo cual actualizará la Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica SGB completando los datos faltantes y enviándolos a la Oficina de Epidemiología del Hospital permitiendo confirmar o descartar el diagnóstico de SGB. Las evaluaciones neurológicas serán registradas en las fichas de evaluación y seguimiento.

7.2 Componente del sistema información para la vigilancia del SGB

Las acciones para este componente forman parte de lo establecido por el CDC.

7.3 Componente de información, educación y comunicación social (IEC)

Las acciones de IEC, serán ejecutadas en el marco de un Plan de Comunicación, el cual deberá tomar en cuenta las siguientes pautas:

- A nivel de comunicación interna:

DIRECCION GENERAL HCH
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA HCH
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PEDIATRIA





“AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL”

1. Difusión e implementación del Protocolo Sanitario de Urgencia para el manejo del SGMB (RVM 025-2016-DVM-SP).
2. Difusión de esquema de BRIGHTON, para la identificación precoz de los signos y síntomas del SGB.
3. Elaboración y aprobación de la Guía Clínica para el manejo y tratamiento de los pacientes con SGB.

- Mensajes claves comunicacionales:

1. El SGB es una enfermedad infrecuente, que habitualmente se presenta entre 1 a 2 / 100,000 habitantes x año.
2. No es una enfermedad contagiosa.
3. En las últimas cinco semanas (08.05.2018), se han presentado 15 casos del SGB en el departamento de La Libertad.
4. Se han tomado las medidas de vigilancia sanitaria, manejo y tratamiento de todos los pacientes en los hospitales de la región, con la participación del MINSA y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
5. El MINSA está adoptando las medidas necesarias, para atender cualquier probable incremento de casos en las diversas regiones del país.

VIII. PRESUPUESTO

8.1 EN CASOS DE SOBREDEMANDA MODERADA

Para implementar 10 camas, 06 con soporte ventilatorio y 4 sin soporte ventilatorio. Calculando para 10 pacientes por mes





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL"

Personal para área de expansión de sobredemanda moderada	Número de personal para cubrir las 24 horas por mes	Monto mensual individual en soles	Monto total mensual en soles
Médicos	06	6000	36 000
Enfermeras	15	2000	30 000
Técnicos de enfermería	15	1300	19 500
Técnico de farmacia	02	1300	2 600
Personal de laboratorio	02	1300	2 600
Personal administrativo	01	1100	1 100
TOTAL	45	13 000	91 800

RESUMEN DE PRESUPUESTO PARA IMPLEMENTAR PLAN DE CONTINGENCIA CON SOBREDEMANDA MODERADA EN SGB

Recurso Humano	S/ 91 800
Insumos (laboratorio, alquiler de máquina de plasmaferesis, albumina, inmunoglobulina)	S/ 500 000
Total:	S/ 591 800

8.2 EN CASOS DE SOBREDEMANDA SEVERA

Para implementar 20 camas, 10 con soporte ventilatorio y 10 sin soporte ventilatorio.

Calculando para 20 pacientes por mes





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL"

Personal para área de expansión de sobredemanda severa	Número de personal para cubrir las 24 horas por mes	Monto mensual individual en soles	Monto total mensual en soles
Médicos	11	6000	66 000
Enfermeras	21	2000	42 000
Técnicos de enfermería	20	1300	26 000
Técnico de farmacia	02	1300	2 600
Personal de laboratorio	03	1300	3 900
Personal administrativo	02	1100	2 200
TOTAL	57	13 000	142 700

RESUMEN DE PRESUPUESTO PARA IMPLEMENTAR PLAN DE CONTINGENCIA CON SOBREDEMANDA SEVERA EN SGB

Recurso Humano	S/ 142 700
Insumos (laboratorio, alquiler de máquina de plasmaferesis, albumina, inmunoglobulina)	S/ 1000 000
Total:	S/ 1 142 700

IX. DISPOSICIONES FINALES

9.1 Actualizar a través de IEC los conocimientos al personal de salud de todos los niveles de atención, sobre el SGB (Telesalud u otros medios).

9.2 Recomendar a la población que acuda tempranamente a los establecimientos de salud, si presenta debilidad muscular de las piernas, que empeora con los días.



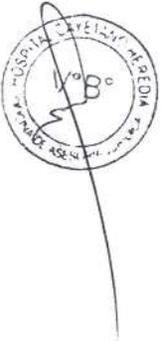


Anexos

ANEXO 01

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 inducida por fármacos. (Ejm: vincristina, compuestos de platino, nitrofurantoína, paclitaxel)
 - o Portina
 - 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 02

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 ostentandinosas

Puede aceptarse una arreflexia distal e hiporreflexia bicipital y patelar si se cumplen el resto de los criterios.

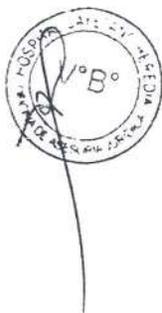
II. Criterios que apoyan fuertemente el diagnóstico

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 incómodas.
5. Compromiso de esfínteres. Generalmente no se afectan pero puede haber una parálisis vesical transitoria.





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL"

- 6. Afectación del Sistema Nervioso Central. Aunque puede ocasionalmente haberla en el síndrome de Guillain Barre, 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/mm³ (leucocitos mononucleares).

Variantes:

- 1. Sin aumento de LCR en 1-10 semanas (raro).
- 2. LCR con 11-50 leucocitos mononucleares.

C. Criterios electrofisiológicos

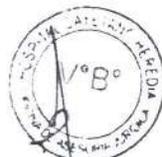
CRITERIOS DE DESMIELINIZACIÓN (Delaney y cols) (2) - Electrofisiología

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 SGR

- 1. Asimetría marcada o persistente de la afectación.
- 2. Distensión vesical o rectal marcada.
- 3. Distensión 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 nitido, agudo

IV Criterios que descartan el diagnóstico

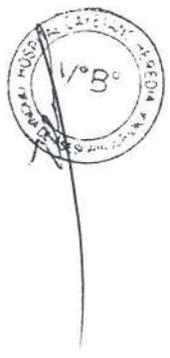
1. Diagnóstico de botulismo, miastenia, poliomielitis o neuropatía tóxica.
2. Metabolismo anormal de las porfirinas.
3. Difteria reciente.
4. Síndrome sensitivo puro sin debilidad

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 tríada 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





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL"

ANEXO 03

FICHA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ

EVALUACION FUERZA MUSCULAR

FECHA	MIEMBROS SUPERIORES				MIEMBROS INFERIORES				Tórax				Brazos				
	Derecho		Izquierdo		Derecho		Izquierdo		Derecho		Izquierdo		Derecho		Izquierdo		
	Prov	Dct	Prov	Dct	Prov	Dct	Prov	Dct	Normal	Parcial	Normal	Parcial	Normal	Parcial	Normal	Parcial	



- ESCALA DE FUERZA MUSCULAR - Medical Research Council (MRC)
- 0: No contracción, músculo paralizado
 - 1: Palpable e intento de contracción muscular
 - 2: Movimiento completo sin ser opuesto a la gravedad
 - 3: Movimiento completo solo contra la gravedad
 - 4: Movimiento completo contra gravedad y resistencia moderada
 - 5: Movimiento completo contra gravedad y resistencia

EVALUACION REFLEJOS OSTEO-TENDINOSOS

FECHA	Derecho		Izquierdo	
	Bicipital	Tricipital	Patelar	Aquileo

- ESCALA
- 0: No hay respuesta
 - : Hiperreflexia
 - : Normo-reflexia
 - ←: Hipo-reflexia
 - ***: Hiperreflexia con clonus

CONDUCCION NERVIOSA MOTORA

FECHA 1	IZQUIERDA						DERECHA							
	Latencia		Amplitud		Vel. Conducción		Reflejo H		Latencia		Amplitud		Vel. Conducción	
	(ms)	(mV)	(m/s)	Ordea F	Der	Izq	(ms)	(mV)	(m/s)	Ordea F	Der	Izq		

CONDUCCION NERVIOSA SENSITIVA

FECHA 1	IZQUIERDA			DERECHA		
	Latencia	Amplitud	Vel. Conducción	Latencia	Amplitud	Vel. Conducción
	(ms)	(mV)	(m/s)	(ms)	(mV)	(m/s)

FECHA 2	IZQUIERDA						DERECHA							
	Latencia		Amplitud		Vel. Conducción		Reflejo H		Latencia		Amplitud		Vel. Conducción	
	(ms)	(mV)	(m/s)	Ordea F	Der	Izq	(ms)	(mV)	(m/s)	Ordea F	Der	Izq		

FECHA 2	IZQUIERDA			DERECHA		
	Latencia	Amplitud	Vel. Conducción	Latencia	Amplitud	Vel. Conducción
	(ms)	(mV)	(m/s)	(ms)	(mV)	(m/s)

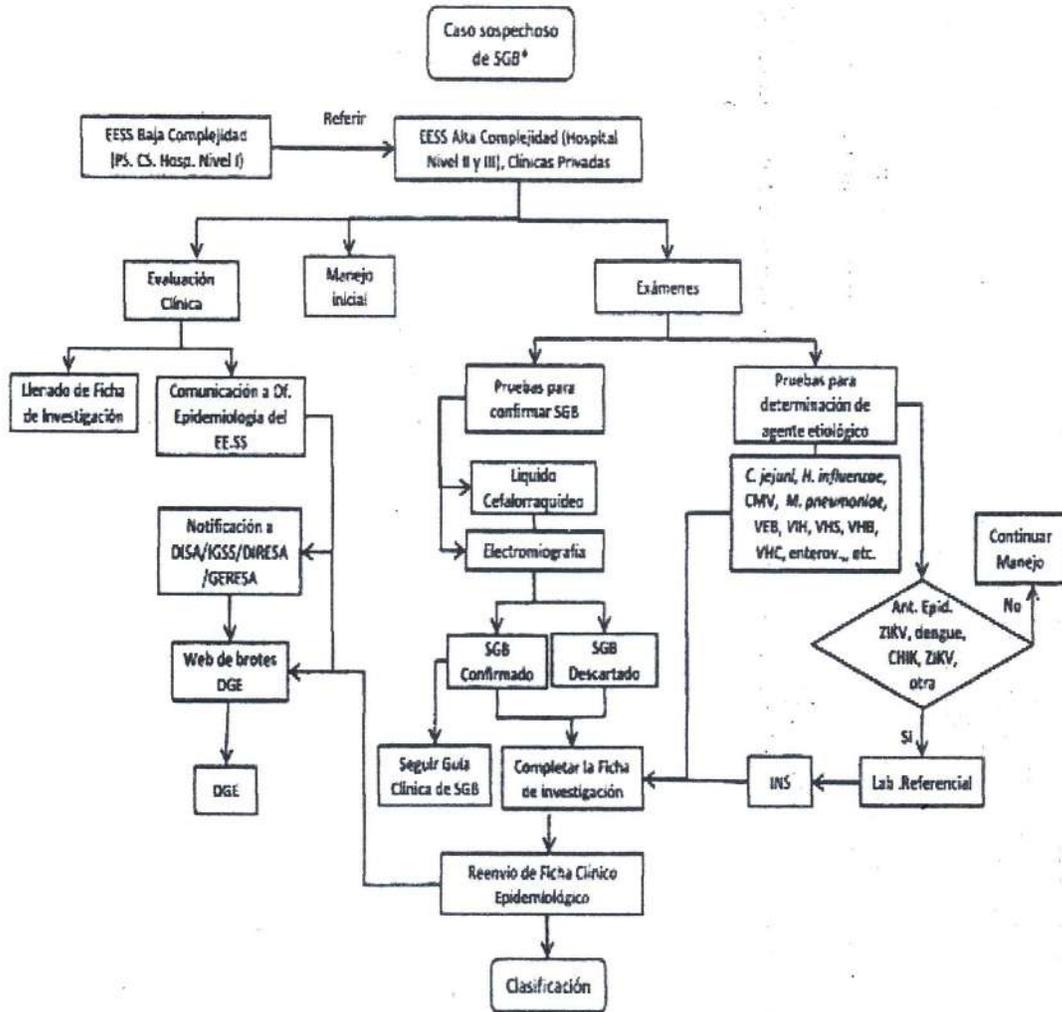
DIRECCION GENERAL HCH
 UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO
 UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA HCH
 DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PEDIATRIA





ANEXO 04

FLUJOGRAMA DE VIGILANCIA SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ (SGB)



(* Si es < de 15 años también ingresa al Sistema VE de PFA)





X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

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.
5. Treatment guidelines for Guillain-Barré Syndrome. A. K. Meena, S. V. Khadilkar, 1 and J. M. K. Murthy. Ann Indian Acad Neurol. 2011 Jul; 14 (Suppl1): S73-S81.
6. Clinical Features of Acute Flaccid Myelitis Temporally Associated With an Enterovirus D68 Outbreak: Results of a Nationwide Survey of Acute Flaccid Paralysis in Japan, August-December 2015

