



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 11 de Junio de 2019

VISTO el Expediente 13927-2019 conteniendo el Oficio N° 672-2019-DEMCC-HCH, remitido por el Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Cayetano Heredia, respecto a la Aprobación del Plan de Contingencia del Síndrome de Guillian Barré del Hospital Cayetano Heredia 2019, 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 N° 517-2004/MINSA, se aprobó la Directiva N° 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 N° 768-2004/MINSA, se aprobó la Directiva N° 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 N° 036-2004-OGDN/MINSA-V.01, aprobado por la R.M. N° 517-2004/MINSA;

Que, mediante Resolución Directoral N° 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 2019, teniendo como objetivo general contribuir a la detección temprana, admisión y control del desarrollo progresivo de síntomas producto del Síndrome Guillian Barre en los pacientes atendidos; potenciando la recepción en Servicios de Emergencia y la atención en la Unidades de Cuidados Intensivos ante el 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 petitionado, por el Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos;

Con visación del Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos y 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 2019; 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.

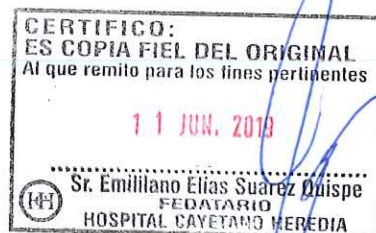
Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

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

() ACPR/BIC/Chg
DISTRIBUCIÓN:

() DG
() DEMCC
() DME
() DPE
() QESA
() UGR-ED
() UCOM



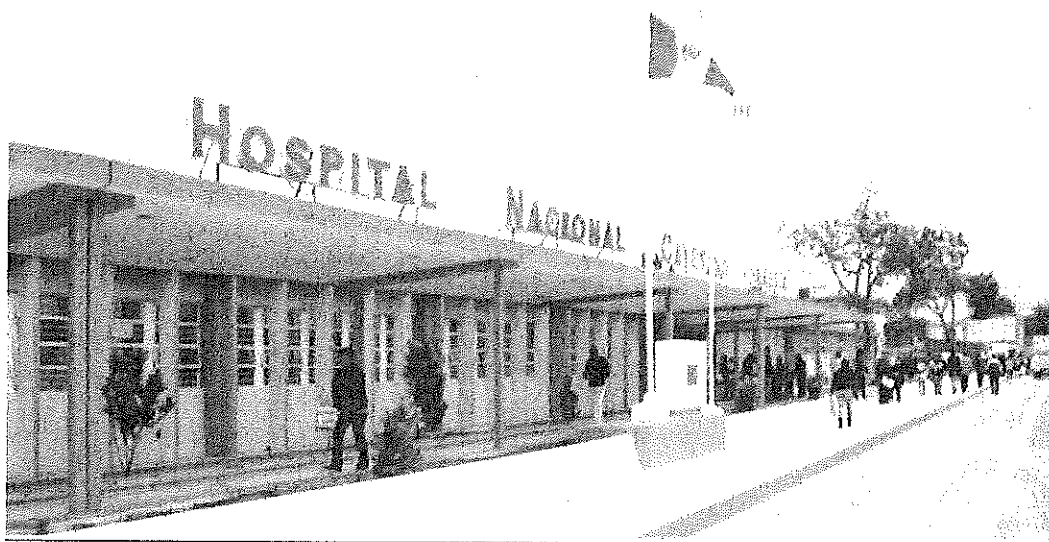


"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

PLAN DE CONTINGENCIA

SINDROME DE GUILLIAN BARRÉ

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



2019

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 Escenarios de Riesgo**
- VII. COMPONENTES DEL PLAN DE CONTINGENCIA**
 - 7.1 Definiciones operacionales de casos**
 - 7.2 Diagnóstico y tratamiento**
 - 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**
- IX. DISPOSICIONES FINALES**
- X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS - ANEXOS**





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



"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

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. La frecuencia del SGB en el Perú es de 100 a 200 casos por año.

En el Perú, a la fecha 08 de junio del 2019 se han reportado 206 casos (tabla 02), siendo el norte del país, en la Región de Piura donde se han registrado la mayoría de casos siendo hasta la fecha 46, región La Libertad 34 casos y Lambayeque 06. En la región Junín 28 casos y en Lima se vienen reportando 41 casos, estando en el Hospital Cayetano Heredia la mayor proporción con 27 casos (66%).

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), Dirección General de Operaciones (DGOS), Dirección de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud (Digerd), el Instituto Nacional de Salud (INS) y del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN).



"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

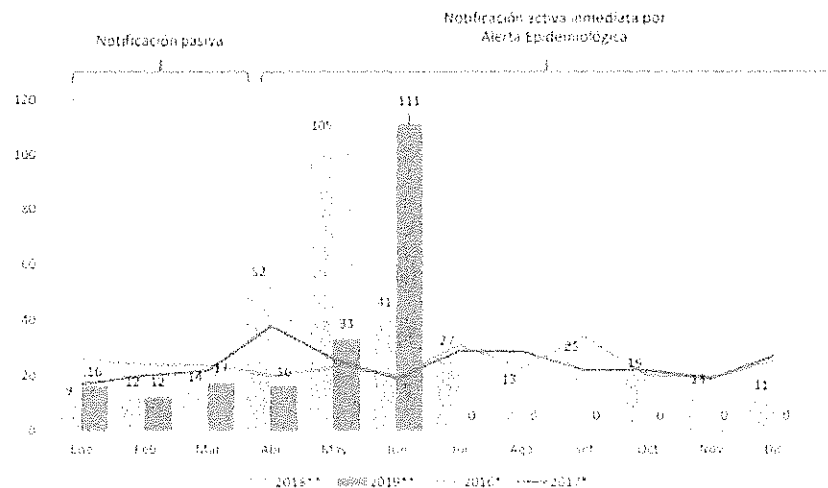
Tabla 02: Síndrome de Guillain Barré por regiones ajustada al 08 de junio 2019

	Casos	Tasa x 100 000 Hab	Casos esperados**	
AMAZONAS	0	0.00	[1-3]	Debajo
ANCASH	12	1.03	[4-9]	Incremento +3
APURIMAC	1	0.21	[1-3]	esperado
AREQUIPA	3	0.23	[5-10]	Debajo
AYACUCHO	0	0.00	[2-5]	Debajo
CAJAMARCA	14	0.91	[5-12]	Incremento +2
CALLAO	4	0.38	[4-8]	esperado
CUSCO	4	0.30	[5-10]	Debajo
HUANCAYEL	7	0.39	[1-4]	esperado
HUANUCO	1	0.11	[3-7]	Debajo
ICA	3	0.37	[3-6]	esperado
JUNIN	28	2.03	[5-11]	Incremento +17
LA LIBERTAD	34	1.26	[7-15]	Incremento +19
LAMBAYEQUE	6	0.46	[4-10]	esperado
LIMA	41	0.40	[39-84]	esperado
LORITO	1	0.09	[4-8]	Debajo
MADRE DE DIOS	0	0.00	[0-1]	esperado
MOQUEGUA	0	0.00	[0-1]	esperado
PASCO	1	0.32	[1-2]	esperado
PIURA	46	2.45	[7-15]	Incremento +31
PUNO	0	0.00	[5-11]	Debajo
SAN MARTIN	1	0.11	[3-7]	Debajo
TACNA	3	0.84	[1-2]	Incremento +1
TUMBES	0	0.00	[0-2]	esperado
UCAYALI	1	0.20	[1-4]	esperado
Total general	206	0.64	[124-263]	esperado

Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades



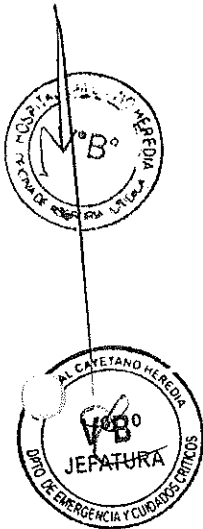
Tabla 01: Síndrome Guillain Barré por meses 2016 - 2019



Fuente: ** Sistema de registros hospitalarios (2016 y 2017)

** Sistema de vigilancia epidemiológica de Síndrome Guillain Barré del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades: 2018-2019. Actualizado al 08 de junio 2019

Elaborado por:





La necesidad de contar con un Plan de Contingencia ha motivado la elaboración del presente documento frente al brote de casos recientes de Síndrome de Guillain Barré; a fin de protocolizar el proceso de atención para estos pacientes, que se pudieran presentar en 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.
- R.D N° 201 – 2018-DG-INCN. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del paciente con síndrome de Guillain Barre.
- Decreto supremo N° 013-2019 – S.A. DS que declara en Emergencia Sanitaria los departamentos de Piura, Lambayeque, La Libertad, Junin y Lima por el plazo de 90 días calendario.





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 Emergencias y Unidad de Cuidados Intensivos con seguimiento de los casos nuevos, a fin de garantizar el pronto tratamiento de la enfermedad y disminuir la progresión de la misma. Estamos frente al inicio de un riesgo biológico con características de brote epidémico, que en nuestras sobredemandadas Unidades de Emergencia y 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, admision y control del desarrollo progresivo de síntomas producto del Síndrome Guillain Barré en los pacientes atendidos; potenciando la recepcion en Servicios de Emergencia y la atencion en las Unidades de Cuidados Intensivos ante el brote epidemico.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Protocolizar los procedimientos, criterios y responsabilidades en la atencion de casos de síndrome de Guillian 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 presuncion diagnostica de Síndrome de Guillain Barré
- Capacitar al personal en el diagnostico clínico y laboratorio, manejo del Síndrome de Guillian Barre.
- Reportar a las instancias correspondientes los casos de Guillain Barre que acuden a nuestra Institución.



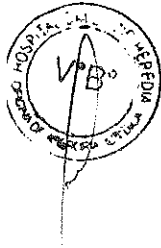
V. AMBITO DE APLICACIÓN

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, Tropicales 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% de forma permanente, **en un escenario de demanda moderada** el Hospital Cayetano Heredia tendría la posibilidad de atender como máximo 24 pacientes, de los cuales 08 estarían con soporte ventilatorio y 16 en el área de observación adaptada para tal fin.

6.1. DEMANDA MODERADA:



Area	Número de pacientes	Soporte Ventilatorio
Trauma Shock	01	01
Unidad de cuidados especiales	02	01
Intermedios de medicina	01	01
UCI medicina	02	02
Trauma shock pediatría	01	01
UCI Pediatría	01	01
TOTAL	08	08



PERU

Ministerio de Salud

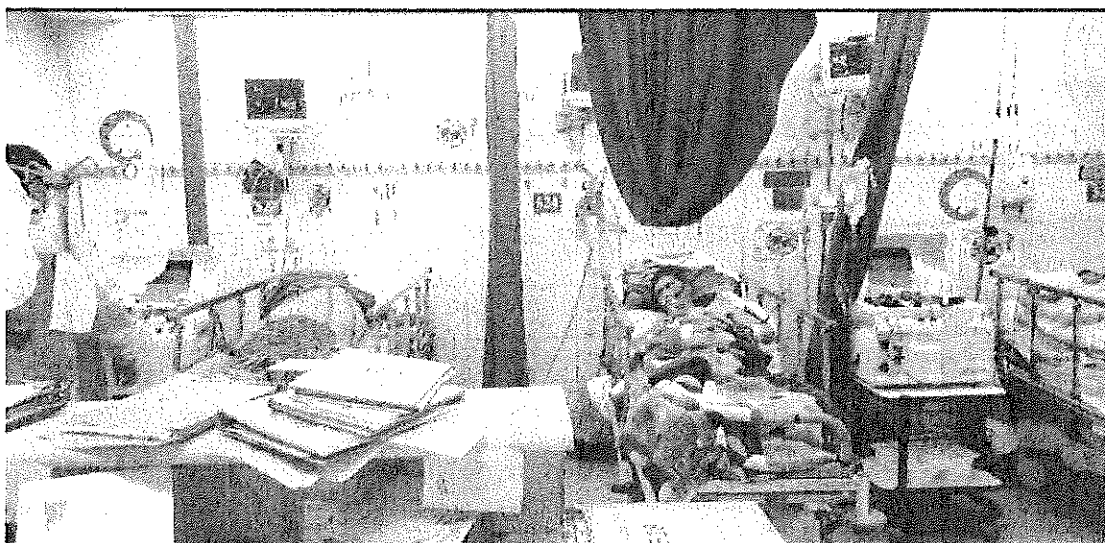
Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

Area	Número de pacientes	Sin Soporte Ventilatorio
Observación Adultos	10	10
Hospitalización de medicina	04	04
Hospitalización de Tropicales	02	02
TOTAL	16	16

Para esta sobredemanda moderada que actualmente nos encontramos, se está habilitando dos áreas para concentrar a los pacientes con Guillain Barré con una capacidad para 10 casos, diferenciados por género. Los pacientes que se encontraban en esas áreas están siendo movilizados previa coordinación con sus familiares explicándole la situación a otros ambientes del hospital y de ser necesario a otra institución de salud.

AREA DE GUILLAIN BARRE EN OBSERVACION DE EMERGENCIA



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





Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

6.2 ESCENARIO DE RIESGO TIPO DESASTRE BIOLÓGICO:

La atención priorizada de pacientes son evaluados por 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.

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:

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"

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:





"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

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)

DIRIS Centro: Instituto Nacional de Ciencias neurológicas (INCN)

Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM)

Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL)

DIRIS Este: Hospital Nacional Hipólito 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

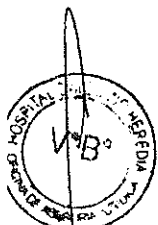
DIRIS Este/Sur: Instituto Nacional de Salud Materno Perinatal

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:

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

Hospital Nacional Cayetano Heredia





Hospital Nacional Dos de Mayo

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja

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".

7.1.1 Definiciones operacionales de Caso

CASO SOSPECHOSO DE SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ Toda persona que presenta debilidad muscular de 12 horas a 28 días de evolución con una o más de las siguientes características: Bilateral, flácida, reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en dichas extremidades

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 DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

Con cumplimiento de los siguientes criterios:

- Hallazgos electrofisiológicos compatibles con SGB o
- Líquido cefalorraquídeo con presencia de disociación albumino – citológica (nivel de proteínas mayor de 45mg/dl y menos de 50 células/mm³);

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

Nivel 1 de certeza diagnóstica	Nivel 2 de certeza diagnóstica	Nivel 3 de certeza diagnóstica
• Debilidad bilateral y fláccida 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 citobumínica (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/pl, Y • Datos electrofisiológicos compatibles con SGB.	• Debilidad bilateral y fláccida 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/pl (con o sin elevación de las proteínas del LCR por encima del valor normal del laboratorio); O BIEN estudios electrofisiológicos compatibles con SGB en caso de que no se hayan obtenido muestras de LCR o no se disponga de los resultados.	• Debilidad bilateral y fláccida 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.



7.1.2 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

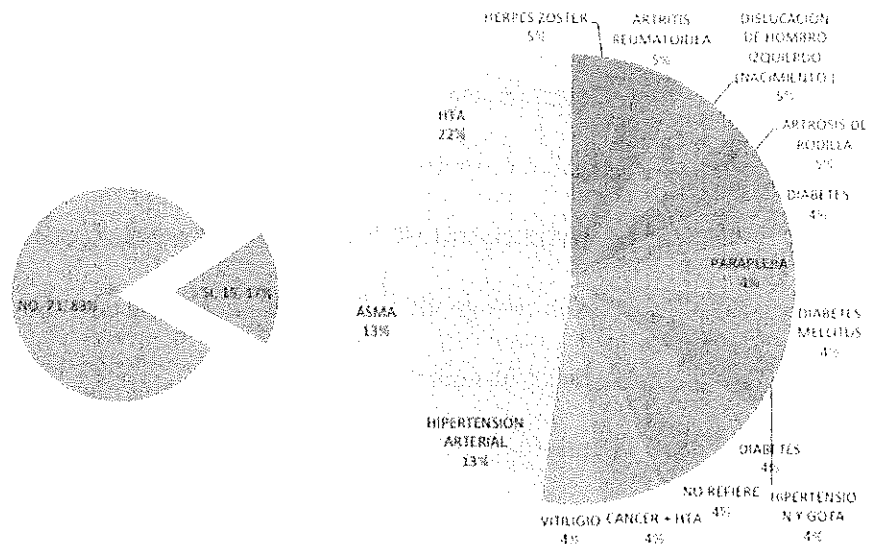
- Todo caso sospechoso de SGB sera investigado y evaluado por el equipo de emergencia del Hospital, haciendo las oportunas interconsultas para confirmar o descartar el caso.
- En la investigación se incluyen una anamnesis dirigida, examen neurológico minucioso, varios exámenes de laboratorio e imágenes, 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;
- 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 del Hospital Cayetano Heredia.
- El seguimiento de caso sospechoso de SGB se realiza por el médico tratante del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos o del Departamento de Medicina Interna, para lo cual actualizará la Ficha de Investigación Clínico Epidemiologica SGB completando los datos faltantes y enviándolos a la Oficina de Epidemiologia del Hospital permitiendo confirmar o descartar el diagnóstico



"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

de SGB. Las evaluaciones neurológicas serán registradas en las fichas de evaluación y seguimiento.

Síndrome de Guillain Barré según comorbilidad – Perú 2019



El 15% de los casos tienen antecedente de alguna comorbilidad

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Centro de Investigación Epidemiológica Preventiva y Control de Infecciones
* Datos Epidemiológicos N° 23 - actualizado al 08 de junio 2019

EL PRIMER

Criterios para ingreso a UCI

- ✓ Debilidad severa y rápidamente progresiva con/sin signos de disfunción respiratoria (capacidad vital menor de 20ml/kg)
- ✓ Necesidad de ventilación artificial
- ✓ Síntomas bulbares (dificultad para deglutir y hablar)
- ✓ Disfunción autonómica grave (marcada fluctuación en la PA o FC)

Criterios tomados de Van Doorn PA. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico de SGB

Criterios para predicción o uso de Ventilación Mecánica

a. Factores predictivos de falla ventilatoria

- ✓ Tiempo entre el inicio de los síntomas y la admisión menor a 7 días
- ✓ Incapacidad para toser



"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

- ✓ Incapacidad para pararse
- ✓ Incapacidad para levantar los codos
- ✓ Incapacidad para levantar la cabeza
- ✓ Aumento en las enzimas hepáticas séricas
- ✓ Capacidad vital forzada menor de 20ml/kg
- ✓ Presión inspiratoria máxima menor de 30 cm H₂O
- ✓ Presión espiratoria máxima menor de 40 cm H₂O
- ✓ Reducción de más del 30% en la capacidad vital.

b. Intubación inmediata

- ✓ Capacidad vital forzada menor 15 ml/kg
- ✓ Presión parcial de CO₂ en sangre mayor de 48 mmHg
- ✓ Presión parcial de O₂ en sangre menor de 56 mmK_g

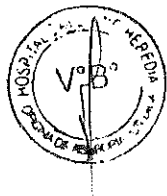
Tomado del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2016. Diagnóstico y tratamiento del SGB

Tratamiento Especifico de SGB

a. Plasmaféresis

En pacientes con SGB de severidad moderada en adelante, se recomienda el tratamiento con plasmaféresis, según disponibilidad y ausencia de contraindicaciones.

✓ Realizar en pacientes con SGB con un tiempo de inicio de los síntomas menor de 4 semanas. Preferiblemente dentro de las 2 semanas con enfermedad rápidamente progresiva, quienes no pueden caminar sin ayuda (escala de severidad de Hughes >2) o aquellos que desarrollan debilidad progresiva en musculatura orofaríngea y ventilatoria.





"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

- ✓ Se podría realizar 5 sesiones de manera interdiaria en un periodo de 10 a 12 días. De acuerdo a la evolución del paciente y ante falla o refractariedad podría ampliarse el número de sesiones.
- ✓ En pacientes con SGB leve (escala de severidad de Hughes ≤ 2) no ha demostrado generar beneficios a largo plazo.
- ✓ Se podría realizar tanto con albúmina humana al 5%, así como con plasma fresco congelado. Si se cuenta con ambas alternativas preferir el uso de albúmina humana al 5%.
- ✓ Se requiere personal entrenado para su administración apropiada.
- ✓ El volumen de plasma recambiado se debe calcular mediante la siguiente fórmula: Volumen de Plasma Estimado (Litros) = $0.07 \times \text{Peso (kg)} \times (1 - \text{hematocrito})$.

b. Inmunoglobulina

En pacientes con SGB de severidad moderada en adelante, se recomienda el tratamiento con plasmaféresis o inmunoglobulina intravenosa, según disponibilidad y ausencia de contraindicaciones.

- ✓ El tratamiento se debería realizarse en pacientes con inicio de los síntomas de menos de 4 semanas, preferiblemente dentro de las 2 primeras semanas con enfermedad rápidamente progresiva, que no pueden caminar sin ayuda (escala de gravedad de GBS > 2) o aquellos que desarrollan debilidad progresiva en musculatura orofaríngea y ventilatoria.
- ✓ En niñas/os y personas adultas: administrar inmunoglobulina intravenosa a dosis total de 2g/kg en infusión continua. Dividida en: 1 g/kg/día por 2 días o 0.4 g/kg/día por 5 días. Elegir el esquema de acuerdo con las condiciones clínicas y comorbilidades del paciente.
- ✓ La administración de inmunoglobulina intravenosa posterior a la plasmaféresis no ofrece mayor beneficio en los pacientes por lo que se debe evitar el uso de ambas terapias en el mismo paciente.





"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

- ✓ En casos de pacientes con fluctuaciones relacionadas al tratamiento (con mejoría inicial), ya sea con inmunoglobulina o plasmaféresis, podría considerarse una nueva administración de inmunoglobulina intravenosa (2 g/kg en 2 a 5 días).
- ✓ La inmunoglobulina intravenosa es preferible a la plasmaféresis en personas adultas mayores, por ser más fácil de administrar, mejor tolerancia, y ser igualmente eficaz y segura.

c. Corticoides

- ✓ No se recomienda el tratamiento con corticoides.

d. Tratamiento de soporte

- ✓ Monitoreo continuo y los cuidados críticos
- ✓ Los pacientes que se encuentra en UCI debería recibir evaluaciones neurológicas como parte de su evaluación y manejo.
- ✓ Monitorizar la función respiratoria y valorar si cumple criterios o presenta predictores para iniciar ventilación mecánica.
- ✓ Se sugiere el tratamiento preventivo y rehabilitador de las discapacidad, de forma precoz, bajo un enfoque multidisciplinario e integral, con la frecuencia necesaria de acuerdo a las características clínicas y necesidad de cada paciente.
- ✓ Para el manejo del dolor el tratamiento rehabilitador multidisciplinario podría ser beneficioso. Sin embargo el paciente debería recibir tratamiento de dolor según su necesidad y de acuerdo a los protocolos locales.
- ✓ Para prevenir la trombosis venosa profunda (TVP) el tratamiento rehabilitador multidisciplinario podría ser beneficioso. Sin embargo al paciente se le debería prevenir el desarrollo de TVP mediante tratamiento profiláctico según su necesidad y de acuerdo a los protocolos locales.



7.2 Componente del sistema información para la vigilancia del SGB

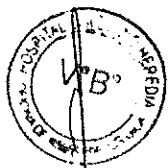
Las acciones para este componente forman parte de lo establecido por el CDC.

7.3 Vigilancia epidemiológica e investigación de casos

1. Notificación EN LINEA INMEDIATA de todo caso y llenado de ficha clínico epidemiológica (Anexo 2) a través del aplicativo NOTI WEB.
2. A todo caso sospechoso, se tomará una muestra de suero, heces, LCR, Orina. Las muestras obtenidas serán canalizadas en el menor tiempo posible desde el laboratorio de establecimiento hacia el INS a través del Laboratorio de Referencia Regional, según las recomendaciones establecidas.
3. Todo caso nuevo debe ser inmediatamente investigado por el equipo de respuesta rápida del nivel local o regional procurando contar con la asesoría de médico neurólogo en el examen clínico.
4. Los responsables de cada IPRESS realizarán la búsqueda activa institucional de diagnósticos compatibles con SGB (Anexo 1) registrados desde el 01 – 04 – 2019 a la fecha.
5. Para la clasificación final del caso se obtendrá estudios de electromiografía.

7.4 Comunicación de riesgo y promoción de la salud:

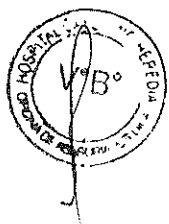
1. Solo la persona autorizada (Vocero) por la GERESA/DIRESA/DIRIS podrá brindar declaraciones a la prensa local, regional o nacional respecto al tema.
2. Todos los trabajadores de salud deben conocer la definición de caso actualizada y reportarlo a epidemiología de su IPRESS o quien haga sus veces.
3. Los mensajes claves dirigidos a la población son los mismos que para la prevención de las enfermedades de transmisión respiratoria o transmisión por contacto: Protección respiratoria, distanciamiento social, lavado frecuente de manos, consumo de agua segura y manipulación adecuada de alimentos.



**VIII. PRESUPUESTO****8.1 EN CASOS DE SOBREDEMANDA MODERADA**

Para implementar las 24 camas, 08 con soporte ventilatorio y 16 sin soporte ventilatorio.

Personal extra en sobredemanda moderada	Número de personal para cubrir las 24 horas por mes	Monto mensual individual en soles	Monto total mensual en soles
Médicos	05	6000	30 000
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	40	13 000	85 800



**RESUMEN DE PRESUPUESTO PARA IMPLEMENTAR PLAN DE
CONTINGENCIA CON SOBREDEMANDA MODERADA EN SGB
PARA 24 PACIENTES**

Recurso Humano	S/ 85 800
Insumos (laboratorio, alquiler de máquina de plasmaferesis, albumina, inmunoglobulina)	S/ 1 610 000
Equipos (monitor cardiaco 7 parametros (10), oximetro de pulso	S/ 2 000 000



"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

(10), aspirador de secreciones con coche (10), resucitador manual (10), tensiómetro digital (10), coche de paro (2), laringoscopio con hojas para adultos (2), lámpara de cuello de ganso (5), estetoscopio (5), ventilador mecánico (5), cama camilla (10), soporte de suero con pedestal (10).	
Total:	S/ 3 695 800

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.

9.3 Enviar el presente plan a Dirección General y a Asesoría Jurídica para la emisión de la Resolución Directoral respectiva.

9.4 Gestionar con administración y logística el presupuesto requerido para cubrir la sobredemanda moderada trabajada en el presente plan de contingencia.



Perú

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

Anexos

ANEXO 01

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES QUE EXCLUYEN SGB (*)

Intracranial

- o Meningitis con meningococia
- o Síndromes de Leto y Guillain

Médula espinal

- o Infarto
- o Mielitis
- o Compresión

Cóulas del asta anterior de la neurona 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 hipomagnesemia o hipofosfatemia
- o Parálisis por paraparesia
- o Mercurismo de sapiente
- o Toxicidad por metales pesados como arsénico, mercurio y talio
- o Neuropatía inducida por fármacos (Ej. vincristina, compuestos de platino, nitrofurantoina, pefloxacin)
- o Porfiria
- o Neuropatía por enfermedad crítica
- o Vasculitis
- o Difteria

Sinapsis neuromuscular

- o Miastenia gravis
- o Envenenamiento por fármacos fosforados
- o Botulismo

Muscular

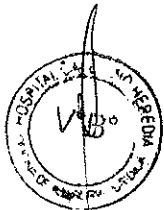
- o Miositis por enfermedad crítica
- o Polimiositis
- o Dermatomiositis
- o Hiper/hipercalcemia

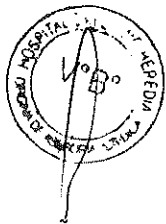
(*) Brighton Collaboration group, Síndrome de Guillain Barré y síndrome de Fisher; Definiciones de caso y documentos para la recolección, análisis y presentación de datos relativos a la seguridad de la inmunización

ANEXO 02

Ficha de Investigación clínico epidemiológica Síndrome de Guillain Barré

1. 姓名 (Name)		2. 性别 (Geschlecht)		3. 出生日期 (Geburtsdatum)		4. 职业 (Beruf)	
姓 (Nachname)	名 (Vorname)	男 (Männlich)	女 (Weiblich)	年 (Jahr)	月 (Monat)	日 (Tag)	职业 (Beruf)
5. 住址 (Wohnort)				6. 联系电话 (Telefonnummer)			
地址 (Adresse)				电话 (Telefon)			
7. 工作单位 (Arbeitsort)				8. 健康状况 (Gesundheitszustand)			
单位名称 (Einrichtung)				健康状况 (Gesundheitszustand)			
9. 其他 (Sonstiges)				10. 备注 (Anmerkungen)			
其他 (Sonstiges)				备注 (Anmerkungen)			
11. 调查人 (Erhebender)				12. 调查日期 (Erhebungsdatum)			
调查人 (Erhebender)				调查日期 (Erhebungsdatum)			



[illegible]

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



V.B.U.

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

ANEXO 03

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. Araflexia osteotendinosa

Puede aceptarse una areflexia distal o 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, 50% 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. Disturbio autonómico (taquicardia, hipotensión postural, hipertensión arterial, síncopa vasovagotónica). 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 o ondas P prolongadas.

Criterios clínicos variantes (no van en orden de importancia):

1. Fiebre al comienzo
2. Pérdida sensitiva severa, con dolor. En los niños el dolor es un síntoma común (47%).
3. Progresión más allá de 4 semanas.
4. Cese de la progresión sin recuperación o con secuelas permanentes importantes.
5. Compromiso de esfínteres: Generalmente no se afectan pero puede haber una parálisis voidal transitoria.



"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

6. **Mezcladura del Sistema Nervioso Central:** Aunque puede verse en la mayoría de las edades, en el síndrome de Guillain Barré, debe descartarse que se trate de otro diagnóstico.

B. Criterios de Líquido Cefalorraquídeo (LCR):

1. Proteína aumentada > tras 14 semanas.
2. Menor de 10 células/mm³ (leucocitos mononucleares):
Mononúcleos.
3. Disminución de LCR en 1-10 semanas (pico).
4. LCR con 11-50 leucocitos mononucleares.

C. Criterios electrofisiológicos:

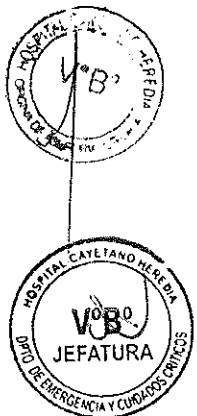
CRITERIOS DE DESMIELINIZACIÓN (Delante y atrás) (2) - Electrofisiología

Basar en los criterios 4 de los siguientes criterios, en 5 nervios (deben ser al menos 1 nervio anterior y uno posterior).

1. Reducción de la velocidad de conducción motora:
 - a. Menor del 80% del rango inferior de la normalidad (LIN) y la amplitud es mayor del 80% del LSN.
 - b. Menor del 70% del LIN y la amplitud es menor del 80% del LSN.
2. Bloqueo parcial de la conducción: menor 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 (LIN) y 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, o la amplitud del PAMC es superior a 80% del LIN.
6. Velocidad de conducción sensitiva: la menor deflexión que la referencia 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 90% del límite inferior de la normalidad (LIN):
 - a. Nota: el estudio se realiza mediante estimulación periférica con electrodos cutáneos, a intensidad supramaxima, y registrando con electrodos también de superficie.

III. Criterios que alejan la posibilidad de cuadro de SGB

1. Asimetría marcada o persistente de la parálisis.
2. Discrepancia entre la fuerza en el pie.
3. Discrepancia entre la fuerza proximal y distal.





PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

4. Más de 50 leucocitos mononucleares en LCR.
5. Presencia de leucocitos polinucleares en el LCR.
6. Nivel sensitivo nítido, agudo.

IV Criterios que descartan el diagnóstico

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

VARIANTES CLÍNICAS DE SGB

1. Síndrome G-B agudo desvelinizante (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 areflexia. Está desencadenado por ciertas cepas de *Campylobacter jejuni* que inducen la formación de anticuerpos anti-gangliósido GQ1b.

ESCALA FUNCIONAL DE GRAVEDAD CLÍNICA DEL SGB

0. sano, normal.
1. síntomas y signos leves, pero que le permiten hacer las actividades de andar, correr aun 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 DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

ANEXO 04

FICHA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE SÍNDROME GUILLAIN BARRE

EVALUACION FUERZA MUSCULAR

Paciente	MÍEMBROS SUPERIORES				MÍEMBROS INFERIORES				CUELLO			
	Ext. Sup.	Ext. Inf.	Ext. Med.	Ext. Ab.	Ext. Sup.	Ext. Inf.	Ext. Med.	Ext. Ab.	Ext. Sup.	Ext. Inf.	Ext. Med.	Ext. Ab.
Fecha												
Valor												

PRUEBA DE FUERZA MUSCULAR AL CUELLO (Prueba de la cabeza)

1. Mantener la cabeza en posición normal.
2. Rotar la cabeza hacia la izquierda y hacia la derecha.
3. Mantener la cabeza en posición normal y hacia la izquierda y hacia la derecha.
4. Mantener la cabeza en posición normal y hacia la izquierda y hacia la derecha.
5. Mantener la cabeza en posición normal y hacia la izquierda y hacia la derecha.

EVALUACION REFLEJOS OSTEOCONDINGOS

Paciente	MÍEMBROS SUPERIORES				MÍEMBROS INFERIORES			
	Ext. Sup.	Ext. Inf.	Ext. Med.	Ext. Ab.	Ext. Sup.	Ext. Inf.	Ext. Med.	Ext. Ab.
Fecha								
Valor								

PRUEBA

1. Mantener la cabeza en posición normal.
2. Rotar la cabeza hacia la izquierda y hacia la derecha.
3. Mantener la cabeza en posición normal y hacia la izquierda y hacia la derecha.
4. Mantener la cabeza en posición normal y hacia la izquierda y hacia la derecha.
5. Mantener la cabeza en posición normal y hacia la izquierda y hacia la derecha.

CONDUCCION NERVIOSA MOTORA

Paciente	IZQUIERDA				DERECHA			
	Ext. Sup.	Ext. Inf.	Ext. Med.	Ext. Ab.	Ext. Sup.	Ext. Inf.	Ext. Med.	Ext. Ab.
Fecha								
Valor								

CONDUCCION NERVIOSA SENSITIVA

Paciente	IZQUIERDA				DERECHA			
	Ext. Sup.	Ext. Inf.	Ext. Med.	Ext. Ab.	Ext. Sup.	Ext. Inf.	Ext. Med.	Ext. Ab.
Fecha								
Valor								

Paciente	IZQUIERDA				DERECHA			
	Ext. Sup.	Ext. Inf.	Ext. Med.	Ext. Ab.	Ext. Sup.	Ext. Inf.	Ext. Med.	Ext. Ab.
Fecha								
Valor								

Paciente	IZQUIERDA				DERECHA			
	Ext. Sup.	Ext. Inf.	Ext. Med.	Ext. Ab.	Ext. Sup.	Ext. Inf.	Ext. Med.	Ext. Ab.
Fecha								
Valor								





PERU

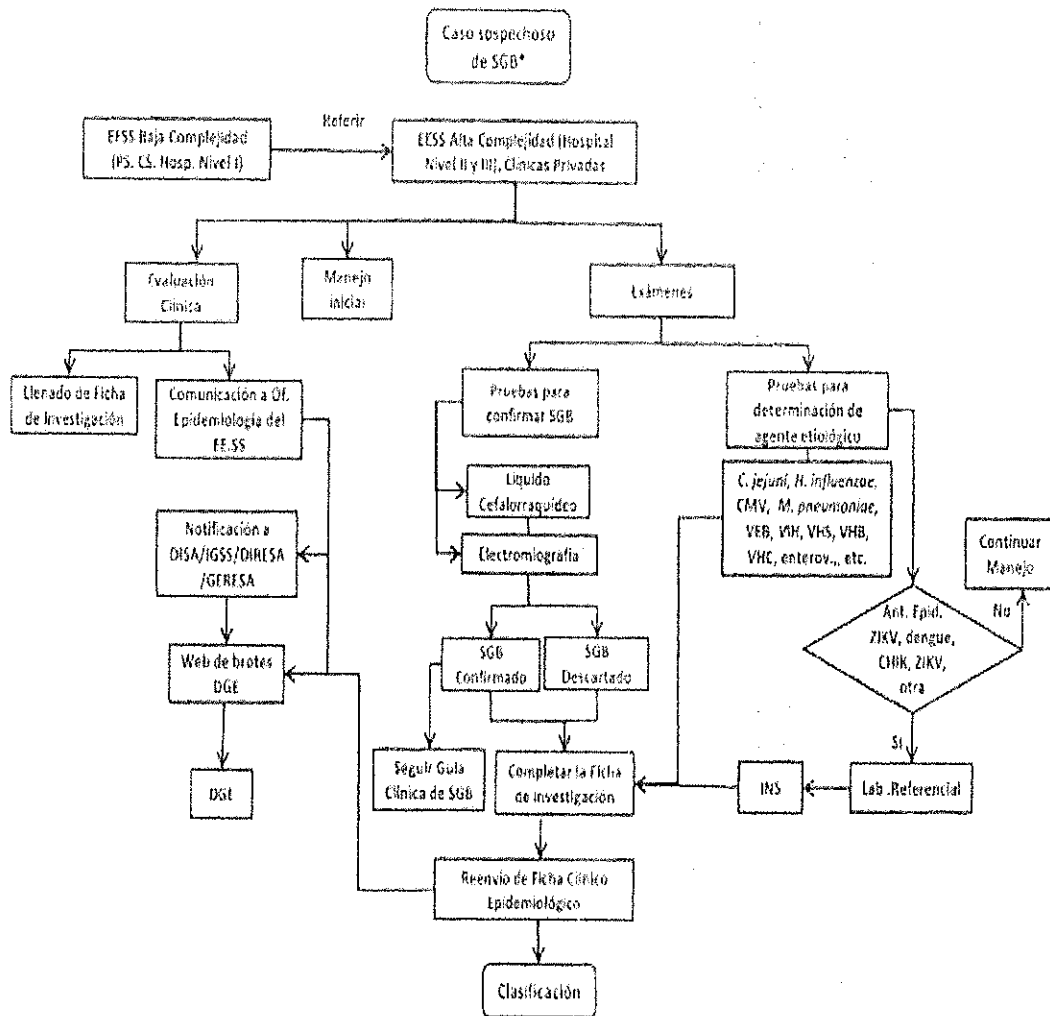
Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

ANEXO 05

FLUJOGRAMA DE VIGILANCIA SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ (SGB)



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



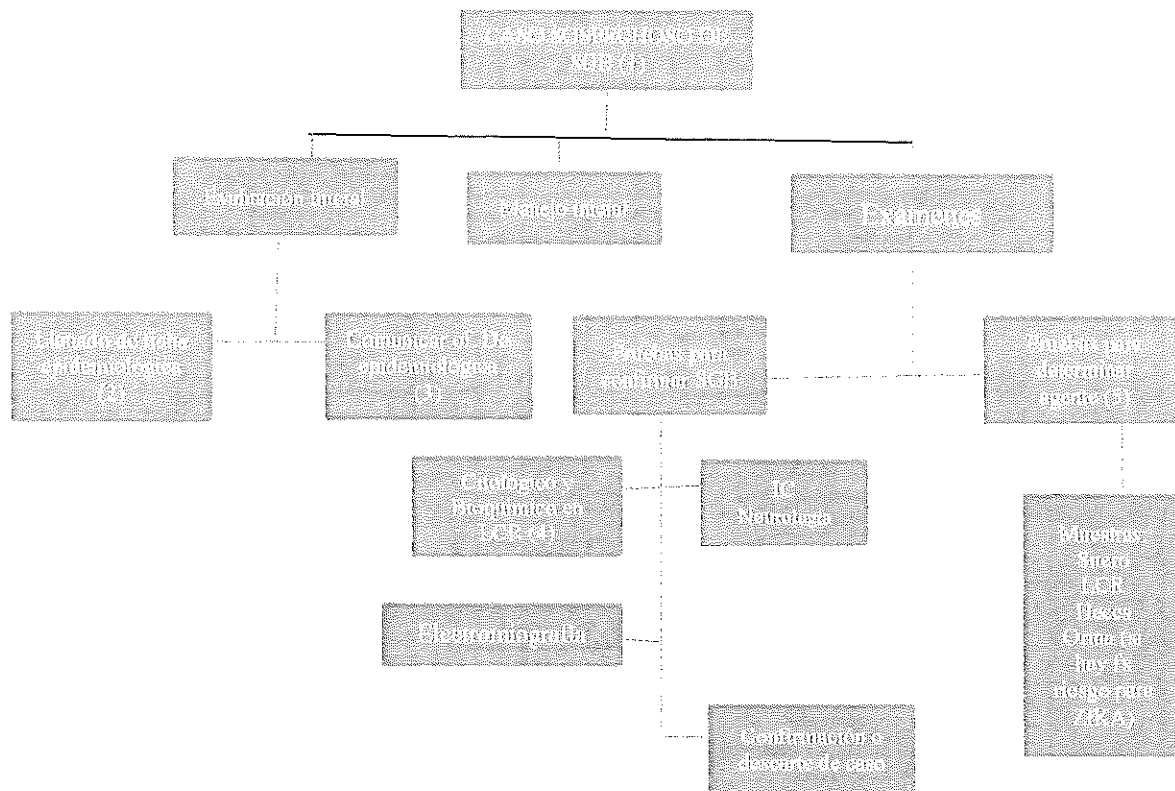
MCH

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

ANEXO 06 FLUJOGRAMA SINDROME DE GUILLAIN BARRE HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



- (1) Debilidad muscular en extremidades, aguda, simétrica y ascendente. En menores de 15 años, también se debe hacer el llenado de la ficha epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda (PFA)
- (2) El llenado de la ficha es por triplicado. Se deben entregar las 3 copias, debidamente llenadas a laboratorio central.
- (3) En caso de fines de semanas o feriados, comunicar acerca del caso al teléfono 994311626 (Dr. Carlos Medina) para poder hacer seguimiento del caso.
- (4) Disociación Albúmina-citológico (Nivel de proteínas mayor al rango normal y valor de leucocitos menor a 50 cel/mm³)
- (5) El personal de laboratorio central se encargará de tomar la muestra de suero. El personal médico deberá garantizar la entrega de las muestras de LCR, heces y orina (si aumenta el caso)

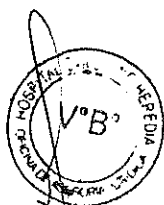


"AÑO DEL DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

ANEXO 07

Obtención de muestras para diagnóstico en el tercer nivel de atención

TIPO DE MUESTRA	CANTIDAD	TIPO DE RECIPIENTE	CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO	OBSERVACIONES
SUERO	3-5 ml	Tapa roja	Refrigeración 4-8 °C	
HECES	10-15 g	Frasco boca ancha estéril	Congelación	Trasladar congelado al Laboratorio referencial
HISOPADO NASOFARINGEO	2 Hisopos de Dacón o Polyester	Medio de transporte viral	Refrigeración 4-8 °C	
LCR	5 ml	Frasco estéril	Refrigeración 4-8 °C	
ORINA	20-25 ml	Frasco boca ancha estéril	Refrigeración 4-8 °C	





X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Christiaan Fokke, Bianca van den Berg. Diagnossis of Guillain-Barré síndrome 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, I 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.
7. Wijdicks EF, Klein CJ. Guillain Barre syndrome. Mayo Clinic proceedings. 2017; 92: 467-79
8. Esposito S, Longo MR. Guillain Barre syndrome . Autoimmunity reviews. 2017; 16: 96-101.
9. Willison HJ, Jacobs BC, Van Doorn PA. Guillain Barre syndrome. Lancet. 2016; 388: 717-727

