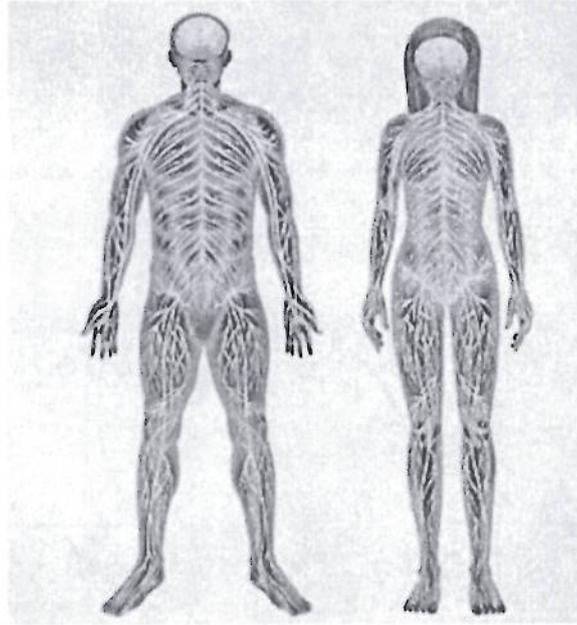


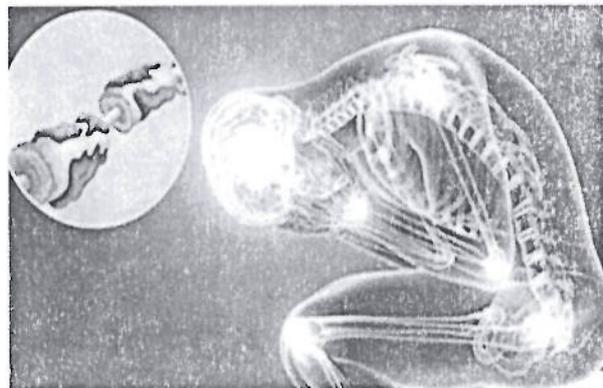


DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE

PLAN DE CONTINGENCIA



ALERTA Y RESPUESTA FRENTE A INCREMENTO DE CASOS POR SINDROME GUILLAIN BARRÉ



EL AGUSTINO - 2019





PLAN DE CONTINGENCIA ALERTA Y RESPUESTA FRENTE A INCREMENTO DE CASOS POR SINDROME GUILLAIN BARRÉ

I. INTRODUCCION

El síndrome de **Guillain-Barré (SGB)** es un trastorno en el cual el sistema inmunológico del cuerpo ataca a parte del sistema nervioso periférico; los primeros síntomas incluyen diversos grados de debilidad muscular o sensaciones de hormigueo y pérdida de sensibilidad, frecuentemente en brazos y piernas; en el SGB, el sistema inmunitario del organismo ataca parte del sistema nervioso periférico.

Es descrito como una parálisis flácida ascendente que llega a afectar la función respiratoria, necesitando en los casos graves de ventilación mecánica; el manejo es especializado y compromete al equipo multidisciplinario. Los cuadros descritos en el presente año, es un tanto variado, puede iniciar con sintomatología descendente y/o ascendente, compromete indistintamente ambas extremidades o no.

Se trata de una afección rara. Si bien pueden verse afectadas personas de todas las edades, es más frecuente en adultos y en el sexo masculino. La tasa de mortalidad es alrededor del 8%, teniendo los adultos mayores un riesgo incrementado.

Este síndrome, es estacional que ocurre todos los años en el país. Según el Ministerio de Salud (MINSA), cada año se notifican entre 100 y 200 casos nuevos. En el año 2016, debido a la amplia dispersión del virus Zika en las Américas y el Perú, así como su relación con el SGB, el Ministerio de Salud aprobó el Protocolo Sanitario de Urgencia para la Vigilancia del Síndrome de Guillain Barré, con RVM N°025-2016- SA-DVN-SP.

En el segundo trimestre del 2018 ocurrió un brote extenso de SGB en el departamento de la Libertad en el cual no se registraron defunciones, en razón de la intervención oportuna del nivel local, regional, nacional, incorporándose al sistema de vigilancia, la notificación inmediata y obligatoria, así como la búsqueda activa institucional de casos de SGB. En este brote, los casos tuvieron una evolución rápida donde la parálisis en la mayoría de los casos fue descendente o mixta, situación que representó una característica clínica nueva en el país siendo los análisis de laboratorio no concluyentes acerca de la etiología del brote.

Ante el brote del presente año, que compromete a varios departamentos del país, con el riesgo de expansión, la DIRIS Lima Este, formula el presente Plan de Contingencia para la Prevención y Control de los casos de Síndrome de Guillain Barré 2019, comprometiendo a los EESS de 1er. Nivel de atención y Hospitales locales II-1, II-2 y de referencia III-1 de la jurisdicción.

El presente plan, movilizará los recursos existentes para optimizar la vigilancia y respuesta oportuna frente a la actual situación.





II. SITUACION ACTUAL

En lo que va del año, se han registrado en la vigilancia unos 330 casos, concentrados en los departamentos de Lima, Piura, La Libertad, Junín, Lambayeque, Ancash y Cajamarca. Ante esta situación, la mejor herramienta de prevención es estar informados y saber cómo actuar si se presentan síntomas.

Vigilancia de Síndrome de Guillain Barré por Regiones Perú 2019* Tasa ajustada al 11 de junio

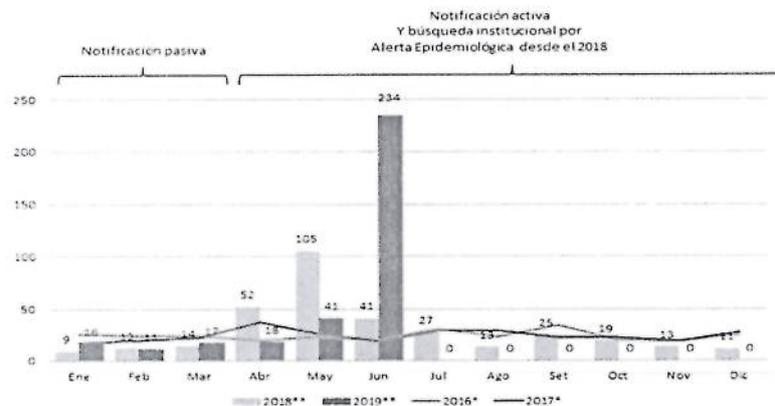
	Casos	Tasa x 100 000 Hab	Casos esperados**	
AMAZONAS	0	0.00	[1-3]	Debajo
ANCASH	16	1.37	[4-9]	Incremento +7
APURIMAC	0	0.00	[1-3]	Debajo
AREQUIPA	4	0.30	[5-11]	Debajo
AYACUCHO	0	0.00	[2-5]	Debajo
CAJAMARCA	19	1.23	[5-12]	Incremento +7
CALLAO	8	0.76	[4-8]	esperado
CUSCO	5	0.37	[5-11]	esperado
HUANCAVELICA	4	0.79	[1-4]	esperado
HUANUCO	1	0.11	[3-7]	Debajo
ICA	4	0.49	[3-6]	esperado
JUNIN	47	3.40	[5-11]	Incremento +36
LA LIBERTAD	45	2.33	[7-16]	Incremento +29
LAMBAYEQUE	12	0.93	[5-10]	Incremento +2
LIMA	102	0.99	[40-65]	Incremento +17
LORETO	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	64	3.39	[7-15]	Incremento +49
PUNO	0	0.00	[5-12]	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	[2-4]	Debajo
Total general	338	1.05	[126-268]	Encima



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

En el análisis de la presentación de casos a través de los meses, podemos observar, efectivamente incremento fuera de la tendencia a partir de abril, con el pico más elevado para las últimas semanas que corresponden a junio, comportamiento diferente al mostrado en 2018, en el que el mayor número de casos registrados se dio en mayo.

Síndrome de Guillain Barré por meses Perú



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

** Sistema de vigilancia epidemiológica del Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades 2018-2019 actualizado al 11 de junio 2019

CASOS NOTIFICADOS DE SINDROME DE GUILLAIN BARRE. DIRIS LIMA ESTE 2019 AL 11-06-19 (10:20 horas)

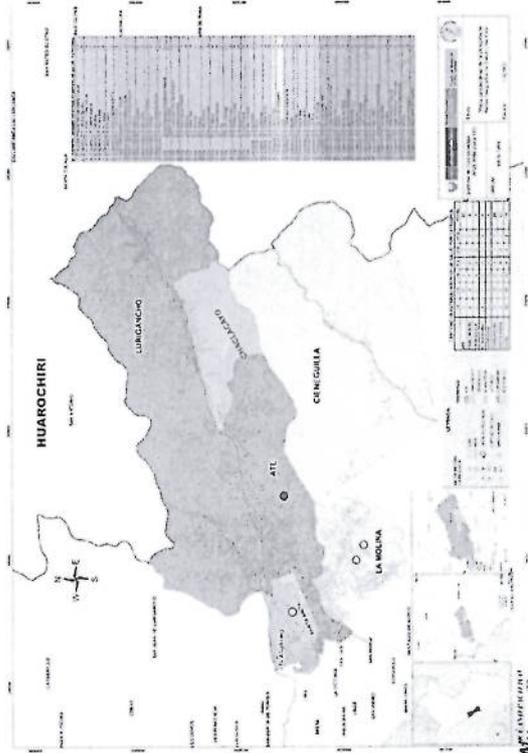
N° de Caso	Condición	Necesidad de hospitalización (S. No)	sexo	edad	tipo de edad	Grupo Edad	Ocupación	Departamento	distrito	tipo de	fecha inicio de enfermedad (día/mes/año)	fecha hospitalización (día/mes/año)	Sub sector (Minsa, Essalud, Privado)	res_soc (Hospital)
1	HOSPITALIZADO	SI	M	67 AÑOS	60 a 69 años	RUBIADO	LIMA	PUENTE PIEDRA	SOSPECHOSO	SOSPECHOSO	01/06/2019	02/06/2019	MINSA	Hospital Nacional Hipolito Uinane Derivado de: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz el 01/06/2019
2	HOSPITALIZADO	SI	F	56 AÑOS	50 A 59 años	AMA DE CASA	LIMA	ATE	CONFIRMADO (CLINICA)	CONFIRMADO	05/06/2019	06/06/2019	MINSA	Hospital Nacional Hipolito Uinane Derivado de: Hospital de Barranca el 07/06/2019
3	HOSPITALIZADO	SI	M	16 AÑOS	10 a 19 años	ESTUDIANTE	LIMA	SUPE	SOSPECHOSO	SOSPECHOSO	07/06/2019	07/06/2019	MINSA	Hospital Nacional Hipolito Uinane Derivado de: Hospital de Barranca el 07/06/2019
4	HOSPITALIZADO	SI	F	49 AÑOS	40 a 49 años	AMA DE CASA	LIMA	SANTA ANITA	SOSPECHOSO	SOSPECHOSO	08/06/2019	09/06/2019	MINSA	Hospital Nacional Hipolito Uinane
5	HOSPITALIZADO	SI	F	41 AÑOS	40 a 49 años	VENTA DE PASAJES	LIMA	LA MOUINA	SOSPECHOSO	SOSPECHOSO	08/06/2019	10/06/2019	ESSALUD	Hospital Carlos Alcántara B. Derivado de: Hospital Nacional Hipolito Uinane
6	HOSPITALIZADO	SI	M	25 AÑOS	20 a 29 años	ESTUDIANTE	LIMA	LA MOUINA	SOSPECHOSO	SOSPECHOSO	03/06/2019	10/06/2019	MINSA	Hospital Nacional Cavendish Heredia 10/06/2019

Fuente: Oficina de Epidemiología - DMGS - DIRIS LIMA ESTE

Durante el año 2018 se registraron 13 casos procedentes de los distritos de DIRIS Lima Este de los cuales 04 fueron confirmados con apoyo de servicios intermedios.

Actualmente a la semana epidemiológica 24 - 2019, se han registrado 04 casos de los cuales 01 ya está confirmado; sin embargo se espera más casos de acuerdo a las tendencias a nivel nacional y también recibir casos en nuestros hospitales de diferentes puntos del país, el cual demandará servicios y medicamentos respectivos para su respectivo tratamiento.

MAPA DE CASOS DE SINDROME DE GUILLAIN BARRE DIRIS LIMA ESTE Junio -2019





III. FINALIDAD:

Contribuir a reducir el impacto sanitario, social y económico que generan la presencia de casos de SGB en la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Este.

IV. OBJETIVOS:

- **Objetivo General**
Disminuir el riesgo elevado que afecta a la salud y la vida de a población que acude a los servicios de salud por presentar sintomatología relacionada con el Síndrome de Guillain Barré, y disminuir las complicaciones generadas por el SGB, en el ámbito de la DIRIS Lima Este, para el presente año.
- **Objetivos Específicos:**
 - Conformar y mantener activo El Comité de Alerta y Respuesta frente al incremento de casos de Síndrome de Guillain Barré.
 - Fortalecer y optimizar la Vigilancia de casos y respuesta adecuada y oportuna de casos que demande atención de salud con síntomas de SGB en la jurisdicción.
 - Identificar tempranamente los casos con sospecha diagnóstica de SGB, para la derivación oportuna y tratamiento correspondiente.
 - Identificar los centros de referencia para la atención de casos, y el acondicionamiento de ambientes con su respectivo equipamiento y abastecimiento de medicamentos, insumos y materiales para el manejo de casos de SGB.
 - Optimizar las medidas de prevención y control para evitar la aparición e incremento de casos.
 - Reforzar la coordinación interinstitucional e institucional que facilite la adecuada y oportuna atención de los casos de SGB.

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificaciones.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N°023-2005-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 032 – 2017. Disposición complementaria modificatoria: Modificación de los artículos 113, 125 y 136 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N°013-2019-SA, Decreto Supremo que declara en emergencia sanitaria los departamentos de Piura, Lambayeque, La Libertad, Junín y Lima, por el plazo de noventa (90) días calendario.



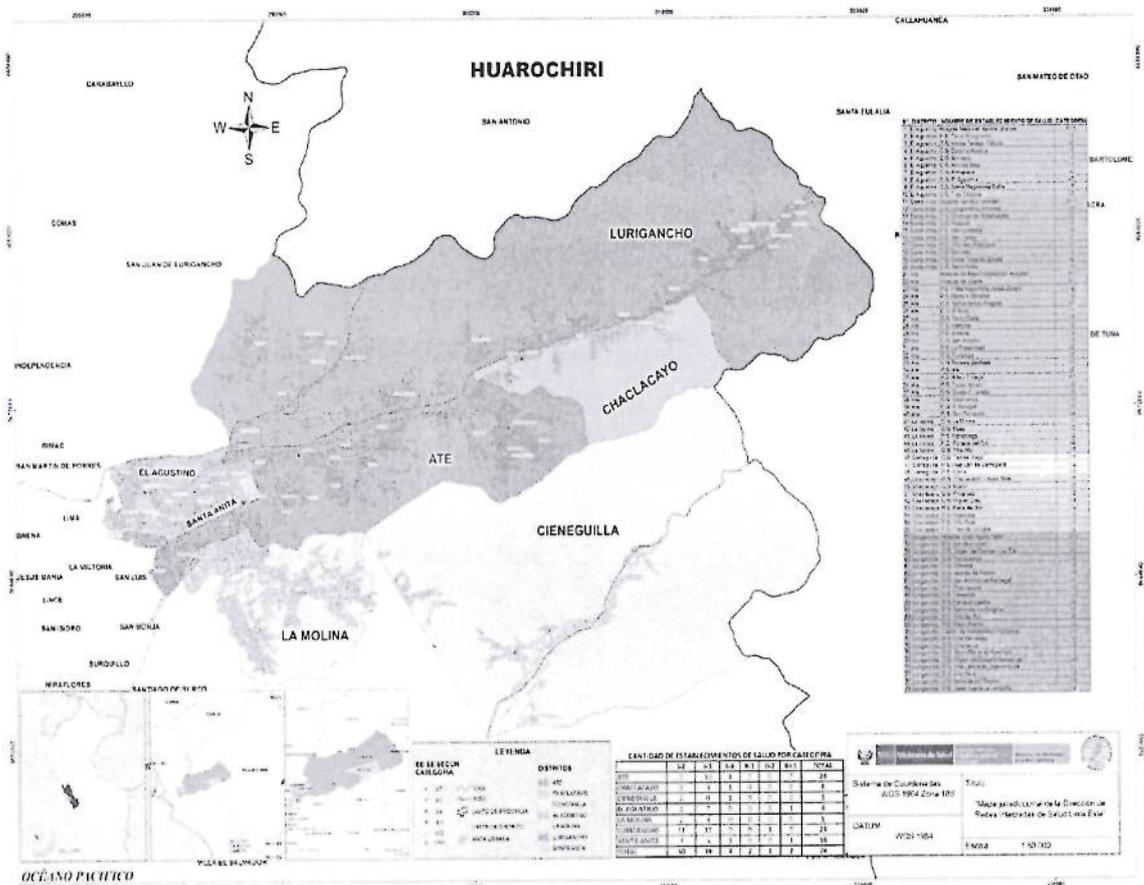


- Resolución Viceministerial N° 026-2016.SA-DVM-SP/MINSA, que aprueba el Protocolo Sanitario de Urgencia para la Vigilancia del Síndrome de Guillain Barré
- Alerta Epidemiológica AE – 001-2019, Incremento de casos de Síndrome de Guillain Barré en varias regiones del país.

VI. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan es de aplicación y cumplimiento en el ámbito de la DIRIS Lima Este, 07 distritos (Lurigancho, Ate, Santa Anita, Agustino, La Molina, Chaclacayo, Cieneguilla).

Mapa Jurisdiccional de la DIRIS Lima Este



VII. ESTRATEGIAS

- 7.1. Conformación del Comité de Alerta y Respuesta frente al incremento de casos de SGB.
- 7.2. Del sistema de notificación
- 7.3. De la Respuesta de los servicios en RED- organización de la respuesta hospitalaria
- 7.4. Fortalecimiento de capacidades y competencias del Recurso Humano- equipo multidisciplinario.
- 7.5. Comunicación Estratégica





VIII. RESULTADOS ESPERADOS

- Comité de Alerta y respuesta frente al incremento de casos de SGB operativo
- Sistema de vigilancia epidemiológica e investigación que responde a las necesidades para la toma de decisiones.
- Red de servicios con la capacidad instalada para la detección precoz de los casos, y la atención adecuada según protocolo, evitando complicaciones y muertes por SGB.
- Red de servicios activos y responsable en la atención y referencia de casos según necesidad.
- Red de laboratorios que brindan el soporte necesario para la toma y transporte de muestras de casos sospechosos de SGB.
- Población informada acude a los establecimientos oportunamente.

IX. COMPONENTES

9.1. Comunicación de riesgo

La comunicación de riesgo, se refiere al intercambio en tiempo real, de información, recomendaciones y opiniones, entre expertos y/o funcionarios y personas que se enfrentan a una amenaza (riesgo) para su sobrevivencia, su salud o su bienestar económico o social.

El objetivo final de la comunicación de riesgos es que toda persona expuesta a un riesgo sea capaz de tomar decisiones informadas para mitigar los efectos de la amenaza (riesgo), como el brote de una enfermedad, y tomar las medidas y acciones de protección y prevención.

La comunicación de riesgos utiliza variadas técnicas de comunicación que van desde los medios de comunicación social a medios de comunicación masiva, grupos de interés y motivación comunitaria. La comunicación de riesgos requiere de la comprensión de las percepciones de las partes interesadas, de las preocupaciones y creencias, así como de sus conocimientos y prácticas.

Una comunicación de riesgos efectiva debe ser capaz de identificar y poder manejar desde un inicio, los rumores, así como la desinformación y otros desafíos de la comunicación.

Sólo el vocero de la institución, el Director General brindará declaraciones a la prensa local, y nacional respecto a la evolución del evento.

Estrategia Intramural:

Siendo el SGB una amenaza sanitaria, se incidirá en incrementar el grado de conocimiento y la sensibilización a los trabajadores de salud con información preventiva en el primer nivel de atención y hospitales





- Brindar información en la sala de espera de los establecimientos de salud, así como también la implementación de murales informativos, información a nivel intranet.
- Fomentar en los trabajadores conciencia de los mensajes de salud preventivos en el primer nivel de atención a fin de reconocer los signos y síntomas del SGB.
- Propiciar la adopción de prácticas de higiene en el lavado de manos, consumo de agua segura y manipulación adecuada de alimentos.
- Difusión de los mensajes preventivos por la red interna a los trabajadores de la DIRIS Lima Este. Sensibilización para la adopción de medidas protectoras. Todo el personal técnico y administrativo de la sede debe conocer del tema y manejar mensajes claros y precisos.

Estrategia Extramural:

- Se realizarán actividades de movilización social y activaciones informativas en lugares concurridos como plazas, mercados, instituciones educativas, mototaxistas, medios de transporte local. Por ello se requerirá material de difusión como volantes, stickers, banners, banderolas, hojas informativas con las recomendaciones sanitarias en el reconocimiento de signos y síntomas ante la situación del brote, entre otros.
- Estrategia de fortalecimiento de capacidades: Se realizará reuniones informativas a comunicadores de universidades, municipios, Unidad de Gestión Educativa Local y medios de prensa local para socializar las recomendaciones sanitarias.

Población Informada en Medios masivos y Redes Sociales

- Difusión a través de Facebook y Página Web (redes sociales)
- Tips virtual de mensajes básicos sobre el SGB.
- Activar el directorio de medios de comunicación local
- Elaboración de videos interactivos con líderes locales y de la comunidad y personal de salud
- Redacción de notas de prensa
- Elección de voceros, para la comunicación efectiva de riesgos y crisis, ante la presentación de casos para su protección.
- En los establecimientos de salud poner a disposición de los usuarios el flujo de atención ante probables casos del SGB.
- Información permanente a través de diversos canales de comunicación masiva, alternativa a las organizaciones y autoridades gubernamentales.

9.2. Promoción de la salud

- Sensibilización a la comunidad sobre el daño y los riesgos y necesidades de buscar atención de salud frente al SGB, Parálisis Flácida y otros síndromes neurológicos agudos, en:
 - Universidades, link (flash) al 100% de alumnos





Juan Pablo II (1555), Agraria (7500), Cesar Vallejo (4850), UTP (3200), CISE (1200), Peruana Unión (4500), UNIFE (2500), Cantuta (7800), UNFV (1552), USMP (derecho (4000), sede (7500), USIL (1200)

(2 charla educativa integrando a las universidades y su comunidad educativa)

- UGEL (alerta epidemiológica, link educativo y solicitar que realicen charlas del lavado de manos)
- Municipalidades (Alerta epidemiológica, link educativo y reforzar la práctica del lavado de manos 80% al personal de la Municipalidad)
- Actores sociales (240), cada UBG brindara charla educativa en el lavado de manos y prevención del Síndrome Guillain Barré a 60 actores sociales.

9.3. Vigilancia epidemiológica e investigación de casos

- La vigilancia de SGB es de carácter obligatorio en todos los establecimientos de salud públicos y privados, de la DIRIS Lima Este que permitirá conocer el comportamiento del SGB en la jurisdicción y el país, identificando incrementos en el registro de casos.
- La notificación será en línea, y el correcto y oportuno llenado de la ficha clínico epidemiológico a través del NOTI WEB inmediatamente conocido el caso, con el correcto y oportuno llenado de la ficha clínico epidemiológico.
- A todo caso sospechoso, se tomará una muestra de suero, heces, LCR, orina e hisopado naso-faríngeo, de acuerdo a la normatividad vigente.
- Las muestras obtenidas serán canalizadas en el menor tiempo posible desde el laboratorio de establecimiento de salud hacia el Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Laboratorio de Salud Pública de la DIRIS Lima Este, según las recomendaciones establecidas.
- Todo caso nuevo debe ser inmediatamente investigado por el equipo de respuesta rápida del nivel local, UGB o de DIRIS. Lima Este, procurando contar con la asesoría de médico neurólogo en el examen clínico.
- Los responsables de cada IPRESS realizarán la búsqueda activa institucional de diagnósticos compatibles con SGB (Anexo 3) registrados desde el 01 – 04 – 2019 a la fecha. Para ello se ampliará horario de los mismos para cumplir con notificación obligatoria.
- Para la clasificación final del caso se obtendrá estudios de electromiografía.
- Se intensificara la vigilancia del SGB en los pacientes procedentes de zonas con transmisión de Zika.
- Todos los hospitales remitirán reporte dos veces al día a las 08:00 h. y a las 20:00 h., de acuerdo a las pautas emitidas por la Oficina de Epidemiología de la DIRIS Lima Este.

9.3.1. Definiciones de caso

Caso sospechoso de SGB: Persona con debilidad en extremidades de 12 h 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 SGB: Caso sospechoso con:

- LCR con cifra total leucocitos < 10 células/μl; y elevación de proteínas en líquido cefalorraquídeo > 45 mg/dl; o
- Con datos electrofisiológicos compatibles con SGB.

9.3.2. Flujo de información

Ver anexo N° 01 Ficha de Notificación

Ver Anexo N° 01-A Flujograma de envío de Información o notificación inmediata ante brotes epidémicos en la Red de Epidemiología.

Ver Anexo N° 01-B Diagnósticos compatibles con SGB

9.4. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y ATENCIÓN DE CASOS

Para la atención de la emergencia se ha previsto las siguientes actividades relacionadas con la capacidad instalada de ambientes, camas, equipamiento y disponibilidad en las unidades de servicios críticos e intensivos, así como competencias del equipo multidisciplinario en los diferentes niveles de atención.

9.4.1. Acciones previas a la atención de los pacientes.

- Elaborar el Plan de atención del establecimiento de salud para la atención de los paciente con síndromes neuro – musculares según nivel de atención así como la elaboración el flujo de atención de cada probable caso de pacientes con síndromes neuro-musculares, con posible diagnóstico de SGB.
- Socialización del Plan de atención, Guías de atención al personal del establecimiento de salud, priorizando a los que son parte de áreas críticas, como el servicio de emergencia, cuidados intermedios, cuidados intensivos y laboratorio.
- Fortalecimiento previo de las capacidades del personal de salud de los niveles de atención, para la toma de decisiones según capacidad resolutive.
- Fortalecimiento de la atención de los casos con personal especializado; para el cual, será adecuado a las directivas emitidas por el Ministerio de Salud Nivel Central en relación a gestión de Recursos Humanos (horas complementarias de ser necesario).
- Garantizar las actividades de bioseguridad así como el material para su práctica. (lavado de manos, protección personal).
- Contribuir el abastecimiento para la atención según nivel. Desde el nivel I-2 al I-4 primer Nivel, y monitorear el abastecimiento de material de bioseguridad que permita la atención de los probables casos de SGB en los niveles II y III de DIRIS LE.
- Para el nivel III-3, deberá garantizar el abastecimiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y equipos. Para ello se realizará la coordinación con la DIRIS Lima Este, DGOS y CENARES.
- Monitoreo previo de los sistemas de comunicación del establecimiento de salud para la referencia del paciente.





9.4.2. Acciones durante la atención del paciente con Síndrome Neuro – muscular.

- Atención del paciente según nivel resolutivo y de acuerdo a la Guía Nacional de Atención de paciente con Síndromes Neuro Musculares – SGB.
- Activación y ejecución del Plan de Bioseguridad.
- Definición de responsabilidades en la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos de SGB, parálisis flácida y otros síndromes neurológicos agudos por niveles de competencia:
 - I-2 : Identificación y detección de casos, derivación, educación sanitaria
 - I-3 : Identificación y detección de casos, educación sanitaria, derivación, seguimiento
 - I-4 : Identificación y detección de casos, educación sanitaria, derivación, seguimiento
 - II-1: Identificación y detección de casos, derivación, Seguimiento
 - II-2: Identificación y detección de casos, derivación, seguimiento
 - III-1: Recepción del paciente, atención en área crítica para estabilización del paciente, tratamiento, rehabilitación, Contra referencia.
- En caso de saturación por el incremento de casos, se reportará a la DIRIS Lima Este, para el apoyo y ampliación de la oferta hacia otros hospitales del mismo nivel en Lima Metropolitana. Anexo N° 02 y Anexo N° 03.

9.4.3. Acciones posterior a la atención del paciente con síndrome Neuro – muscular.

- Evaluación y estudio de caso con el comité de Alerta y respuesta del Establecimiento de Salud.
- Monitoreo de abastecimiento de medicamentos e insumos para reposición.
- Evaluación de acciones de bio seguridad.
- Coordinación con el área de epidemiología para el seguimiento del caso.
- Limpieza y desinfección según las normas de bioseguridad.

9.4.4. Criterios a considerar en el diagnóstico

9.4.4.1. Diagnóstico de casos

- Diagnóstico clínico, el SGB, está basado en la clínica que presente el caso:
 - Identificación de signos y síntomas
 - Inicio de enfermedad/interacción cronológica





Cuadro Clínico

Primeros síntomas	• Adormecimiento, parestesias, debilidad o dolor distal
Característico	• Debilidad simétrica, progresiva • Progresión en 12 horas – 28 días • Hiporreflexia – arreflexia
Antecedente	• Infección respiratoria, gastrointestinal 3 días – 6 semanas antes



➤ Criterios de Diagnóstico de Brighton

Ítems que se requieren	Criterios de Brighton		
	Niveles de certeza diagnóstica		
	1	2	3
1. Debilidad muscular bilateral y flácida en extremidades	+	+	+
2. Hiporreflexia o arreflexia en extremidades débiles	+	+	+
3. Patrón de enfermedad monofásico	+	+	+
4. Inicio a nadir de la debilidad: 12 horas – 28 días + meseta subsecuente	+	+	+
5. Disociación albuminocitológica en LCR (elevación de proteínas y número de leucocitos < 50 células/μL)	+	+/#	
6. Hallazgos electrofisiológicos (ENMG) consistentes con SGB	+	#	
7. Ausencia de un diagnóstico alternativo identificado de la debilidad	+	#	+

Niveles de certeza diagnóstica

Nivel 1: Es el nivel más alto (el diagnóstico de SGB es el más probable). Todos los ítems están presentes

Nivel 2: Ítems presentes 1 – 4, # 5 (LCR) presente, o cuando el LCR no se colecta/no está disponible 6 (ENMG) y 7 (ausencia o diagnóstico alternativo identificado causante de la debilidad) presente

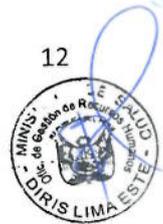
Nivel 3: Ítems 1 – 4, y 7 presentes

Tomado de van Doorn PA. Diagnosis, treatment and prognosis of Guillain-Barre syndrome (GBS) 20

➤ Diagnóstico de Laboratorio

A. Consideraciones a tener en cuenta para la toma y recolección de muestras:

- Cumplir todas las medidas de bioseguridad pertinentes, en especial realizar el lavado de manos durante todo el proceso.
- Emplear equipos de protección personal (EPP) al manipular las muestras. Colocar los residuos biocontaminados en bolsas o recipientes de color rojo.
- Enviar la muestras inmediatamente a la Oficina de Laboratorio de Salud Pública (OLSP) de la DIRIS Lima Este, garantizando la cadena de frío dentro de las 24 horas de obtenida la muestra.





- Cumplir con lo establecido en la NTS 153-MINSA/2019/INS sobre preparación, embalaje y documentación para el transporte seguro de sustancias infecciosas

1. **Muestra de Líquido Cefalorraquídeo (LCR)**

- Obtener una muestra de LCR por punción lumbar en paciente con compromiso neurológico agudo durante el primer contacto con el paciente.
- Se colectará como mínimo 3 mL de LCR en un recipiente estéril con tapa (vial).
- Rotular adecuadamente consignando los datos de paciente, colocando los apellidos y nombres, edad y fecha de obtención de la muestra.
- Tapar herméticamente y proceder a refrigerarlo (2-8°C) hasta su envío.

2. **Muestra de Heces**

- Colectar una muestra de aproximadamente 10 g heces durante el primer contacto con el paciente.
- Para tener una cantidad adecuada de muestra se deberá usar una bajalengua, cucharilla o adminículo incluido en el envase.
- Luego colocar la muestra obtenida en un frasco sin preservante estéril o limpio de boca ancha y tapa rosca.
- Rotular el tubo con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra
- La muestra obtenida deberá ser refrigerada hasta su envío.

3. **Hisopado rectal**

- Con el hisopo tomar una porción de la muestra de heces colectada o introducir el hisopo pasando el esfínter anal.
- Colocar el hisopo inmediatamente en un tubo con el medio de transporte Cary Blair.
- Rotular el tubo adecuadamente, consignando los datos de paciente, colocando los apellidos y nombres, edad y fecha de obtención de la muestra.
- Enviar al laboratorio a temperatura ambiente dentro de las siguientes 24 horas.

4. **Suero Sanguíneo**

- En el primer contacto con el paciente se extrae 5 ml de sangre venosa sin anticoagulante*.
- Centrifugar a 2500 rpm x 10 min (si no hay centrífuga dejar el tubo en reposo por 2 horas para que se separe el coágulo del suero).
- Trasvasar el suero a un criovial estéril
- Rotular el criovial con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra y procedencia
- Proceder a refrigerarlo (2-8°C) hasta su envío.





5. Orina

- En mujeres, recolectar la orina del chorro medio (descartar los primeros mililitros) previa higiene del área periuretral, con agua jabonosa y enjuagar con agua fría, previamente hervida.
- En varones la recolección de la muestra del chorro medio de orina es suficiente, sin requerir agua jabonosa.
- Recolectar la orina en un envase estéril.
- En el laboratorio transvasar de 2 a 5 mL en un criovial estéril.
- Rotular el criovial con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra y procedencia.
- Proceder a refrigerarlo (2-8°C) para su conservación y transporte.

6. Hisopado nasal/faríngeo

- Hisopado nasal: embeber ligeramente el hisopo en el medio de transporte viral e introducir el hisopo en la nariz hasta el cornete, realizando un movimiento rotatorio para obtener la mayor cantidad de células de la mucosa nasal, retirar el hisopo e introducirlo en el tubo con medio de transporte viral.
- Hisopado faríngeo: introducir el hisopo hasta llegar a la parte posterior de la orofaringe (utilizar bajalengua)
- Se deben introducir ambos hisopos en el tubo con medio de transporte viral, rompiendo el mango excedente y rotularlo.
- Proceder a refrigerarlo (2-8°C) para su conservación y transporte.

Consideraciones para la Conservación y envío de la muestra:

- Enviar la muestra inmediatamente al Laboratorio de de Salud Pública de DIRIS Lima Este, garantizando la cadena de frío (2 a 8°C), dentro de las 24 horas de obtenida la muestra.
- El Laboratorio de Salud Pública de DIRIS Lima este conservará las muestras refrigeradas (2 a 8 °C) hasta que sean remitidas al Instituto Nacional de Salud.
- Transportar asegurando el embalaje en triple empaque y todas las medidas de bioseguridad pertinentes.





Muestras para el envío al INS para la investigación del SGB

MUESTRA	CANTIDAD/MEDIO/DIAS	PRUEBA	PATOGENO	CONSERVACION
Heces	10 g	Cultivo + PCR	Enterovirus	2 – 8°C
		Cultivo + PCR	<i>Campylobacter</i>	
Hisopado rectal*	Medio de transporte Cary Blair	Cultivo + PCR	<i>Campylobacter</i>	Temperatura ambiente
LCR	< 2 mL	PCR	Enterovirus	2 – 8°C
		PCR	Zika	
	≥2 mL	Cultivo + PCR	Enterovirus	
		Cultivo + PCR + Elisa IgM	Zika	
Orina	2 mL	Cultivo + PCR	Zika	
Hisopado nasal-faríngeo	Medio de transporte viral	PCR	Virus respiratorio	
Suero	2 mL ≤ 5 días enfermedad	Cultivo + PCR	Zika	
	2 mL ≥ 6 días enfermedad	Elisa	Zika	

* Alternativamente realizar hisopado a partir de las heces obtenidas e introducir en el medio de transporte Cary Blair.

Fuente: Manejo de muestras de casos Síndrome Guillain Barré (SGB) en el país.

<https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/campanas/sbg/SGB%20MANEJO%20MUESTRAS-c.pdf>

Caso confirmado de SGC

Caso sospechoso con LCR con cifra total leucocitos < 10 células/μl; y elevación de proteínas en líquido cefalorraquídeo > 45 mg/dl

B. Flujograma para el manejo de muestras para diagnóstico etiológico del SGB. Ver anexo 04

Flujo de Envío de muestras al laboratorio de referencia nacional INS. Ver anexo 05 y Anexo N° 05-A.

9.4.5. ATENCIÓN DE CASOS, según Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con Síndrome de Guillain Barré. Se estima atender 20 casos de acuerdo a tendencia de morbilidad. Ver:

Anexo N° 06 Flujograma para el Tratamiento del paciente con SGB.

Anexo N° 07 Diagnóstico, criterios de ingreso a la UCI y Uso de Ventilador Mecánico en el Paciente con SGB.

Anexo N° 07.1 Criterios para el ingreso de pacientes a la UCI.

Anexo N° 07.2 Escala de Discapacidad de Síndrome de Guillain – Hughes

Anexo N° 07.3 Criterios para predicción o uso de ventilación mecánica.

Anexo N° 08 Cuadro de requerimiento.

Anexo N° 09 Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del paciente con SGB.





X. METAS.

- 10.1. En el 100% de establecimientos de salud se identifican precozmente a casos con sospecha de SGB
- 10.2. El 100% de establecimientos de salud notifican casos con sospecha de SGB, y notificación negativa en ausencia de casos (101UN)
- 10.3. El 100% de casos con sospecha de SGB, atendidos inmediatamente identificados y según Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con Síndrome de Guillain Barré en los diferentes niveles según su capacidad resolutive y el Hospital de referencia (Hospital Nacional Hipólito Unanue).

XI. INDICADORES

11.1. CUMPLIMIENTO

- 11.1.1. 05 planes para la atención de casos del SGB (01 por Hospital)
- 11.1.2. Kit de tratamiento disponible en el centro de referencia para el 100% de casos sospechosos
- 11.1.3. Aplicación de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con Síndrome de Guillain Barré

11.2. EFICIENCIA

- 11.2.1. Oportunidad en la notificación de los casos
- 11.2.2. Calidad de la notificación según los criterios e indicadores de monitoreo del sistema de Vigilancia Epidemiológica.

11.3. RESULTADO

- 11.3.1. Número de casos diagnosticados y recuperados.





11. PRESUPUESTO

Se estima el presupuesto en base a una proyección de 20 casos de acuerdo a la tendencia de morbilidad actual, en caso el incremento sea mayor será reajustado de acuerdo a la necesidad.

ESTIMACION DE PRESUPUESTO SGB 2019

Vigilancia /Investigacion y notificacion de casos	Monto S/
Movilidad local	1800
Actualizacion Sala de situación contingencial	500
Refrigerio - reuniones con UN (2)	1300
Reproduccion de flujos de notificacion	330
SUB TOTAL	3930

Diagnostico de Casos	Monto S/
Material para toma de muestras	0
Traslado de muestras/ Movilidad local	500
Medio de transporte	0
Reproduccion de afiches informativos Muestras	3000
Bioseguridad	800
SUB TOTAL	4300

Atencion de Casos	Monto S/
Medicamentos (Kit) para 20 (4 y 16)	
Inmunoglobulina	392000
Sesiones de Plasmaferesis	117535
Material Medico	3000
Insumos /Bioseguridad	7200
Movilidad local/ seguimiento	1800
Monitoreo del abastecimiento	100
Reproduccion de material/flujogramas	1500
Recursos Humanos Médicos, enfermeras y Técnicos.	140000
SUB TOTAL	663135

Promoción de la Salud	Monto S/
Movilidad local	800
Refrigerios para Charla Educativa	1200
SUB TOTAL	2000

Comunicación de Riesgo	Monto S/
Material de difución: volantes, sitckers, banner, banderolas	3,500
Movilidad local	500
SUB TOTAL	4,000

TOTAL	677365
--------------	---------------





12. FINANCIAMIENTO

Tesoro Público - Unidad Ejecutora 052.

13. RESPONSABLES

DIRIS Lima Este

Director General

Directora de Monitoreo y Gestión Sanitaria

Jefe de Oficina de Epidemiología, Inteligencia Sanitaria y Docencia e Investigación.

Jefe de Oficina de Servicios de Salud

Jefe de Oficina de Intervenciones Sanitarias

Jefe de Oficina de Laboratorio de Salud Pública

Director Ejecutivo de Administrativa - DIRIS Lima Este

Jefe de Oficina de gestión y desarrollo de recursos humanos

Jefe de Oficina de gestión de tecnologías de la información

Director Ejecutivo de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIRIS Lima Este

Jefe de Oficina de Acceso a Medicamentos y otras Tecnologías, uso Racional y Farmacovigilancia

Jefes de Unidades Básicas de Gestión

Jefes de Establecimientos de Salud de I Nivel de salud

Hospitales

Director General Hospital Nacional Hipólito Unanue

Hospital II-2 José Agurto Tello

Hospital Local de Huaycan

Hospital de Baja Complejidad de Vitarte

Hospital Hermilio Valdizan





Anexo N° 01

Ficha de investigación Clínico Epidemiológica de Vigilancia Síndrome Guillain Barré
Síndrome Guillain Barré (código CE10: G61.0)

Sem. Epid. N° []

I. DATOS GENERALES:

1. Fecha de Investigación: [] [] [] [] [] []

2. DIRESA/GERESA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

3. Red/ Micro Red/ Clas [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

4. Establecimiento De Salud Notificante [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

E.S. II-1 [] E.S. II-2 []
E.S. III-1 [] E.S. III-2 []

II. DATOS DEL PACIENTE

5. H. Clínica N° [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

6. A. Paterno [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

A. Materno [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Nombres [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

7. D.N.I. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

8. Fecha de Nacim [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

9. Edad [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

10. Sexo M [] F []

11. Departamento [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

12. Provincia [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

13. Distrito [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

14. Localidad (Cas, A.H, Urb, Resd., etc.) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

15. Dirección [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

16. Ocupación [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

17. Teléfono del paciente o familiar [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

18. Servicio de Hospitalización [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

19. Fecha Admisión en el EESS [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

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

21. País: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Fecha de llegada [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

22. Departamento [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

23. Provincia [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

24. Distrito [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

25. Localidad (Cas, A.H, Urb, Resd., etc.) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

23 Dirección [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

26. Antecedentes de enfermedad 4 semanas antes de inicio de parálisis

	Sí	No	F. Inicio	F. Término
Infección de vías respiratorias altas	()	()	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Infección gastrointestinal	()	()	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Síndrome febril	()	()	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Exantema	()	()	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Conjuntivitis no purulenta	()	()	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Dolores articulares	()	()	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Dolores musculares	()	()	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Dolor de cabeza	()	()	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

27. Enfermedad crónica ¿Cuál? [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

28. Medicación frecuente? [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

29. Riesgo de intoxicación Metales pesados [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

organos fosforados [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

30. Antecedente de vacunación previa antes de los 40 días

Marque cual: Influenza estacional, Hepatitis B, Virus papiloma humano, dT, otra (especifique) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Fecha [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

31. Conoce de otras personas que presentaron fiebre y dolores articulares en los último 14 días? Sí [] No []

IV. ENFERMEDAD ACTUAL - EVALUACIÓN CLINICA

Fecha de inicio de debilidad muscular [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Fecha de ingreso al Hospital y Servicio [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Signos y Síntomas (Marque con un "X" los síntomas y signos que presenta el paciente)

Progresión de parálisis:

Ascendente () Descendente ()

1. Fiebre () ()

2. Anormalidad autonómica () ()

3. Disfunción urinaria () ()

4. Disfunción rectal () ()

5. Hipotensión () ()

6. Hipertensión () ()

7. Taquicardia sinusl () ()

8. Arritmia () ()

9. Hiponatremia (SIHAD) () ()

EVALUACIÓN DE FUERZA MUSCULAR

Prox Dist

Miembro Sup Izq () ()

Miembro Sup Der () ()

Miembro Inf Izq () ()

Miembro Inf Der () ()

Emplear la Escala de Fuerza Muscular de Medical Research Council (MRC):

0 No contracción, músculo paralizado

1 Palpable intento de contracción muscular

2 Movimiento completo si no se opone la gravedad

3 Movimiento completo solo contra la gravedad

4 Movimiento completo contra gravedad y resistencia mod.

5 Movimiento completo contra gravedad y resistencia

EVALUACIÓN DE REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS

Der. Izq.

Emplear la siguiente Escala:

0 No hay respuesta

• Hiporreflexia

•• Normorreflexia

••• Hiperreflexia

•••• Hiperreflexia con clonus

Reflejo Bicipital () ()

Reflejo Tripital () ()

Reflejo Patelar () ()

Reflejo Aquileo () ()

EVALUACIÓN DE PARES CRANEALES

Normal Paresia

Facial Izq () ()

Facial Der () ()

IX-X Izq () ()

IX-X Der () ()

Trigémino Izq () ()

Trigémino Der () ()

III-IV-VI Izq () ()

III-IV-VI Der () ()

EVALUACIÓN DE TONO MUSCULAR

Dism Aus Norm Ign

Miembro Sup Izq () () () ()

Miembro Sup Der () () () ()

Miembro Inf Izq () () () ()

Miembro Inf Der () () () ()

SIGNOS DE IRRITACIÓN MENINGEA

Aus Pres Ign

Rigidez de nuca () () ()

Kerning () () ()

Brudzinski () () ()

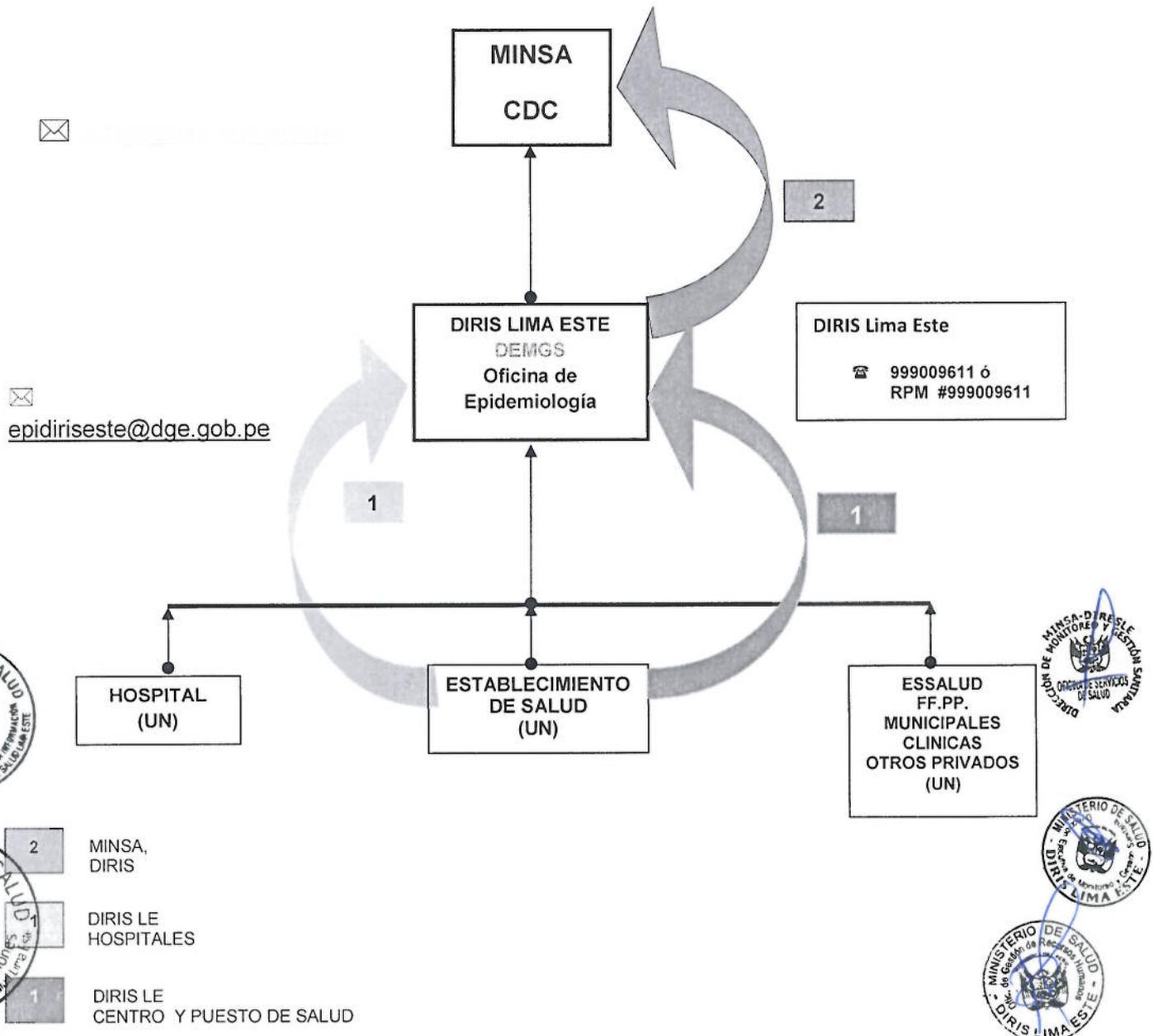
Lasegue () () ()





Anexo N° 01-A

FLUXOGRAMA DE ENVIO DE INFORMACIÓN O NOTIFICACIÓN INMEDIATA ANTE BROTES EPIDÉMICOS EN LA RED REGIONAL DE EPIDEMIOLOGIA.





Anexo N° 01- B
DIAGNOSTICOS COMPATIBLES CON SGB

Table with 3 columns: CIE 10, DESCRIPCION, and DETALLES. It lists various medical conditions such as Poliomyelitis, Mielitis Transverso, and others, along with their corresponding ICD-10 codes and associated details.



Anexo N° 02

CAPACIDAD INSTALADA PARA LA RESPUESTA FRENTE AL INCREMENTO DE CASOS DE SINDROME DE GUILLAIN BARRE.

EES	NIVEL	N° CAMAS EN			N° VENTILADORES MECANICOS		DISPONIBILIDAD DE INMUNOGLOBULINA	DISPONIBILIDAD DE PLASMAFERESIS	DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS PARA SGB	N° MEDICOS			N° ENFERMERA		
		CUIDADOS CRITICOS	UNIDAD DE TRAUMA SHOCK	OBSERVACION-EMERGENCIA	CUIDADOS CRITICOS	EMERGENCIA				NEUROLOGIA	INTENSIVISTA	EPIDEMIOLOGIA	NEUROLOGIA	INTENSIVISTA	EPIDEMIOLOGIA
Hospital HIPOLITO UNANUE	III-1	0	0	22/8 /Cx Torax 4,Neum 6 y Med Int 4)	15	5	17	20	0	3	8	1	0	10	0
Hospital de VITARTE	II-2	0	0	1	0	0	NO	NO	NO	2	3	2	0	1	1
Hospital de CHOSICA	II-2	2	1	1	2	1	NO	NO	NO	1	5	1	0	9	1
Hospital de HUAYCAN	II-1	0	1	2	0	0	NO	NO	NO	0	1	0	0	0	0
Hospital HERMILIO VALDIZAN	III-1	0	0	1 (*)	0	0	NO	NO	NO	1	0	0	0	0	2

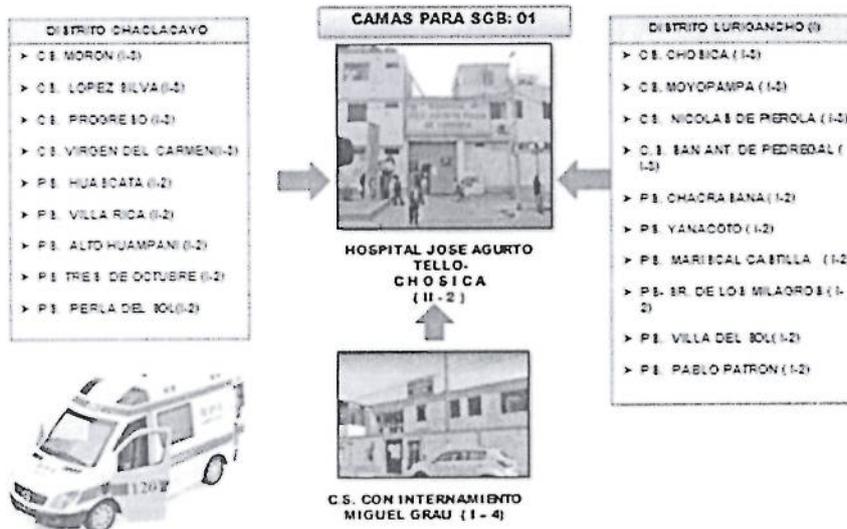




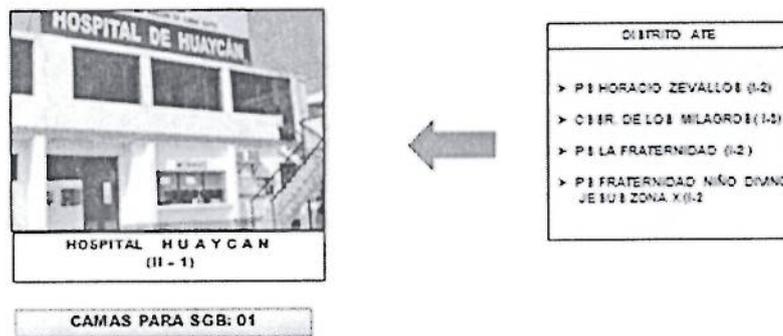
Anexo N° 03

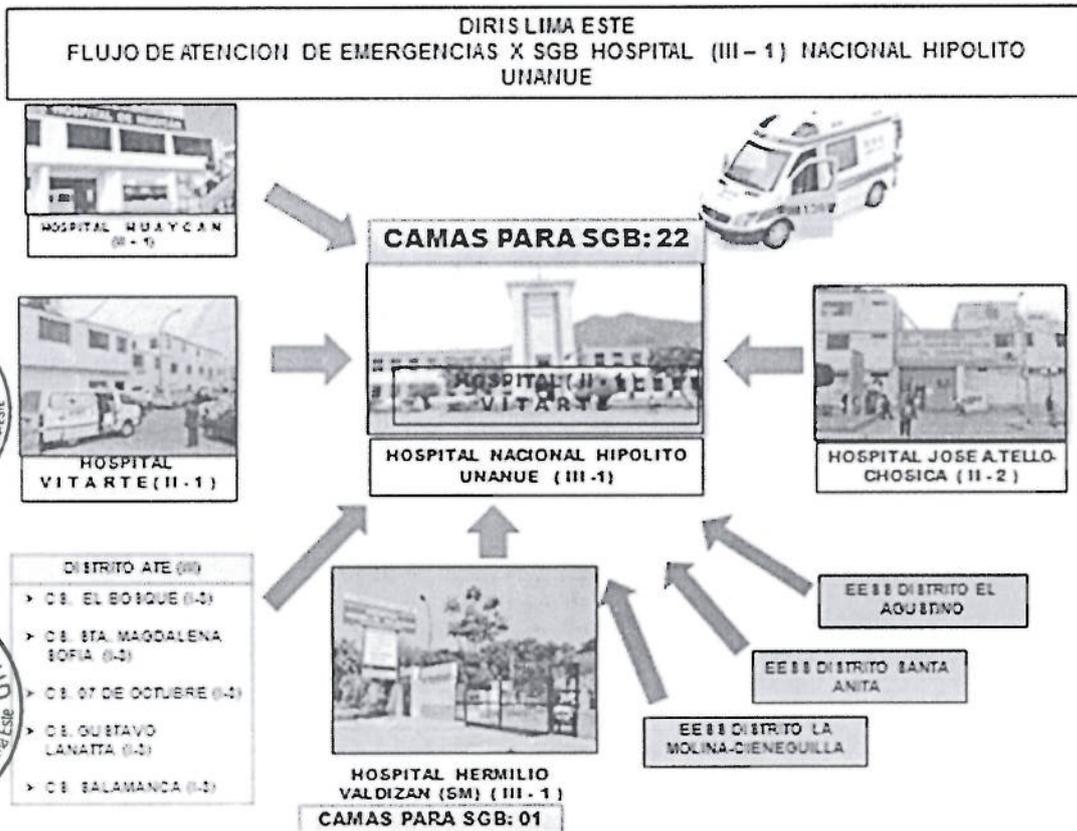
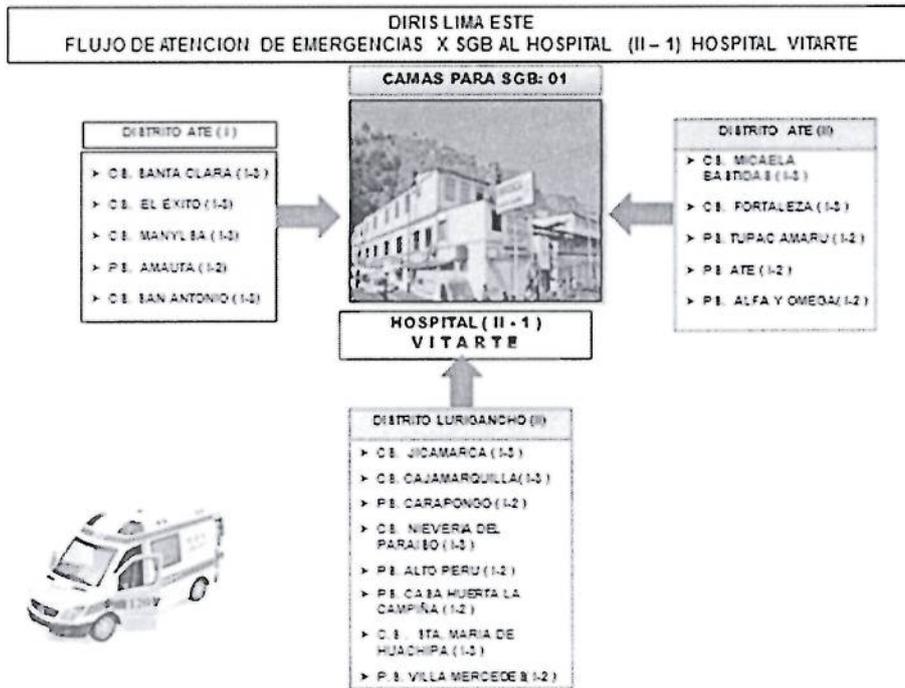
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DIRIS L.E.

DIRIS LIMA ESTE
FLUJO DE ATENCION DE EMERGENCIAS X SGB AL HOSPITAL (II - 2) JOSE AGURTO TELLO - CHOSICA



DIRIS LIMA ESTE
FLUJO DE ATENCION DE EMERGENCIAS X SGB AL HOSPITAL (II - 1) HOSPITAL HUAYCAN







Anexo N° 04 FLUJOGRAMA PARA EL MANEJO DE MUESTRAS PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO EN CASOS DE SÍNDROME GUILLAIN-BARRE (SGB)*



*Las muestras serán tomadas en los Hospitales de la jurisdicción de la DIRIS Lima Este y enviadas a la OLSP de lunes a viernes de 08:00 a 16:30h, fuera de este horario enviar al INS directamente.

Anexo N° 05

FLUJO DE ENVÍO DE MUESTRAS





Anexo N° 05 - A

Manejo de Muestras para Diagnóstico Etiológico en casos de Síndrome de Guillain Barre, Parálisis Flácida y Otros Síndromes Neurológicos

Recolección muestras

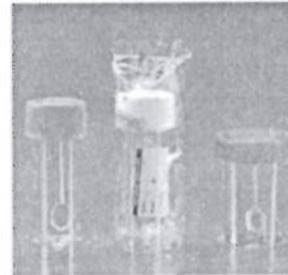
1. Muestra de Líquido Cefalorraquídeo – LCR

- Obtener una muestra de líquido cefalorraquídeo por punción lumbar en paciente con compromiso neurológico agudo durante el primer contacto con el paciente.
- Se colectará como mínimo 3 mL de líquido cefalorraquídeo en un recipiente estéril con tapa (vial)
- Rotular adecuadamente consignando los datos de paciente, colocando los apellidos y nombres, edad y fecha de obtención de la muestra.
- Tapar herméticamente y proceder a refrigerarlo (2-8°C) hasta su envío.



2. Muestra de Heces

- Colectar una muestra de aproximadamente 10 g heces durante el primer contacto con el paciente.
- Para tener una cantidad adecuada de muestra se deberá usar una bajalengua, cucharilla o adminículo incluido en el envase.
- Luego colocar la muestra obtenida en un frasco sin preservante estéril o limpio de boca ancha y tapa rosca.
- Rotular el tubo con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra
- La muestra obtenida deberá ser refrigerada hasta su envío



3. Suero Sanguíneo

- En el primer contacto con el paciente se extrae 5 ml de sangre venosa sin anticoagulante*.
- Centrifugar a 2500 rpm x 10 min (si no hay centrífuga dejar el tubo en reposo por 2 horas para que se separe el coágulo del suero).
- Trasvasar el suero a un criovial estéril
- Rotular el criovial con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra y procedencia
- Proceder a refrigerarlo (2-8°C) hasta su envío



Conservación y envío de la muestra:

- Enviar la muestra inmediatamente al Laboratorio de Referencia Regional o DIRIS, garantizando la cadena de frío (2 a 8°C), dentro de las 24 horas de obtenida la muestra.
- Los Laboratorios de Referencia Regional o DIRIS conservarán las muestras refrigeradas (2 a 8 °C) hasta que sean remitidas al Instituto Nacional de Salud.
- Transportar asegurando el embalaje en triple empaque y todas las medidas de bioseguridad pertinentes.





Pruebas de laboratorio realizadas para la detección de enterovirus en muestras de heces y Líquido cefalorraquídeo

- Cultivo en líneas celulares Hep-2 y RD
- RT-PCR convencional para la región 5'UTR del género enterovirus

Pruebas de laboratorio realizadas para la detección del virus Zika en muestras de suero y Líquido cefalorraquídeo

- Cultivo en líneas celulares C6-36 y Vero
- qRT-PCR para Zika
- ELISA IgM para virus Zika

Contacto:

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

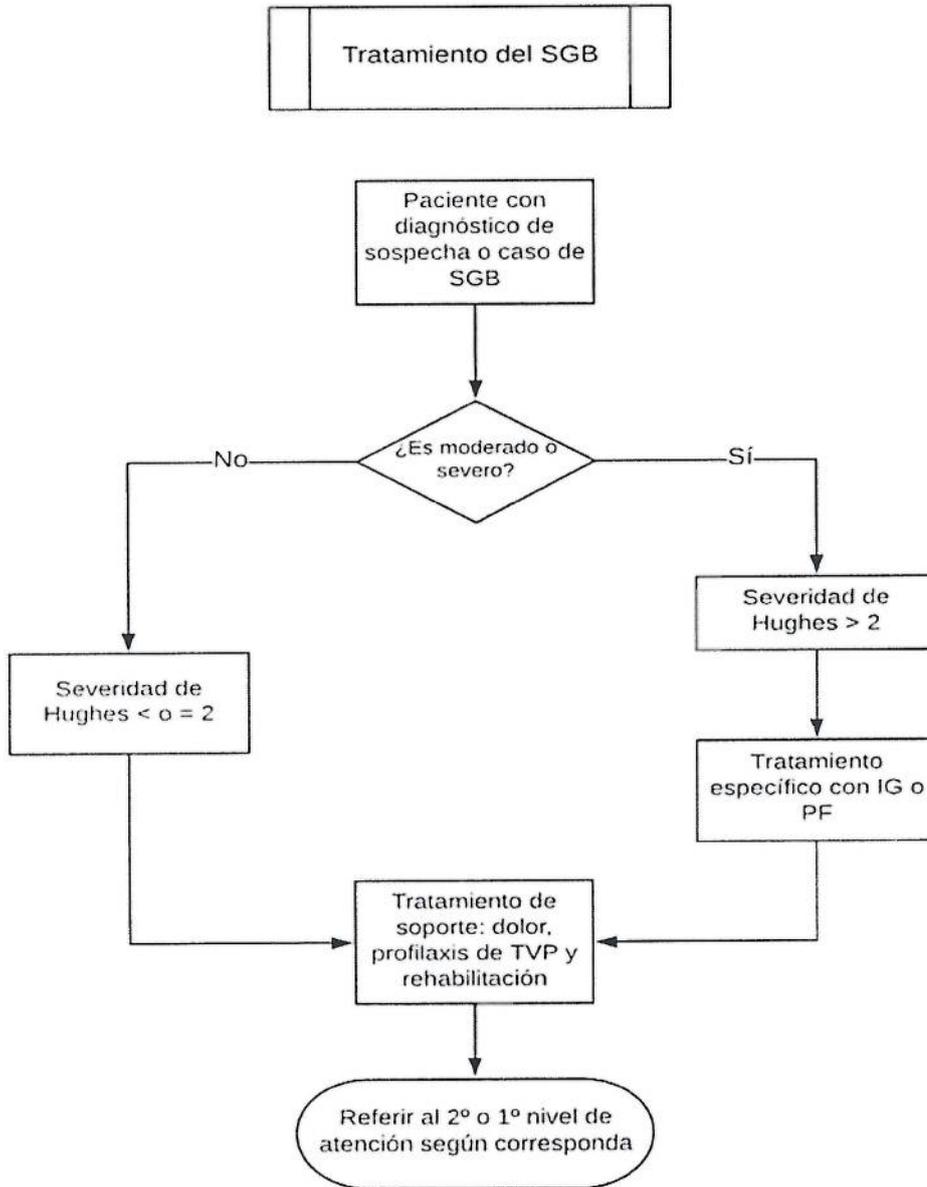
- Área Recepción y Obtención de Muestras. Tlf. 7481111 Anx. 2145; Cel. 943751197, 982058475
- Dirección Ejecutiva de Enfermedades Transmisibles. Tlf. 7481111 Anx. 2126. Cel. 997353207





Anexo N° 06

Flujograma para el Tratamiento del paciente con SGB



TVP Las opciones de tratamiento contra la trombosis venosa profunda comprenden las siguientes:

- Anticoagulantes.
- Destruidores de coágulos
- Filtros
- Medias de compresión.





Anexo N° 07

Diagnóstico, criterios de ingreso a la UCI y Uso de Ventilador Mecánico en el Paciente con SGB

CARACTERÍSTICAS PARA EXCLUIR O DUDAR DEL DIAGNÓSTICO DE SGB
 Características que excluyen el diagnóstico:
 - Diagnóstico de botulismo, miastenia, poliomielitis o neuropatía tóxica.
 - Metabolismo de porfirina anormal.
 - Déficit reciente.
 - Síndrome puramente sensorial, sin debilidad.
 Características que deberían generar dudas sobre el diagnóstico:
 - Asimetría marcada en la debilidad
 - Disfunción vesical o intestinal al inicio del cuadro clínico o persistente
 - Nivel sensorio medular
 - Disfunción pulmonar severa con poca o ninguna debilidad de los miembros al inicio
 - Signos sensoriales severos con debilidad al inicio.
 - Fiebre al inicio de los síntomas neurológicos.
 - Pleocitos en LCR con recuento > 50 glóbulos blancos/μl

CRITERIOS PARA INGRESAR PACIENTES A UCI
 - Debilidad severa rápidamente progresiva con sin signos de disfunción respiratoria (capacidad vital <20 ml/kg)
 - Necesidad de ventilación artificial.
 - Afectación de la deglución con riesgo de desarrollar neumonía
 - Disfunción autonómica grave (marcada fluctuación de la PA y FC)
 - Alta probabilidad (>50%) de requerir VM estimada mediante una escala validada (E), escala de EGRIS)

CRITERIOS PARA VENTILACION MECÁNICA
 Factores predictivos de falla ventilatoria
 - Tiempo entre el inicio de los síntomas y la admisión menor a 7 días
 - Incapacidad para toser
 - Incapacidad para pararse.
 - Incapacidad para levantar los codos
 - Incapacidad para levantar la cabeza.
 - Aumento en las enzimas hepáticas séricas.
 - Capacidad vital forzada <20ml/kg
 - Presión inspiratoria máxima < 30 cm H2O
 - Presión espiratoria máxima < 40 cm H2O
 - Reducción de más del 30% en la capacidad vital.
 Datos que indican intubación inmediata:
 - Capacidad vital forzada <15 ml/kg
 - Presión parcial de CO2 en sangre > 48 mmHg
 - Presión parcial de O2 en sangre < 55 mmHg.

SGB: Síndrome de Guillain Barre UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
 VM: Ventilación Mecánica
 PA: Presión Arterial
 FR: Frecuencia Respiratoria
 LCR: Líquido cefalorraquídeo

Diagnóstico de Síndrome de Guillain Barre

Paciente con parálisis flácida aguda

¿Cumple criterios de caso de SGB?

Diagnóstico Diferencial (ver Tabla 12)

criterios para ir a UCI

¿Cumple criterios para UCI?

Casos moderados a unidades con monitoreo continuo. Casos leves a salas generales con monitoreo de PA y FR (usar escala de Hughes)

Ingresa a UCI y se evalúa criterios para VM

Iniciar tratamiento específico

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE CASO DE SGB (Brighton Collaboration Group):
 1) debilidad muscular bilateral y flácida de las extremidades, y
 2) Hiporreflexia o arefreflexia en las extremidades con debilidad; y
 3) Enfermedad monofásica,
 4) Intervalo de 12 horas a 28 días, entre el inicio y la máxima debilidad con meseta clínica posterior, y
 5) Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad.
 Con cumplimiento de los siguientes criterios:
 1) LCR con presencia de disociación albumino-citológica (nivel de proteínas mayor del normal del laboratorio y < 50 células);
 2) Hallazgos electrofisiológicos compatibles con SGB.

CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS (NINDS, modificados por Asbury y Cornblath 1990)
 Características requeridas:
 - Debilidad progresiva en ambos brazos y piernas;
 - Areflexia o disminución de reflejos en miembros débiles.
 Características que apoyan fuertemente el diagnóstico:
 - Progresión de los síntomas durante días hasta 4 semanas (80% alcanza el nadir en 2 semanas)
 - Simetría relativa de los síntomas y signos
 - síntomas sensoriales leves
 - Compromiso de los nervios craneales, especialmente debilidad bilateral de los músculos innervados por nervios faciales
 - Recuperación que comienza 2-4 semanas después de que cesa la progresión;
 - Disfunción autonómica
 - Dolor (a menudo presente)
 - Ausencia de fiebre al inicio del cuadro clínico
 - Elevada concentración de proteína en el líquido cefalorraquídeo, con < 50 células/μl (usualmente < 5 células/μl).
 - Signos electrodiagnósticos consistentes con SGB

ESCALA FUNCIONAL DE GRAVEDAD CLÍNICA DEL SGB
 0. Sano, normal
 1. El paciente deambula en forma limitada, tiene capacidad para correr y presenta signos menores de compromiso motor.
 2. Capacidad de caminar por lo menos 5 metros sin ayudas externas pero con incapacidad para correr.
 3. Capacidad de realizar marcha de por lo menos 5 metros con ayudas externas. (Caminador o asistencia de otra persona)
 4. Paciente en cama o en silla sin capacidad para realizar marcha
 5. Apoyo ventilatorio permanente o por algunas horas al día
 6. Muerte
 Grados
 Leve: Clase 1 o 2 de Hughes
 Moderado: Clase 3 de Hughes
 Severo: Clase 4 o 5





Anexo N° 07.1

CRITERIOS PARA EL INGRESO DE PACIENTE A LA UCI

- Debilidad severa y rápidamente progresiva con/sin signos de disfunción respiratoria (capacidad vital < 20 ml/kg)
 - Necesidad de Ventilación artificial
 - Síntomas bulbares (dificultad para deglutir y hablar)
 - Disfunción autonómica grave (marcada fluctuación en la PA o FC)
 - Alta probabilidad (>50%) de requerir VM estimada mediante una escala validada (Ej. Score de EGRIS)
- Tomado de van Doom PA. Diagnosis, treatment and prognosis of Guillain-Barre síndrome (SGB).36

Anexo: 07.2

Escala de Discapacidad de Síndrome de Guillain - Hughes	
0.	Saludable
1.	Síntomas o signos menores de neuropatía pero capaz de realizar trabajo manual/correr
2.	Capaz de caminar sin soportes (5 mts, en espacio abierto) pero incapaz de realizar trabajo manual/correr
3.	Capaz de caminar con bastón andadera o soporte (5 mts, en espacio abierto)
4.	Confinado a cama o silla
5.	Requerimiento de Ventilación asistida
Grados:	
Leve	: Clase 1 ó 2 de Hughes
Moderado	: Clase 3 de Hughes
Severo	: Clase 4 ó 5 de Hughes





Anexo 07.3

CRITERIOS PARA PREDICCIÓN O USO DE VENTILACION MECANICA

Factores Predictivos de Falla ventilatoria	
• Tiempo entre el inicio de los síntomas y la admisión menor a 7 días	
• Incapacidad para toser	
• Incapacidad para pararse	
• Incapacidad para levantar los codos	
• Incapacidad para levantar la cabeza	
• Aumento en las enzimas hepáticas séricas	
• Capacidad vital forzada < 20 ml/kg	
• Presión inspiratoria máxima < 30 cm H2O	
• Presión espiratoria máxima <40 cm H2O	
• Reducción de más del 30% en la capacidad vital	
Datos que INDICAN INTUBACIÓN INMEDIATA	
• Capacidad vital forzada < 15 ml/kg	
• Presión parcial de CO2 en sangre >48 mmHg	
• Presión parcial de O2 en sangre < 56 mmHg.	

Anexo N° 08

ESTIMACION DE CASOS Y REQUERIMIENTO

Número de casos	Inmunoglobulina 5% fco	
	Nº de fco x caso	Total
20	25 - 30	500





ANEXO N° 9



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

E

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

GUÍA EN VERSIÓN ULTRACORTA



GPC N° 02
Junio 2018

1

33





RECOMENDACIONES

DIAGNÓSTICO

Sospecha del diagnóstico de SGB

Usar los criterios de Brighton para realizar el diagnóstico de caso confirmado de SGB que consisten en que los siguientes signos y síntomas estén presentes:

- 1) Debilidad muscular bilateral y flácida de las extremidades; y
- 2) Hiporreflexia o arreflexia en las extremidades con debilidad; y
- 3) Patrón de enfermedad monofásica,
- 4) Intervalo de 12 horas a 28 días, entre el inicio y la máxima debilidad con meseta clínica posterior; y
- 5) Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad.

Con cumplimiento de los siguientes criterios:

- 1) Disociación albumino-citológica en LCR (nivel de proteínas mayor del normal de laboratorio y < 50 células/ μ l);
- 2) Hallazgos electrofisiológicos compatibles con SGB.

Fuerte a favor; muy baja (⊕⊕⊕)

El diagnóstico de caso sospechoso de SGB (nivel 2 ó 3 de Brighton) debe ser evaluado por un profesional de la salud con experiencia en el examen neurológico.

Un caso descartado de SGB es un caso sospechoso en el que durante la investigación se identifica otra patología.

En los pacientes con diagnósticos de sospecha de SGB se sugiere realizar punción lumbar basal para el diagnóstico diferencial o evaluar si existe disociación albumino-citológica en el LCR o; si el estudio de LCR se realizó en la primera semana de inicio de la enfermedad, para detectar disociación albumino-citológica se podría repetir el estudio a partir de la segunda semana.

Donde y cuando sea posible realizar pruebas de electrofisiología a partir de la segunda semana de inicio de la enfermedad para establecer el diagnóstico de mayor certeza (nivel 1 ó 2 de Brighton), tipificar el subtipo y el pronóstico.

Para evaluar la severidad se utilizará la escala de Hughes.

En un paciente con sospecha de SGB y criterio de severidad (Hughes > 2) se debería iniciar tratamiento específico y los resultados del estudio del LCR y electrofisiología no deberían retrasarlo.





TRATAMIENTO

Tratamiento específico

Plasmaféresis

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

Fuerte a favor; moderada (⊕⊕⊕⊕)

Realizar en pacientes con SGB con un tiempo de inicio de los síntomas <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.

Se podría realizar 4 sesiones de manera interdiaria en un periodo de 8 a 10 días. Y de acuerdo a la evolución del paciente y ante falla o refractariedad podría ampliarse el número de sesiones.

R	✓	✓
---	---	---

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 x Peso (kg) x (1- hematocrito)

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.

Fuerte a favor; moderada (⊕⊕⊕⊕)

El tratamiento se debería realizar en pacientes con inicio de los síntomas de menos de 4 semanas, preferiblemente dentro de las 2

R	✓
---	---





En las últimas 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.

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.

Corticoides

No se recomienda el tratamiento con corticoides.

Fuerte en contra; moderada (⊕⊕⊕⊕)

Tratamiento de soporte

Monitoreo continuo y los cuidados críticos

Se recomienda monitorizar e identificar criterios de necesidad de ingreso a unidades de cuidados intensivos o ventilación mecánica.

Fuerte a favor; muy baja (⊕⊕⊕⊕)

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.





Tratamiento multidisciplinario y de rehabilitación

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.



Débil a favor; muy baja (⊖⊖⊖⊖)

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 el desarrollo de úlceras por presión (UPP) el tratamiento rehabilitador multidisciplinario podría ser beneficioso. Sin embargo al paciente se le debería prevenir o tratar las UPP 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.

