

**LINEAMIENTOS PARA LA DETECCIÓN Y ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL  
DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Y SÍNDROMES NEUROLÓGICOS  
ASOCIADOS CON ZIKA EN COLOMBIA**

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES  
GRUPO DE ENFERMEDADES ENDEMO EPIDÉMICAS**

**BOGOTÁ D.C., MARZO DE 2016**



MINSALUD



**TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**

Ministro de Salud y Protección Social

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios.

**ELKIN OSORIO SALDARRIAGA**

Director Promoción y Prevención

**DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO**

Subdirector de Enfermedades Transmisibles (e)

Documento técnico elaborado por:

**FREDY EBERTO LIZARAZO LOZANO**

Consultor Enfermedades Endemo – Epidémicas ETV y Zoonosis

**Colaboradores técnicos:**

**Dr. RODRIGO PARDO TURRIAGO**

Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia.

Fellow en Community Medicine, Mount Sinai School of Medicine, USA.

Neurólogo Clínico, Instituto Neurológico de Colombia.

Magister en Epidemiología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana. Profesor Asociado

**Dra. MARIA MERCEDES MUÑOZ**

Coordinadora Grupo de Vigilancia en Salud Pública

Dirección de Epidemiología y Demografía

Ministerio de Salud y Protección Social

**Dr. RAFAEL ARROYO GONZÁLEZ**

Jefe de servicio de Neurología de Hospital Universitario Quirón salud Madrid

Asesor Externo Organización Panamericana de la Salud.

**Dra. PILAR RAMÓN PARDO**

Doctora en Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Especialista en Medicina Interna con énfasis en Enfermedades Infecciosas

Coordinadora del Programa de Vigilancia y Contención, Organización Panamericana de la Salud.

**Dra. SANDRA EUGENIA GALLEGOS MEJIA**

Profesional Especializado, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Ministerio de Salud y Protección Social

**Dra. CAROLINA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ**

Unidad de Neurología, Universidad Nacional de Colombia

**Dra. PAULA ANDREA CABRERA AGUDELO**

Unidad de Neurología, Universidad Nacional de Colombia

## Tabla de Contenido

PRESENTACIÓN.....	5
Metodología:.....	5
INTRODUCCIÓN .....	7
Definición de caso sospechoso de síndrome neurológico:.....	7
<b>1. Manifestaciones clínicas .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Diagnóstico clínico.....</b>	<b>10</b>
<b>a. Otros hallazgos que apoyan el diagnóstico: .....</b>	<b>10</b>
<b>b. Escala de Hughes.....</b>	<b>10</b>
<b>c. Variantes clínicas:.....</b>	<b>11</b>
<b>d. Hallazgos que se oponen al diagnóstico<sup>3,4</sup>: .....</b>	<b>11</b>
<b>e. Confirmación diagnóstica.....</b>	<b>12</b>
<b>a. Alteraciones de la médula espinal .....</b>	<b>13</b>
<b>b. Neurona motora .....</b>	<b>13</b>
<b>c. Nervio periférico y raíces nerviosas.....</b>	<b>13</b>
<b>d. Unión neuromuscular .....</b>	<b>13</b>
<b>e. Músculo .....</b>	<b>14</b>
<b>f. Trastorno funcional - conversivo .....</b>	<b>14</b>
<b>4. Complicaciones.....</b>	<b>15</b>
<b>5. Tratamiento .....</b>	<b>16</b>
<b>a. Cuidados generales:.....</b>	<b>16</b>
<b>b. Cuidados respiratorios:.....</b>	<b>16</b>
<b>c. Vigilancia de la disautonomía: .....</b>	<b>17</b>
<b>d. Manejo del dolor:.....</b>	<b>17</b>
<b>e. Manejo específico: .....</b>	<b>17</b>
<b>6. Seguimiento y Rehabilitación <sup>4,7</sup>.....</b>	<b>18</b>
<b>7. Pronóstico.....</b>	<b>18</b>
Flujograma para la atención clínica integral del paciente con SGB asociado a Zika .....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	20

## PRESENTACIÓN

Estos lineamientos de atención clínica integral para el paciente con Síndrome de Guillain Barré, se consolidaron gracias al apoyo de Médicos especialistas en Neurología, Neuropediatría nacionales e internacionales que se reunieron en la ciudad de Cali el 29 de febrero de 2016, en el Congreso Nacional de Neurología, y participaron activamente en la validación del mismo.

### **Alcance y objetivos:**

Este documento está dirigido a los profesionales de la salud en niveles de atención de baja y alta complejidad, especialistas en neurología, cuidado intensivo, medicina de urgencias, laboratorio clínico y apoyos diagnósticos, profesionales en vigilancia epidemiológica y administradores de los regímenes subsidiado y contributivo, que desarrollan actividades en las zonas endémicas afectadas por presencia de Zika en Colombia, así como a centros de referencia por fuera de estas zonas. Así mismo da alcance a las circular 02 de 2016 que emitió lineamientos iniciales de atención y otros actos administrativos generados durante la contingencia.

Su contenido está dirigido a generar una información clara y concisa sobre los aspectos biológicos, clínicos, epidemiológicos y administrativos que faciliten la correcta detección de los casos en la zona de procedencia, el diagnóstico oportuno, la evaluación clínica completa, la toma de muestras con los métodos estandarizados, los registros en el sistema de vigilancia epidemiológica, el tratamiento, seguimiento y rehabilitación de los casos índice, que permitan enfrentar exitosamente el brote epidémico en el territorio colombiano y las zonas de frontera.

Sus recomendaciones deberán ser actualizadas en un tiempo no superior a 6 meses en la medida que se disponga de información relevante o que modifique la dirección de las recomendaciones.

### **Metodología:**

1. Conformación del grupo experto: El grupo experto asesor fue conformado con el apoyo del grupo asesor de la OMS/OPS, miembros del programa de fortalecimiento a enfermedades infecciosas, los profesionales de las divisiones de epidemiología, demografía, promoción y prevención, y salud pública del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, epidemiólogos del Instituto Nacional de Salud y expertos temáticos en las áreas de Neurología, Imágenes Diagnósticas, Neuropediatría, Genética, Virología, Salud Pública, Pediatría, Ginecología y Salud materno-fetal.

2. Declaración del conflicto de interés: Los miembros del grupo responsable representan las Instituciones nacionales e internacionales responsables del control y la atención de enfermedades y brotes epidémicos, la administración de servicios y expertos temáticos en representación de las Universidades, centros de investigación, sociedades científicas y colegios médicos. No existen

conflictos de interés, participación en grupos privados con ensayos en curso o en desarrollo de tecnologías diagnósticas.

3. Revisión de la literatura y construcción del documento preliminar. Los grupos expertos desarrollaron de manera independiente una búsqueda de la literatura reciente relacionada con la epidemia del virus Zika desde su aparición en Uganda y su propagación posterior por las islas del Pacífico y el continente suramericano. La recuperación de información fue predominantemente de estudios descriptivos, series de casos, documentos técnicos y tan sólo recientemente un estudio de casos y controles. Se revisaron así mismo todos los documentos técnicos, normativos y de alerta expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud, los informes del SIVIGILA y sus estadísticas consolidadas para Colombia 2015-2016. Los expertos internacionales aportaron los estudios desarrollados en el curso de la reciente epidemia en Brasil.

5. Construcción de los lineamientos: Una vez revisados los documentos disponibles, se procedió a generar la versión preliminar de los lineamientos, incluyendo los contenidos esenciales en los aspectos biológicos, epidemiológicos y clínicos, identificando en cada caso las variables relevantes. En varias rondas y mediante un proceso de consenso no formal, se procedió a consolidar el contenido del documento para generar una versión a ser validada con grupos de especialistas clínicos.

El documento preliminar así construido fue sometido a discusión con expertos neurólogos nacionales e internacionales en la ciudad de Cali el 29 de febrero de 2016, en el Congreso Nacional de Neurología, logrando de esta manera la validación de constructo, contenido y apariencia del mismo. La financiación de este proyecto estuvo a cargo del Ministerio de Salud y la Oficina Panamericana en Washington.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain Barré es una polineuropatía inflamatoria aguda con presentación clínica variable. Se debe a una alteración inmunológicamente mediada contra el sistema nervioso periférico, en su mayoría con patrón desmielinizante. Existe un ligero predominio de incidencia en el sexo masculino sobre el femenino. Las tasas de incidencia reportadas oscilan de: 1-2 por 100.000, y la probabilidad individual de padecer síndrome de Guillain-Barré a lo largo de la vida es de 1:1000. En Colombia Isaza y colaboradores reportaron una incidencia entre 1,2 a 1,7 por cada 100.000 habitantes<sup>9</sup>. La edad media de presentación es de 40 años, pero puede ocurrir a cualquier edad.

Se considera un desorden de causa autoinmune, por un fenómeno de mimetismo molecular. Alrededor del 60% de los pacientes han padecido una infección respiratoria o diarrea de causa infecciosa (3 días a 6 semanas antes) que desencadena una respuesta inmune de predominio humoral con producción de anticuerpos antigangliósidos. Estos atacan la mielina de los nervios periféricos sensitivos y motores; también puede ocurrir un ataque contra los axones. Algunos microorganismos relacionados con este fenómeno son las bacterias *Campilobacter jejuni* y *Mycoplasma pneumoniae* y virus como el CMV (citomegalovirus), EBV (virus de Epstein-Barr), virus de varicela zoster y VIH (virus de inmunodeficiencia humana) 1,iv. En un estudio recientemente publicado de los casos de Guillain Barré en la polinesia francesa entre el año 2013 y 2014, se observó una fuerte asociación entre la incidencia de infección por virus Zika y Guillain Barré<sup>10</sup>.

### **Definición de caso sospechoso de síndrome neurológico:**

Todo paciente con manifestaciones clínicas asociadas a polineuropatía aguda, con o sin síntomas previos compatibles con infección por Zika, proveniente de áreas endémicas para la transmisión del virus Zika en Colombia que se muestran en el siguiente mapa:



## 1. Manifestaciones clínicas

¿En quién se sospecha?

- En un paciente con antecedente de infección viral previa, infección respiratoria o gastroenteritis dentro de las 6 semanas previas. En el contexto actual de la epidemia de virus Zika, todo paciente con antecedente de manifestaciones clínicas compatibles con infección por Zika, o proveniente de zona con transmisión del virus puede estar en riesgo de padecer Guillain-Barré.
- En paciente con antecedente de infección viral por Zika, se puede esperar el inicio de los síntomas neurológicos tan temprano como 2 a 28 días (promedio 6 días).
- Curso agudo: Las manifestaciones alcanzan su máxima expresión entre 12 horas y 28 días desde el inicio de los síntomas neurológicos<sup>1</sup>. La progresión ocurre alrededor de 6 semanas en el 99% de los pacientes; en menos de 4 semanas en el 90-98%; en menos de 2 semanas en el 50-80%)<sup>2,3</sup>
- Debilidad muscular simétrica, con progresión en las extremidades en dirección caudo-cefálica y distal-proximal <sup>2,3</sup>.
- Disminución o ausencia de reflejos miotendinosos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que un 10% de los pacientes tienen reflejos normales o aumentados<sup>2</sup>.
- Disminución del tono muscular (Parálisis flácida progresiva). vi
- Presencia de adormecimiento o parestesias distales (hormigueo en los dedos, palmas o plantas). La presencia de síntomas sensitivos leves asociados a debilidad progresiva aumenta la probabilidad diagnóstica de síndrome de Guillain-Barré<sup>1</sup>.
- Dolor prominente en las extremidades, ocurre en aproximadamente 50% de los pacientes<sup>3</sup>

## 2. Diagnóstico clínico

Los hallazgos al examen físico requeridos para el diagnóstico son:

- ✓ Debilidad progresiva simétrica de predominio distal
- ✓ Hiporeflexia o arreflexia.

### a. Otros hallazgos que apoyan el diagnóstico:

- Disautonomía: Con variabilidad de los signos vitales como hipertensión/hipotensión, taquicardia sinusal, bradicardia, retención urinaria, íleo, arritmias cardíacas, diarrea, vómito, disminución de sudoración y salivación.
- Debilidad facial bilateral y/o debilidad orofaríngea, que se traduce clínicamente en disfagia y disartria, ocurre en el 50% de los casos 4.
- Debilidad diafragmática observada por disnea progresiva, aumento del esfuerzo respiratorio disminución del conteo vocal (ver pie de página para definición<sup>1</sup>).
- Alteraciones sensitivas leves de predominio distal
- Oftalmoparesia, ataxia, anormalidades pupilares (pupilas tónicas, midriasis, anisocoria), ptosis palpebral<sup>4</sup>.

### b. Escala de Hughes

Según los hallazgos al examen físico, la escala de Hughes (Desarrollada en 1978) permite clasificar a los pacientes con síndrome de Guillain-Barré en 6 niveles de compromiso neurológico. Según el puntaje se adoptan algunas de las recomendaciones de manejo farmacológico específico 2,6. Esta escala se debe realizar en la valoración inicial del paciente y en el seguimiento del mismo.

Escala de Hughes modificada:

0: Paciente sano

1: Síntomas leves con capacidad para correr

2: Capacidad para caminar 10 metros sin ayuda pero no para correr

3: Capacidad para caminar 10 metros en un espacio abierto pero con ayuda

---

<sup>1</sup> Conteo vocal: Se define como la medida de cuánto puede contar un paciente después de una inhalación máxima. El valor de discriminación que permite distinguir entre quienes requerirán ventilación mecánica y quienes no, es 19 (el paciente logra contar máximo hasta 19). Es una medida sencilla que se realiza en la cabecera del paciente, no requiere equipos, es fácil de interpretar, de alta confiabilidad pues se correlaciona la capacidad vital pulmonar y es un predictor de ventilación mecánica en pacientes con Guillain Barré. El conteo vocal se convierte pues en una herramienta ideal para la evaluación de falla respiratoria en estos pacientes (11)

4: Necesidad de silla de ruedas o reducido a estar en cama.

5: Necesidad de utilizar un respirador al menos en una parte del día

6: Muerte

**c. Variantes clínicas:**

Formas localizadas de Guillain-Barré que se presentan con debilidad selectiva en ciertos grupos musculares o con hallazgos neurológicos de compromiso del tallo cerebral. Pueden acarrear pronósticos diferentes.

Síndrome de Miller Fisher: Se caracteriza por la tríada de oftalmoparesia, ataxia y arreflexia. Pico de síntomas en la primera semana, se inicia la recuperación entre 2 y 4 semanas.

Diplejía facial: Debilidad bilateral de músculos faciales-

Variante faríngea-cervico-braquial: La debilidad se localiza en los músculos de la deglución, el cuello y los brazos.

Variante paraparética: Debilidad localizada en los músculos de la cadera y las piernas.

Variante sensitiva pura

**d. Hallazgos que se oponen al diagnóstico<sup>3,4</sup>:**

- Nivel sensitivo nítido al examen de sensibilidad.
- Debilidad asimétrica.
- Signos sensitivos predominantes con mínimo compromiso motor.
- Disfunción pulmonar severa sin clínica de debilidad muscular.
- Alteración urinaria de inicio o íleo persistentes.
- Presencia de polimorfonucleares o más de 50 leucocitos /mm<sup>3</sup> en el líquido cefalorraquídeo.
- Manifestaciones neurológicas de instauración aguda que no se explican por los antecedentes médicos del paciente.

e. Confirmación diagnóstica

**Las características clínicas siguen siendo el fundamento del diagnóstico del síndrome de Guillain-Barré.**

Las ayudas paraclínicas se usan para evaluar los diagnósticos diferenciales y para confirmar el diagnóstico de Guillain-Barré.

-Pruebas sanguíneas: Cuadro hemático con VSG, plaquetas, niveles de potasio, CPK, aminotransferasas, uroanálisis, glicemia.

-Punción lumbar para estudio de líquido cefalorraquídeo: Se observa disociación albúmino-citológica (aumento de las proteínas con conteo celular normal en LCR) en aproximadamente el 50% de los pacientes en la primera semana y en el 75 a 88% hacia la tercer semana<sup>1,2</sup>. En el 15% de los casos puede haber pleocitosis leve, con un conteo de leucocitos en el LCR mayor de 5, pero menor de 50(2).

Se debe extraer muestra de suero y LCR según los lineamientos del INS para estudio epidemiológico del caso. **(VER ANEXO 1)**.

-Neuroconducciones: Se realizarán en los pacientes en el nivel especializado de atención por parte de un médico especialista con entrenamiento en neurofisiología. Se valoran las velocidades de conducción nerviosa, las latencias y amplitudes de los potenciales de los principales nervios sensitivos y motores. Tienen utilidad para la confirmación, clasificación y estudio de la distribución de la neuropatía periférica<sup>4</sup>. No son obligatorias para hacer el diagnóstico de Guillain-Barré<sup>2</sup>. La sensibilidad de los estudios de neuroconducción se ha encontrado muy variable en diferentes estudios, con rangos entre 39 y 88%(3). El subtipo predominante es la polineuropatía inflamatoria aguda desmielinizante (48%)<sup>2</sup>. Existen formas axonales puras (AMAN) y formas sensitivo-motoras (AMSAN) que indican un pronóstico diferente al de la neuropatía desmielinizante. Puede observarse también bloqueo de conducción. En los casos de diplegía facial, se puede realizar estudio electrofisiológico del nervio facial.

-Espirometría: Se recomienda evaluar al menos la capacidad vital forzada, para evaluar el riesgo de progresión de la disfunción respiratoria y el requerimiento de ventilación mecánica cuando la capacidad vital forzada es < 20 mL/Kg<sup>4</sup>. Según la capacitación y recursos disponibles, también puede hacerse medición de PIM (presión inspiratoria máxima)/PEM (presión espiratoria máxima).

### 3. Diagnósticos diferenciales:4,7

#### a. Alteraciones de la médula espinal

Mielitis transversa

Otras mielopatías agudas

#### b. Neurona motora

Poliomielitis

#### c. Nervio periférico y raíces nerviosas

Neuropatía del enfermo crítico

Porfiria aguda intermitente

Polineuritis diftérica

Enfermedad de Lyme

Meningitis linfomatosa o carcionomatosa

Intoxicación por metales pesados (arsénico, oro, talio, plomo)

Intoxicación por hexacarbonos

Vasculitis

Parálisis por garrapata

Hipofosfatemia aguda

Intoxicación por marisco

Fármacos (vincristina, suramina, disulfiram, litio...)

Primoinfección por VIH

Polirradiculoneuropatía por CMV

#### d. Unión neuromuscular

Miastenia

Síndrome de Eaton-Lambert

Botulismo

Hipermagnesemia

Mordedura de serpiente

Intoxicación por organofosforados  
Intoxicación por anticolinesterásicos

**e. Músculo**

Miopatía del enfermo crítico  
Miopatía inflamatoria  
Hipopotasemia  
Hiperpotasemia  
Parálisis periódicas hereditarias o adquiridas  
Miopatías metabólicas y Rabdomiolisis

**f. Trastorno funcional - conversivo**

#### 4. Complicaciones

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes? 1,4

- Durante el curso de la enfermedad el 25-30% de los pacientes desarrolla insuficiencia respiratoria y requiere ventilación mecánica<sup>3, 6</sup>.
- Aproximadamente el 20% desarrolla disautonomías graves y potencialmente fatales como bradiarritmias, hipotensión o hipertensión<sup>1</sup>.
- Neumonía aspirativa o asociada al cuidado hospitalario, sepsis.
- Trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar.
- Íleo adinámico, por compromiso del sistema nervioso autónomo.
- Hiponatremia, debida a SIADH.
- Hipercalcemia, debida a la inmovilidad que favorece la resorción ósea.
  
- Sangrado gastrointestinal, úlceras por estrés.
- Fatiga secundaria a inmovilidad y desacondicionamiento muscular.
- Dolor neuropático crónico.
- Depresión reactiva.

## 5. Tratamiento

**Todo paciente con sospecha de Guillain Barré debe ser hospitalizado y remitido para valoración y tratamiento urgente por neurología.**

### **a. Cuidados generales:**

- Se recomienda mantener la vigilancia intrahospitalaria al menos entre una y 2 semanas, aunque el paciente no tenga progresión de sintomatología neurológica inicialmente, por el riesgo de progresión y complicaciones (3).
- Se requiere un seguimiento permanente de los signos vitales (Presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria) 4. En casos específicos puede requerirse manejo y soporte en una unidad de cuidado crítico 1.
- Valoración de la deglución para evitar complicaciones relacionadas con la microaspiración<sup>3</sup>.
- Prevención del tromboembolismo pulmonar mediante el uso de heparina fraccionada subcutánea, heparina o medias compresivas durante el periodo de inmovilidad<sup>3, 4, 7</sup>.
- Vigilar posible retención urinaria o estreñimiento<sup>1</sup>.
- Vigilar el estado nutricional y definir tempranamente una vía de alimentación.

### **b. Cuidados respiratorios:**

- Monitoreo de variables respiratorias con seguimiento del conteo vocal, de la oxigenación, de la ventilación y de la capacidad vital.
- Detectar tempranamente signos como taquipnea, taquicardia, sudoración, movimientos toraco-abdominales asincrónicos.
- La debilidad en la región bulbar y en los músculos flexores del cuello, pueden predecir el requerimiento de ventilación mecánica<sup>3, 10</sup>.
- No se recomienda el control de pacientes sólo con pulsioximetría<sup>4</sup>.
- Considere ventilación mecánica en pacientes con rápida progresión de la enfermedad, riesgo de asfixia o compromiso bulbar, con una capacidad vital < 20mL/Kg, presión espiratoria máxima <40 cm H<sub>2</sub>O o presión inspiratoria máxima >-30 cmH<sub>2</sub>O<sup>4</sup>.

- La traqueotomía está recomendada en pacientes que superan 2 semanas de intubación y no hay signos de mejoría (vii).

**c. Vigilancia de la disautonomía:**

- La disautonomía es una de las principales causas de muerte súbita en pacientes con Guillain-Barré<sup>3</sup>. Generalmente predomina la actividad simpática sobre la parasimpática.
- Debe vigilarse la variabilidad de la presión arterial en el día, la presencia de hipotensión postural, la frecuencia cardíaca para la detección de taqui o bradiarritmias que requieran tratamiento específico (farmacológico o marcapasos implantable).
- Evitar maniobras como la succión o manipulación de la vía aérea, que pueden inducir bradicardia o asistolia<sup>3</sup>.

**d. Manejo del dolor:**

- El manejo de dolor se ajustará de acuerdo a los protocolos de cada institución, a las características del dolor y según necesidades y riesgos de cada paciente.

**e. Manejo específico:**

La inmunoterapia ha mostrado beneficio en reducción de la discapacidad y disminución del riesgo de falla respiratoria si se administra dentro de las primeras dos semanas del inicio de los síntomas<sup>1</sup>. Su uso no modifica la mortalidad por Guillain-Barré<sup>3</sup>.

Los efectos de la plasmaféresis y la inmunoglobulina en cuanto a los desenlaces evaluados de funcionalidad y recuperación, son equivalentes. La elección de la inmunoterapia dependerá de la evaluación de costo beneficio definido por cada situación clínica. Además, se debe tener en cuenta la experiencia del centro de atención en cada uno de estos tratamientos.

- Plasmaféresis:

Cinco recambios plasmáticos (50ml/kg de peso corporal/día, o 200-250/mL/kg de peso corporal en total) en 2 semanas <sup>1</sup>. La plasmaféresis está recomendada en pacientes con compromiso de la marcha dentro de las primeras 4 semanas desde el inicio de los síntomas. Puede ser de beneficio en pacientes con debilidad más leve, sin compromiso de la marcha, en las primeras 2 semanas desde inicio de los síntomas (vii).

- Inmunoglobulina humana hiperinmune:

Dosis total de 2 g/kg de peso corporal divididos en dos días (1g/kg/día) o 5 días (0,4g/kg de peso corporal/día) 6,7. Se recomienda el uso de inmunoglobulina en pacientes con compromiso de la marcha en las primeras 2 semanas desde el inicio de los síntomas neuropáticos 6, vii.

- ✓ El uso secuencial de plasmaféresis seguida de inmunoglobulina endovenosa no ha mostrado efectos mejores, sobre cualquiera de las terapias administrada de forma independiente, por lo que no se recomienda 4,6.
- ✓ El uso de corticosteroides no se recomienda por carecer de evidencia suficiente 4,6.
- ✓ En aquellos pacientes que no mejoran con la administración de una dosis estándar de inmunoglobulina, se cree que un segundo ciclo podría ser de beneficio 2,3.

## 6. Seguimiento y Rehabilitación 4,7

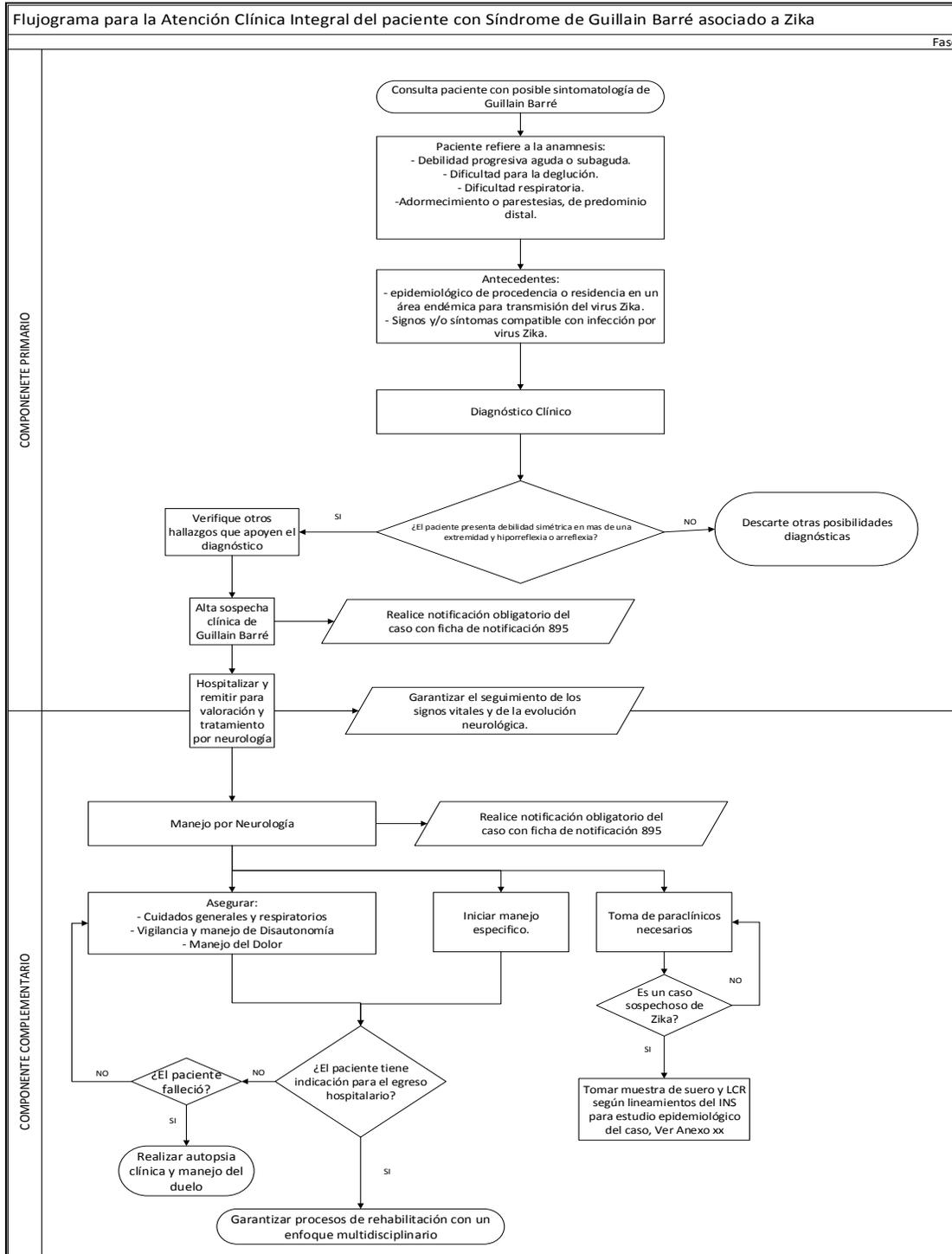
¿Cómo hacer la rehabilitación y el seguimiento?

- La rehabilitación se recomienda en la fase aguda (primeras 2 semanas) de la enfermedad, donde ha mostrado mejorar la calidad de vida y disminuir las secuelas.
- Terapia respiratoria según el estado del paciente.
- El seguimiento se realizará de acuerdo a su situación neurológica, secuelas y debe continuarse hasta que el paciente recupere la funcionalidad, que le permita una vida autónoma e independiente.
- Se deben garantizar procesos de rehabilitación de acuerdo a las necesidades específicas de cada paciente, con un enfoque multidisciplinario.

## 7. Pronóstico

- ✓ Es una enfermedad monofásica en el 95% de los casos<sup>2</sup>. Entre un 3 y un 7% padecen dos o más episodios<sup>1</sup>.
- ✓ Un 5-15% mueren durante el curso de la enfermedad, por complicaciones infecciosas o por paro cardíaco en probable relación con las disautonomías en el periodo agudo y otras se pueden presentar por complicaciones secundarias tardías <sup>viii</sup>6.
- ✓ El 20% se encuentran gravemente discapacitados después de 6 meses del inicio de los síntomas<sup>1</sup>, 6. Tras un año se observa parálisis persistente e incapacidad para caminar sin apoyo en aproximadamente 15% de los pacientes<sup>4</sup>.

### Flujograma para la atención clínica integral del paciente con SGB asociado a Zika



## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>i</sup> Yuki, N, Hartung, HP. Guillain–Barré Syndrome. N Engl J Med 2012; 366: 2294-304.
- <sup>ii</sup> Fokke, C, van den Berg, B; et al. Diagnosis of Guillain-Barré syndrome and validation of Brighton criteria. Brain 2014; 137; 33–43
- <sup>iii</sup> Meena, AK, Khadilkar, SV; et al. Treatment guidelines for Guillain–Barré Syndrome. Ann Indian Acad Neurol. 2011 Jul; 14 (Suppl1): S73–S81.
- <sup>iv</sup> BMJ Publishing Group. Guillain-Barré Syndrome. BMJ Best Practice. 2008; 337:a671.
- <sup>v</sup> Who.int [Internet]. World Health Organization (WHO); [actualizado febrero de 2016 2; citado 18 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/en/>
- <sup>vi</sup> BMJ Publishing Group. Guillain-Barré Syndrome. BMJ Best Practice. 2008; 337:a671.
- <sup>vii</sup> Guía de referencia rápida: Diagnóstico y tratamiento del síndrome de Guillain Barré en el segundo y tercer nivel de atención. Catálogo maestro de Guías de Práctica clínica. Méjico,
- <sup>viii</sup> Hughes, RAC; Wijdicks, EFM; et al. Practice parameter: Immunotherapy for Guillain–Barré syndrome. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2003; 61: 736–740.
- <sup>9</sup> Isaza SP, Pérez AB, Uribe CS. Descripción de los casos de síndrome de Guillain Barré en el Hospital San Vicente de Paul entre los años 2001 y 2005. Acta Neurol Colomb. 2009 25:123-129.
- <sup>10</sup> Cao-Lormeau, VM; et al. Guillain-Barré Syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study. Lancet Published Online February 29, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00562-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00562-6)
- <sup>11</sup> Kannan Kanikannan MA, Durga P, Venigalla NK, Kandadai RM, Jabeen SA, Borgohain R. Simple bedside predictors of mechanical ventilation in patients with Guillain-Barre síndrome. J Crit Care. 2014 Apr;29(2):219-23.

## ANEXO 1. Recolección, manejo y envío de muestras de suero y Líquido Céfalorraquídeo

Se debe realizar la recolección de muestras, en todas las personas que cumplan con la definición de caso sospechoso de síndrome neurológico asociado a Zika, se debe tomar muestra de suero y de Líquido Céfalorraquídeo (LCR), al cual se le realizara PCR si cumple con los criterios que se describen a continuación, de no cumplir con los criterios se llevara a una seroteca hasta que se cuente con una prueba adecuada para poder confirmar o no la presencia del virus Zika.

Recolección: las muestras de suero y LCR en personas vivas se realiza en aquellas que cumplen con definición de caso sospechoso, se debe coleccionar un mínimo de 2ml con un periodo máximo de evolución de cinco días posterior al inicio de síntomas.

Manejo y remisión de muestras: las muestras de suero y LCR deben ser almacenadas en condiciones de congelación (-10 a -20 °C) y enviadas al laboratorio de salud pública departamental, dentro de las primeras 48 horas después de su recolección. A su vez, el laboratorio de salud pública debe garantizar las mismas condiciones de almacenamiento y transporte para remitir al laboratorio de virología del Instituto Nacional de salud. Para esto se debe remitir la muestra con la ficha de notificación del evento que en este caso es la 895, ficha de laboratorio con todos los campos diligenciados (fecha de inicio de los síntomas y fecha de recolección de la muestra) e historia Clínica.

Reporte de resultados: la emisión de los resultados se realizara conforme al flujo establecido dentro de los procesos de laboratorio nacional de referencia del INS. Se solicita que los laboratorios de salud pública reporten de forma inmediata a las unidades de epidemiología e IPS.

***Recuerde que la toma de esta muestra es para un diagnostico epidemiológico y no sirve para orientar medidas terapéuticas en el paciente.***

Si el paciente fallece se deberá tomar doble muestra de los siguientes órganos: bazo, hígado, riñón, miocardio, pulmón, cerebro, medula ósea, ganglio linfático, cortes representativos de las raíces de nervios dorsales lo más proximal a medula espinal en sus diferentes localizaciones (cervical, torácica y lumbar); una muestra deberá ser refrigerada en solución salina para estudios virológicos y la otra en solución fijadora formol 10% pH neutro para estudios histopatológicos.

Para mayor información remítase al link:

<http://www.ins.gov.co/Noticias/ZIKA/Circular%20Conjunta%20061%20de%202015.pdf>