

# Identificación y tratamiento del síndrome de Guillain-Barré en el contexto del brote de virus de Zika

Orientación provisional

25 de febrero de 2016

WHO/ZIKV/MOC/16.4



## 1. Introducción

### 1.1 Información general

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es un trastorno en el que el sistema inmunitario del organismo ataca el sistema nervioso periférico. Puede ser desencadenado por diversas infecciones, entre ellas las causadas por los virus del dengue y la fiebre chikungunya, y afectar tanto a los nervios periféricos que controlan la fuerza muscular como a los que transmiten las sensaciones de dolor, temperatura y tacto, produciendo así debilidad muscular y pérdida de sensibilidad en los miembros superiores o inferiores. Aproximadamente un 25% de los pacientes con SGB requieren cuidados intensivos y, pese a un tratamiento de apoyo adecuado, un 3,5% fallece debido a complicaciones relacionadas con la parálisis de los músculos respiratorios, paro cardíaco o trombosis (1).

Recientemente, las autoridades sanitarias del Brasil, Colombia, El Salvador, Suriname y Venezuela han notificado un aumento de los casos de SGB en el contexto de la transmisión generalizada del virus de Zika. Los 42 casos identificados durante el brote de la Polinesia francesa en 2013–2014 resultaron ser positivos para los virus del dengue y de Zika en un análisis retrospectivo (prueba de seroneutralización) (2). La causa del aumento de la incidencia del SGB observado en el Brasil, Colombia, El Salvador y Suriname sigue sin conocerse, especialmente si se tiene en cuenta que los virus del dengue, de la fiebre chikungunya y de Zika están circulando simultáneamente en las Américas. Se está investigando para establecer la causa, los factores de riesgo y las consecuencias de estos conglomerados de casos de SGB y de otras complicaciones neurológicas.

El objetivo del presente documento consiste en ofrecer orientaciones provisionales sobre la definición de los casos de SGB y las estrategias para tratar el síndrome en el contexto del brote de virus de Zika y de su posible relación con el SGB. Asimismo, pretende servir como base para la elaboración de protocolos clínicos y políticas sanitarias locales relacionadas con la atención a los pacientes con SGB. En marzo de 2016 se organizará una reunión de expertos para elaborar más orientaciones sobre la identificación y el tratamiento del SGB y otros posibles trastornos neurológicos en el contexto de la transmisión del virus de Zika.

### 1.2 Público destinatario

Los principales destinatarios de la presente orientación son los profesionales sanitarios, en particular médicos de familia, generalistas, neurólogos, médicos de urgencias, intensivistas y personal de enfermería. Asimismo, podrá ser utilizada por los responsables de la formulación de las políticas y los protocolos sanitarios locales y nacionales, y los planificadores de políticas en las regiones afectadas por la transmisión del virus de Zika.

## 2. Recomendaciones provisionales

- a. Los profesionales sanitarios deben recibir capacitación para reconocer, evaluar y tratar a los pacientes con SGB. Concretamente, se deben reforzar las capacidades en materia de exploración neurológica y tratamiento agudo del SGB.
- b. Para definir los casos de SGB se deben utilizar los criterios de Brighton (3) (véase más adelante). Hay que realizar una exploración neurológica a todos los pacientes con sospecha de SGB, y, si se dispone de ellas, pruebas complementarias tales como estudios de conducción nerviosa/electromiografía y punción lumbar.
- c. El riesgo de muerte de los pacientes con SGB se asocia a complicaciones como insuficiencia respiratoria, arritmias cardíacas o trombosis. Dichos pacientes deben recibir un tratamiento de apoyo óptimo consistente en frecuentes evaluaciones neurológicas y monitorización de las constantes vitales y la función respiratoria.
- d. A los pacientes que no puedan caminar o presenten una progresión rápida de los síntomas se les debe ofrecer tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas o plasmaféresis. Se debe proporcionar acceso a estos tratamientos y capacitación para su administración de forma apropiada.
- e. Debe disponerse de camas para los pacientes con manifestaciones graves del SGB, de modo que puedan recibir un tratamiento de apoyo óptimo.

### 3. Definición de caso de síndrome de Guillain-Barré con los criterios de Brighton

Para definir los casos de SGB se deben utilizar los criterios de Brighton (3), que se basan en la clínica y en pruebas complementarias como los estudios neurofisiológicos y la punción lumbar. Los casos se categorizan en tres niveles: del 1 (mayor certeza diagnóstica) al 3 (menor certeza diagnóstica). Estos criterios se han formulado para

normalizar la recopilación y evaluación de la información sobre el SGB, y son aplicables en estudios con diferente disponibilidad de recursos, entornos asistenciales con diferentes niveles de disponibilidad y acceso a la atención sanitaria y diferentes regiones geográficas. Cabe destacar que aunque también se pueda aplicar en la clínica, el nivel de certeza diagnóstica se destina principalmente a fines epidemiológicos, y no a ser utilizado como criterio para el tratamiento (3).

**Tabla 1. Criterios de Brighton para la definición de caso de síndrome de Guillain-Barré**

Nivel 1 de certeza diagnóstica	Nivel 2 de certeza diagnóstica	Nivel 3 de certeza diagnóstica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; <b>Y</b></li> <li>• Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; <b>Y</b></li> <li>• Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; <b>Y</b></li> <li>• Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad; <b>Y</b></li> <li>• Disociación citoalbumínica (es decir, elevación de las proteínas del LCR* por encima del valor normal del laboratorio y cifra total de leucocitos en el LCR &lt; 50 células/μl; <b>Y</b></li> <li>• Datos electrofisiológicos compatibles con SGB.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; <b>Y</b></li> <li>• Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; <b>Y</b></li> <li>• Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; <b>Y</b></li> <li>• Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad; <b>Y</b></li> <li>• Cifra total de leucocitos en el LCR &lt; 50 células/μl (con o sin elevación de las proteínas del LCR por encima del valor normal del laboratorio); <b>O BIEN</b> estudios electrofisiológicos compatibles con SGB en caso de que no se hayan obtenido muestras de LCR o no se disponga de los resultados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilidad bilateral y flácida de los miembros; <b>Y</b></li> <li>• Reflejos tendinosos profundos atenuados o ausentes en los miembros con debilidad; <b>Y</b></li> <li>• Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; <b>Y</b></li> <li>• Ausencia de diagnóstico alternativo para la debilidad.</li> </ul>

\* LCR: líquido cefalorraquídeo

## 4. Elaboración de la orientación

### 4.1 Nota de agradecimiento

Personas que contribuyeron a la elaboración de la presente orientación: Profesora Gretchen Birbeck (Neurología y Epidemiología, Facultad de Medicina, Universidad de Rochester, Rochester, EE.UU.); Dr. Francisco Javier Carod-Artal (Neurólogo Consultor, Hospital Raigmore, Inverness, Reino Unido); Profesor Igor Korolnik (Neurología, Centro Médico Beth Israel Deaconess, Boston, EE.UU.); Dr. Constantine Malama (Virólogo, Ministerio de Salud de Zambia, Lusaka, Zambia); Dra. Farrah Mateen (Profesor Adjunto, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, EE.UU.); Profesor Avindra Nath (Investigador Superior, Institutos Nacionales de la Salud, Bethesda, EE.UU.); Dr. Erwan Oehler (Médico Generalista de Hospital, Tahití, Polinesia francesa); Profesora Lyda Osorio (Epidemiología, Universidad del Valle, Cali, Valle del Cauca, Colombia); Dr. Carlos Pardo (Director del Centro Johns Hopkins de Mielitis

Transversa, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, EE.UU.); Profesora Laura Rodrigues (Epidemiología de Enfermedades Infecciosas, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido); Dr. James Sejvar (Neurólogo y Epidemiólogo, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, EE.UU.); Profesor Tom Solomon (Director del Instituto de Infecciones y Salud Mundial, Universidad de Liverpool, Liverpool, Reino Unido); Dr. Kiran Thakur (Profesor Adjunto, Departamento de Neurología, Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Columbia, Nueva York, EE.UU.); Profesor Joseph Zunt (Neurología y Salud Mundial, Universidad de Washington, Seattle, EE.UU.).

También contribuyeron a la elaboración de la presente orientación funcionarios del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Sede de la OMS en Ginebra (Tarun Dua, Shekhar Saxena y Marius Vollberg) y de la Oficina Regional de la OMS para las Américas (Armando Vasquez).

## 4.2 Métodos de elaboración de la orientación

Los expertos mundiales en materia de infecciones neurológicas, neuroinmunología y SGB se identificaron a través de las redes de neurólogos existentes, que incluían expertos de África, las Américas, Asia Sudoriental, Europa y el Pacífico. Debido a limitaciones de tiempo, no fue posible identificar e incluir a expertos de otras zonas.

El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Sede de la OMS en Ginebra convocó para el 9 de febrero de 2016 una conferencia, cuyas actas constituyeron la base para la elaboración de la presente orientación provisional. Dichas actas y el borrador de la orientación provisional se distribuyeron entre los expertos, y las observaciones y referencias por ellos propuestas se incluyeron en la versión definitiva de la orientación.

## 4.3 Declaración de intereses

La Dra. F. Mateen declaró haber recibido en 2010–2012 una subvención de la *American Brain Foundation* para estudiar el SGB en la India utilizando los datos de la vigilancia de la poliomielitis. Se consideró que ello no suponía un conflicto de intereses, por lo que participó plenamente en el proceso de elaboración de la orientación. No se identificaron otros conflictos de intereses. No se utilizaron fondos específicos para elaborar esta orientación provisional.

## 4.4 Fecha de revisión

Estas recomendaciones han sido elaboradas en condiciones de emergencia y serán válidas hasta agosto de 2016. El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Sede de la OMS en Ginebra será el encargado de revisar la presente orientación en ese momento, o antes, y de actualizarla según proceda.

## 5. Referencias

1. Yuki N, Hartung HP. Guillain-Barré syndrome. *N Engl J Med*. 2012 Jun; 366(24):2294-304.
2. World Health Organization [Internet]. Zika situation report 12 February 2016; 2016 [cited 2016 Feb 22]. Available from: <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report/12-february-2016/en/>
3. Sejvar JJ, Kohl KS, Gidudu J, Amato A, Bakshi N, Baxter R, Burwen DR, Cornblath DR, Cleerhout J, Edwards KM, Heininger U. Guillain-Barré syndrome and Fisher syndrome: case definitions and guidelines for collection, analysis, and presentation of immunization safety data. *Vaccine*. 2011 Jan 10; 29(3):599–612.

© Organización Mundial de la Salud 2016

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (<http://www.who.int>) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.