INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO NORMALIZACIÓN.

GOBIERNO DE EL SALVADOR

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

LINEAMIENTOS PARA EL ABORDAJE DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

ENERO 2022

PRESENTACIÓN

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en su política de adoptar el Sistema de Calidad que garantice la atención en salud y prestaciones económicas integrales a los derechohabientes, ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo del ISSS aprobó la creación del Departamento de Normalización, según acuerdo CD#2019-2232.OCT, contenido en acta N° 3874; es este Departamento el responsable de la actualización del marco normativo de salud del ISSS, incluidos los presentes lineamientos.

Bajo esta premisa, el propósito de los *Lineamientos para abordaje del Síndrome de Guillain Barré* es establecer y estandarizar la ruta clínica asistencial en red en los diferentes centros de atención en salud que fortalezca el abordaje de dicho síndrome.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECTORA GENERAL

Dra. Mónica Guadalupe Ayala Guerrero
Directora General.

EQUIPO REGULATORIO:

Nombre:	Procedencia:
Dr. José Adán Martínez Alvarenga	Jefe División de Regulación, Normalización y Vigilancia.
Dra. Silvia Mendoza de Ayala	Jefe Departamento de Normalización.
Dr. Jonathan Hernández Somoza	Colaborador Técnico de Salud II. Departamento de Normalización.

PROFESIONALES QUE ELABORARON EL LINEAMIENTO:

Nombre:	Procedencia:
Dr. Carlos Enrique López Paz.	Médico Neurólogo. Hospital General.
Dra. Débora Elizabeth Acevedo.	Médico Epidemióloga. Hospital General.
Dr. Jonathan Hernández Somoza.	Colaborador Técnico de Salud II. Departamento de Normalización.

PROFESIONALES QUE REVISARON EL LINEAMIENTO:

Nombre:	Procedencia:
Dr. Rolando Rodríguez Laínez	Jefe de Emergencia. Hospital Amatepec.
Dra. Miriam Guadalupe Monroy Trejo	Médico Internista de Emergencia. Hospital Regional de Sonsonate.

Dra. Milagro Márquez Vásquez	Coordinadora de Emergencias de Unidad Médica Atlacatl.
Dra. Ana del Carmen Torres	Jefe de Emergencias del Hospital Regional de San Miguel
Dra. Romy Castro de Escobar	Jefe de Neurología. Hospital Policlínico Arce.
Dr. Guillermo E. Rascón R.	Coordinador Institucional de Medicina Crítica.
Dra. Miriam Ivonne Umaña	Jefe de Departamento de Emergencia del Hospital General.
Dr. Luis Alonso Flores Ponce	Coordinador de Emergencia de Unidad Médica Soyapango.
Dr. Marvin Antonio Flores	Jefe de Emergencia del Hospital Policlínico Zacamil.

PROFESIONALES QUE VALIDARON EL LINEAMIENTO:

Nombre:	Procedencia:
Licda. María Elena Jovel de Henriquez	Jefe de Departamento de Enfermería del ISSS.
Dra. Romy Castro de Escobar	Jefe de Neurología Hospital Policlínico Arce.
Dr. Carlos Enrique López Paz	Médico Neurólogo Hospital General.
Dra. Nancy Gochez	Jefe Sección Atención Hospitalaria, Departamento Monitoreo y Gestión de RIIS.
Dr. Guillermo Araya Flores	Jefe de Departamento Evaluación de la Provisión de los Servicios de Salud.
Dr. Carlos Alexander Vigil Sánchez	Director Unidad de Medicina Física y Rehabilitación.
Dra. Deborah Elizabeth Acevedo	Epidemióloga Hospital General ISSS.
Dr. Manuel Avalos Somoza	Jefe Sección Redes, Departamento Monitoreo y Gestión RIIS.

CONTENIDO:

A) Introducción. 6

B) Objetivos. 7

C) Campo de aplicación. 7

D) Disposiciones Generales. 7

E) Concerniente a la sospecha diagnóstica: 8

F) Concerniente a la referencia a centros de atención de mayor complejidad: 11

G) Concerniente a la hospitalización: 14

H) Concerniente a la rehabilitación: 16

I) Bibliografía: 17

J) Observancia:. 18

K) Infracciones y sanciones:. 18

L) Disposiciones adicionales:. 18

M) Vigencia: 18

N) Oficialización:. 19

Anexos: 20

Anexo 1: Criterios de Asbury y Cornblath 20

Anexo 2: Formulario ESAVI. 21

A) INTRODUCCIÓN.

El síndrome de Guillain Barré, (SGB) es una polirradiculoneuropatía periférica aguda post-infecciosa e inmunomediada, caracterizada por rápida progresión de debilidad y pérdida sensitiva, usualmente seguida de una recuperación clínica lenta.

Datos epidemiológicos estiman que se da en 1 a 2 casos por cada 100,000 habitantes por año, incrementándose su incidencia en la población aproximadamente en un 20% después de la primera década de la vida, siendo más frecuente en el género masculino. En el año 2019 en El Salvador se identificaron 113 casos a nivel nacional, de los centros hospitalarios anexos al Instituto Salvadoreño del Seguro Social se identificaron 26, sin conclusiones de causas relacionadas. En Europa y Norteamérica el SGB en su variante desmielinizante representa hasta el 90% de los casos; mientras que en Asia y Latinoamérica predomina la Axonal con sus formas motora (AMAN) y sensitiva (AMSAN), las cuales son mediadas por anticuerpos anti gangliósidos que inhiben canales iónicos tanto en región nodal como para-nodal, generando los datos clínicos cardinales en el síndrome de Guillain Barré como: debilidad progresiva de las extremidades de forma simétrica, acompañada de disminución o ausencia de los reflejos de estiramiento muscular, la debilidad puede llevar inclusive a plejía de las extremidades, facial y/o de músculos de la respiración.

Las características histológicas del SGB incluyen la desmielinización y subtipos axonales, los cuales son definidos por estudios de conducción nerviosa. La fisiopatología consiste en un mimetismo molecular propiciando una reacción inmune contra un epítope de la superficie de la membrana celular de la célula de Schwann o de la mielina. La etiología se liga a complicaciones post infecciosas, o a la aplicación de vacunas (contra Influenza y contra SARSCov-2), causas autoinmunes y paraneoplásicas.

El abordaje clínico integral del SGB, en el contexto de las enfermedades infecto contagiosas emergentes, obliga a considerar al virus SARS-CoV2, ya que se ha registrado su efecto no solo como patología respiratoria, sino que también su neurotropismo, a través de la evidencia de múltiples complicaciones neurológicas como; encefalitis, mielitis, eventos cerebrovasculares, SGB, entre otras. En el contexto de inmunizaciones (Influenza y Cov2) también existen estudios que relacionan periodos masivos de inmunización con el riesgo de desarrollar SGB, a pesar de que todavía no se esclarece la causalidad dentro de la fisiopatología de la enfermedad y a que la incidencia es variable de acuerdo al tipo de vacuna (1 a 2 casos por cada millón de vacunados), lo que estadísticamente no atribuye un riesgo significativo, en el ISSS se han reportado casos con afectación neuromuscular diagnosticados como SGB, en los que se ha sospechado "*Evento Supuestamente Atribuido a Vacuna*" (ESAVI); con el propósito de establecer la relación y el subsecuente manejo a los casos con el antecedente de aplicación de la vacuna COVID 19, por lo cual también es necesario considerarlas en el abordaje sindrómico.

Es en ese sentido que los presentes lineamientos están dirigidos al manejo integral de los casos con sospecha diagnostica de Síndrome de Guillain Barré, teniendo presente las diferentes causas posibles.

B) OBJETIVOS.

GENERAL:

Definir las pautas para la detección oportuna y manejo de pacientes con signos y síntomas de Síndrome de Guillain Barré (SGB)

ESPECÍFICOS:

I) Estandarizar los pasos a seguir, ante un caso sospechoso de SGB en todos los centros de atención de salud del ISSS.

II) Especificar los criterios clínicos asociados a la causalidad del síndrome.

III) Determinar el abordaje inicial, manejo clínico y rehabilitador; con el seguimiento de los casos atendidos.

C) CAMPO DE APLICACIÓN.

Están sujetos al cumplimiento de los presentes Lineamientos, todo el personal de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social que durante el proceso de ejecución de sus labores en las distintas áreas sospeche el Síndrome de Guillain Barré.

D) DISPOSICIONES GENERALES.

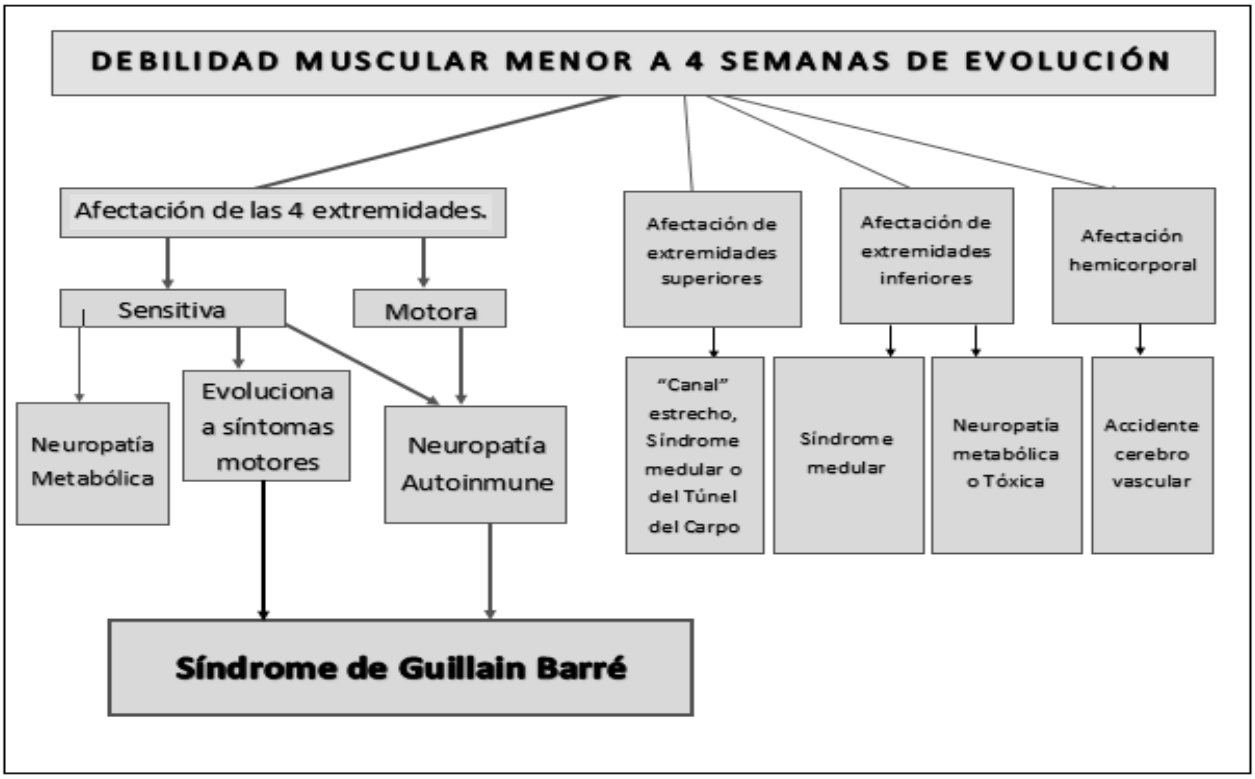
1.) La autoridad máxima del centro de atención, en el ámbito de sus facultades, o su delegado, es responsable de la divulgación y cumplimiento de las disposiciones establecidas en los presentes lineamientos técnicos.

2.) Las autoridades locales antes mencionadas (Numeral 1), una vez que hayan divulgado estos lineamientos deberán ponerlo a disposición del personal de salud de su centro de atención, por los medios que les sea apropiado y posible, para consulta y análisis del trabajo a desarrollar.

3.) La atención que cada centro de atención brinde a pacientes con sospecha de SGB debe ser de acuerdo al estado de salud de dichos pacientes y el portafolio de servicios del establecimiento.

E) CONCERNIENTE A LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA:

4.) Ante todo paciente con debilidad muscular de instauración aguda (menos a 4 semanas) se debe sospechar Síndrome de Guillain Barré (SGB), conforme al algoritmo: Debilidad Muscular menor a 4 semanas de evolución.



Autor: Dr. Carlos Enrique Lopez Paz. Médico Neurólogo Hospital General ISSS.

5.) El Diagnóstico del SGB se basa en los síntomas y en el examen neurológico, por tanto para el diagnóstico presuntivo del SGB debe utilizarse los Criterios de Asbury y Cornblath modificados, los cuales se mencionan a continuación: (resto de los parámetros clínicos en (ANEXO 1)).

a) Rasgos requeridos para el diagnóstico:

I.) Debilidad motora progresiva en más de una extremidad.

II.) Arreflexia.

b) Rasgos que apoyan frecuentemente el diagnóstico:

I.) Progresión de los síntomas hasta un máximo de 4 semanas.

II.) Simetría relativa.

III.) Signos o síntomas sensitivos leves.

IV.) Afección de nervios craneales: especialmente parálisis del nervio facial bilateral o afección de nervios oculomotores.

V.) Inicio de recuperación de 2 a 4 semanas después de cesar la progresión.

VI.) Disfunción autonómica.

VII.) Ausencia de fiebre al inicio de la enfermedad.

VIII.) Elevación de la concentración de proteínas en Líquido Cefalorraquídeo con menos de 10 células/mm3 (disociación citoalbúmina)

IX.) Hallazgos típicos de los estudios neurofisiológicos (Velocidad de Conducción Nerviosa más Ondas F).

6.) Para la evaluación de los pacientes con SGB, se utilizarán escalas motoras, como ***Escala de Discapacidad de Hughes*** y ***Escala de Fuerza MRC*** para determinar su estado inicial, y eventualmente evaluar si progresa a severidad; además servirá de parámetro para aplicar Plasmaféresis o Inmunoglobulina Humana endovenosa según gravedad clínica, por lo que se deberá tener en cuenta las siguientes tablas:

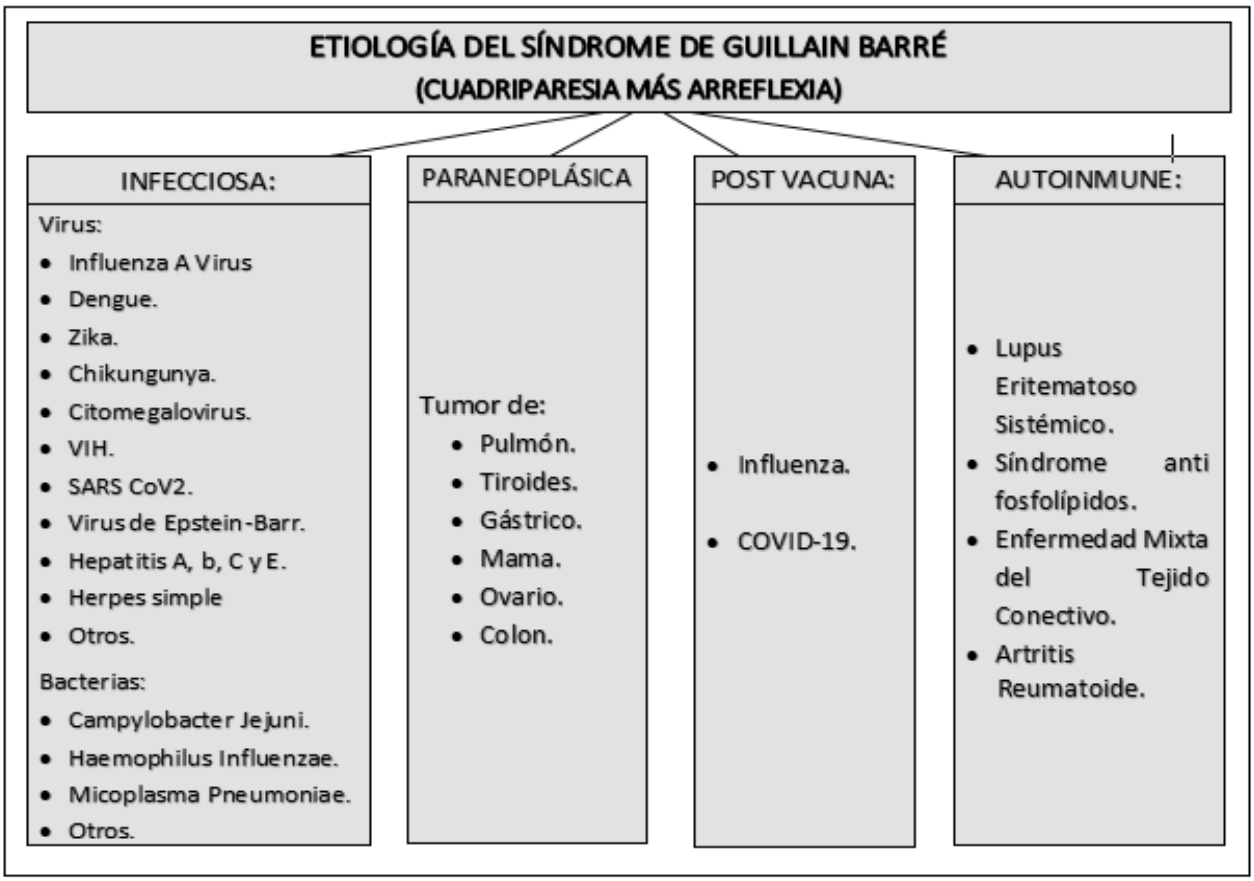
a) Escala de Discapacidad de Hughes:

ESCALA DE DISCAPACIDAD DE HUGHES (SÍNDROME DE GUILLAÍN–BARRÉ) MODIFICADA
0) Saludable.
1) Síntomas o signos menores de neuropatía, pero capaz de realizar trabajo manual/correr.
2) Capaz de caminar sin soporte (5 metros en espacio abierto) pero incapaz de realizar trabajo manual / correr.
3) Capaz de caminar con bastón andadera o soporte (5 metros en espacio abierto)
4) Confinado a cama o silla.
5) Requerimiento de ventilación asistida.
6) Muerte

b) Escala MRC de fuerza muscular:

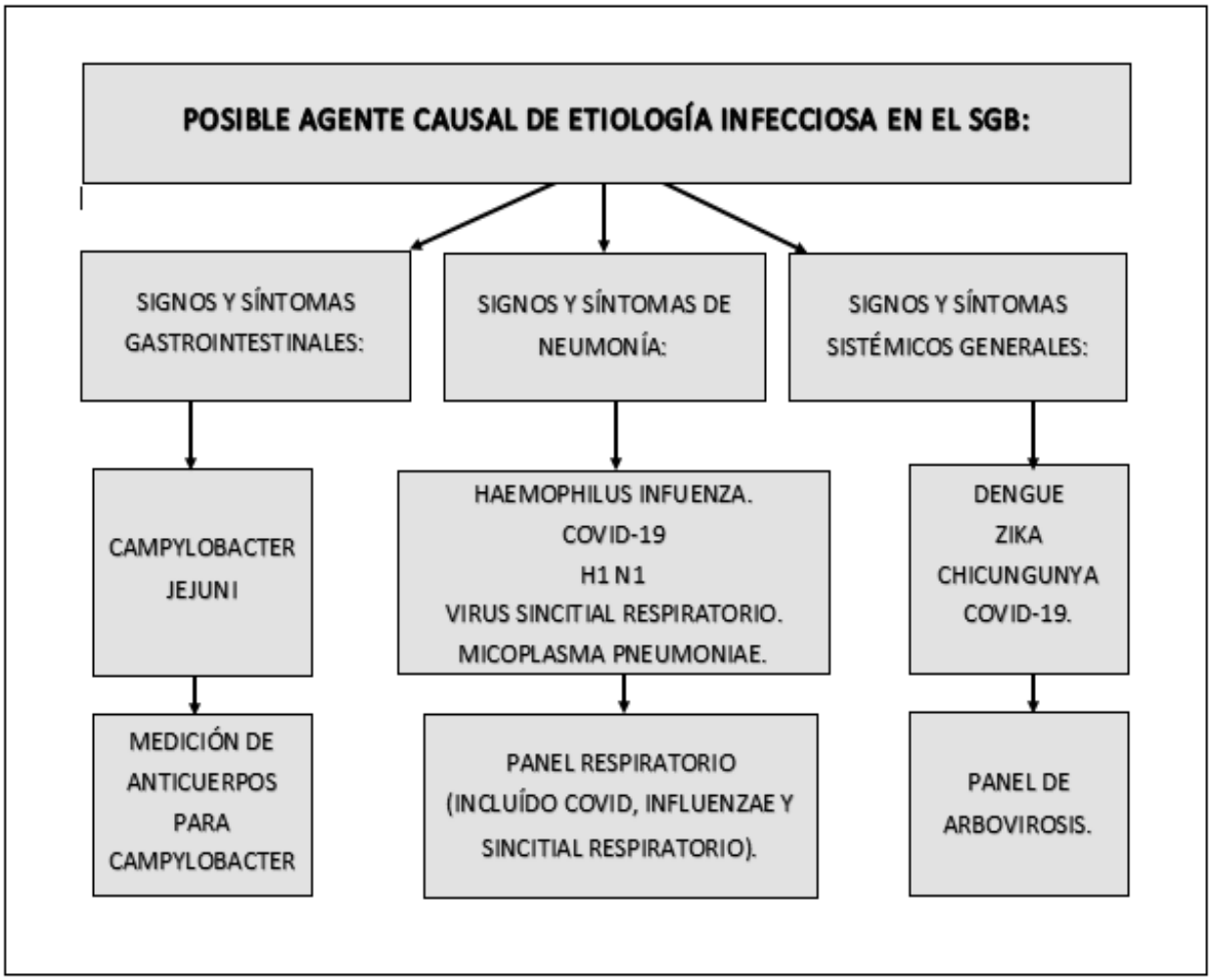
ESCALA MRC (MEDICAL RESEARCH COUNCIL) DE FUERZA MUSCULAR:
0: Ninguna contracción.
1: Contracción débil.
2: Movimiento activo sin oposición de la gravedad.
3: Movimiento activo contra la fuerza de gravedad.
4: Movimiento activo contra la fuerza de gravedad y la resistencia del examinador.
5: Fuerza normal.

7.) Todo caso de SGB, es necesario que se le asocie a la posible etiología, para lo cual debe basarse en el algoritmo Etiología del Síndrome de Guillain - Barré:



Autor: Dr. Carlos Enrique Lopez Paz. Médico Neurólogo Hospital General ISSS.

8.) Si se considera etiología infecciosa, de acuerdo a las manifestaciones clínicas debe sospecharse el agente causal, siguiendo el algoritmo siguiente:



Autor: Dr. Carlos Enrique Lopez Paz. Médico Neurólogo Hospital General ISSS.

F) CONCERNIENTE A LA REFERENCIA A CENTROS DE ATENCIÓN DE MAYOR COMPLEJIDAD:

9.) A todo caso que se le sospeche SGB se le aplicará la Lista de Chequeo Síndrome de Guillain Barré, para definir la conducta a seguir:

LISTA PARA EVALUACIÓN EN EL ISSS DE PACIENTES CON DEBILIDAD MUSCULAR AGUDA MENOR A 4 SEMANAS

Nombre paciente: _____

Edad: _____. No. de DUI: _____

Dirección: _____

_____Teléfono de contacto: _____

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE:	PUNTAJE:
Antecedentes personales de:	
• Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Hipotiroidismo, Insuficiencia Renal Crónica.	0
• Tóxicos: Antiretrovirales o terapia oncológica y uso de químicos en actividad laboral.	1
• Virus de la Inmunodeficiencia Humana. (VIH).	2
• Síndrome neoplásico.	2
• Enfermedad autoinmune: Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico, Síndrome Anti Fosfolípidos, Enfermedad mixta del tejido conectivo:	3
Constantes vitales (A):	
• Tensión arterial sistólica entre 90 mmhg y 150 mmhg.	0
• Tensión arterial sistólica menor de 90 mmhg o mayor de 150 mmhg.	3
Constantes vitales (B):	
• Frecuencia cardiaca de 60 a 100 latidos por minuto.	0
• Frecuencia cardiaca menor de 60 y mayor de 100 latidos por minuto.	3
Antecedentes de infecciones en las últimas 4 semanas:	
• Enfermedad febril sin foco: (Por ejemplo: sospecha de Dengue, Zika, Chicungunya)	1
• Infecciones respiratorias no asociado a COVID.	2
• Infección respiratoria asociada a COVID.	3
• Diarrea.	5
Antecedente de vacunas en últimas 6 semanas:	
• No vacunas.	0
• Otras vacunas (ej.: Neumococo, Hepatitis).	1
• Vacuna contra Influenza.	3
• Vacuna contra COVID-19.	3
Síntomas sensitivos en extremidades (últimas 4 semanas):	
• Dolor u hormigueo en región plantar.	1
• Dolor, hormigueo, o disminución de sensibilidad en muslo, pierna o pies.	2
• Síntomas sensitivos en manos y pies.	3
Síntomas sensitivos (Dolor) en tronco (últimas 4 semanas):	
• Región cervical, dorsal	0
• Región lumbar	3
Síntomas motores (últimas 4 semanas):	
• Debilidad de extremidades inferiores.	3
• Debilidad de extremidades superiores.	4
• Debilidad de cuatro extremidades.	5

Síntomas urinarios: • Disuria. • Incontinencia urinaria. • Retención urinaria.	 1 3 5
Reflejos tendinosos: • Reflejos normales. • Hiporreflexia. • Arreflexia.	 0 2 3
Disnea: • No. • Si.	 0 3
Disfagia: • No. • Si.	 0 3
Antecedente de Síndrome de Guillain Barré • No. • Si.	 0 5
Escala de Hughes: • Corre. • No corre, pero si camina sin ayuda más de 10 mts. • Camina con ayuda. • Requiere uso de silla de ruedas.	 1 2 3 5
PUNTAJE TOTAL OBTENIDO:	

El puntaje total obtenido después de diligenciar la Lista de Chequeo correlaciónelo en la tabla siguiente con el *Nivel de Alarma* y proceda conforme a la *Conducta* establecida:

Puntaje total obtenido:	Nivel de alarma:	Conducta:
0 a 4	Bajo	Recomendaciones.
5 a 10	Intermedio	Ingreso a Observación. a) Control en 24 horas con Medicina interna en el mismo centro de atención. b) Si el centro de atención no cuenta con Medicina Interna referir a Centro de atención de mayor complejidad en la red. Si en la 2ª evaluación progresa 1 ó más puntos (aún dentro del mismo nivel de alarma) referir a 3er nivel.
11 o más puntos	Alto	Referencia a Emergencia de Hospital (de 3er Nivel).

Fecha y Hora: _____

_____
Firma y sello de médico evaluador.

Autor: Dr. Carlos Enrique Lopez Paz. Médico Neurólogo Hospital General ISSS.

10.) Aunque el diagnóstico de SGB es esencialmente clínico, es necesario evaluar los criterios neurofisiológicos durante su estancia intrahospitalaria (Velocidad de Conducción Nerviosa más Ondas F de las cuatro extremidades).

11.) Todo caso de debilidad muscular, que conforme al algoritmo: "Abordaje de Debilidad Muscular" se le sospeche SGB, o que cumpla criterios de Asbury y Cornblath para diagnóstico, o que el puntaje obtenido según la *Lista de Chequeo de SGB* sea mayor o igual de 11 puntos, debe ser referido al Centro de atención hospitalaria que corresponda en la red de atención.

12.) Ante la sospecha de SGB que se encuentre dentro de las primeras 6 semanas post vacuna, se debe activar el protocolo de: Evento Adverso Supuestamente Atribuibles a Vacunación e Inmunización (ESAVI) (ver Anexo 2) conforme a lo establecido en: LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA ACTIVIDADES DE FARMACOVIGILANCIA EN EL ISSS. FEBRERO 2021.

G) CONCERNIENTE A LA HOSPITALIZACIÓN:

13.) Todo paciente con SGB debe ser ingresado a Hospitalización para monitoreo constante de sus funciones vitales, instaurar las medidas de apoyo, el tratamiento específico, y evaluación por Medicina interna, Neurología, Unidad de Cuidados intensivos y Medicina Física y Rehabilitación.

14.) En pacientes con SGB en fase aguda (menos de 4 semanas) con escala de Hughes 2 (por que se desconoce si evolucionará) se deberá iniciar el tratamiento con Inmunoglobulina endovenosa, según disponibilidad y ausencia de contraindicaciones.

15.) La Inmunoglobulina intravenosa se aplica una dosis total de 2 gr/ kg de peso, (siendo la dosis máxima la que corresponda a 90 kg), dividiendo la dosis total en 5 días (máximo 0.9 gr/kg/día).

16.) Al aplicar Inmunoglobulina IV se debe tener precaución en pacientes con Hipertensión Arterial e Insuficiencia Renal Crónica, con posibles efectos de cefalea, meningitis aséptica, Hipertensión Arterial, Cardiopatía isquémica, Trombosis venosa cerebral o profunda. Por su actividad pro coagulante es necesario mantener al paciente con adecuada hidratación endovenosa más heparina o Enoxaparina profiláctica.

17.) Si el paciente se encuentra en escala de Hughes 4 a 5 con las siguientes manifestaciones clínicas:

a) Rápida progresión de debilidad muscular que incluya músculos respiratorios
b) Diplejía facial más disfagia severa
c) Complicaciones médicas

Deberán ser evaluados por Medicina Crítica para su traslado a UCI o UCIN; valorando en conjunto con Neurologia, el uso prioritario de plasmaféresis en pacientes con alto nivel de complejidad que cumplan los literales (a, b, c) debido a que, con esta maniobra se elimina rápidamente anticuerpos para tratar de mejorar pronóstico; a pesar que el efecto es más sostenido con Inmunoglobulina endovenosa. Debe valorarse de forma individual dichos casos y la selección respectiva de maniobra terapéutica.

18.) La Plasmaféresis tiene contraindicaciones absolutas como: Shock séptico, Infarto agudo de miocardio activo o de los últimos 6 meses, marcada disautonomía y sangrado activo; si presenta estas contraindicaciones a pesar de su beneficio se instaurará el tratamiento con Inmunoglobulina Humana endovenosa.

19.) La plasmaféresis debe realizarse con recambios a razón de aproximadamente 40 a 50 ml/kg en días alternos, en número de 5 ciclos en total.

20.) En fluctuaciones relacionadas al tratamiento, se evaluará a todos los pacientes con SGB de 7 a 10 días después de cada finalización de maniobra terapéutica, si hay empeoramiento clínico en función motora Escala MRC con más de un punto podrá brindarse una segunda maniobra terapéutica, aunque el paciente se encuentre ya fuera de las primeras cuatro semanas, dicha maniobra siempre será la misma con la que se inició, salvo opinión de médico tratante y neurólogo.

21.) No está indicado el uso de Corticoesteroides para el tratamiento del SGB.

22.) Las pruebas de laboratorio que debe indicarse en pacientes con SGB son:

- Panel respiratorio (Ej.: virus respiratorios como Influenza A H1N1, SARSCoV2)
- Panel gastrointestinal (detección Campylobacter Jejuni en muestra sérica)
- Panel de arbovirosis (Dengue, Zika Chik)
- Punción lumbar (Citoquímico, KOH, Tinta china, Directo y Cultivo, BAAR y No BAAR de Líquido Cefalorraquídeo).
- Velocidad de Conducción Nerviosa más Ondas F de las cuatro extremidades.

23.) Si el SGB se encuentra dentro de las primeras 6 semanas post vacuna COVID 19, se debe activar el protocolo de: **Evento Adverso Supuestamente Atribuibles a Vacunación e Inmunización (ESAVI)** conforme a lo establecido en: LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA ACTIVIDADES DE FARMACOVIGILANCIA EN EL ISSS. FEBRERO 2021.

24.) Todo paciente con SGB debe ser evaluado por Medicina Física y Rehabilitación desde el ingreso hospitalario, para inicio de tratamiento preventivo de las secuelas del SGB.

25.) Para brindar alta hospitalaria a pacientes con SGB debe basarse en los siguientes criterios:

a) Paciente con mejoría de síntomas de debilidad muscular y de afección bulbar (disfagia), sin afección disautonómica, valorada por Neurólogo tratante a través de evaluación clínica,
b) Antes de dar alta se debe realizar evaluación por Fisiatría para brindar plan de tratamiento en Centro de atención que cuente con servicio en Fisiatría/Fisioterapia.
c) Haber corregido sobreinfecciones o alteraciones metabólicas durante su estadía hospitalaria.
a) El tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad laboral recomendados al dar el alta deben ser valorados por Neurología o Fisiatría, individualizando cada caso.

H) CONCERNIENTE A LA REHABILITACIÓN:

26.) Durante la fase aguda, los pacientes necesitarán rehabilitación para la prevención de contracturas, acortamientos musculares a consecuencia de encamamiento prolongado.

27.) La rehabilitación incluye:

a) Movilizaciones pasivas asistidas a las extremidades con secuelas.
b) Estimulación propioceptiva de las extremidades afectadas como secuela de SGB.
c) Prescripción y evaluación de apoyos ortésicos a las extremidades afectadas.
d) Evaluación y prescripción de aditamientos para la movilidad.

28.) No se recomienda el uso de estimulación eléctrica a extremidades durante la fase aguda.

I) BIBLIOGRAFÍA:

I.) Van Koningsveld R, Steyerberg EW, Hughes RAC, Swan AV, van Doorn PA, Jacobs BC. A clinical prognostic scoring system for Guillain-Barré syndrome. Lancet Neurol. 1 de julio de 2007; 6 (7):589-94.

II.) Yuki N, Hartung H-P. Guillain-Barré Syndrome. N Engl J Med. 14 de junio de 2012; 366(24):2294-304.

III.) Guzmán R, Guzmán-Díaz P, Dorta-Contreras A. Disfunción de barrera y Síndrome de Guillain-Barré como exponentes del daño endotelial en la COVID-19. Rev Neurol. 1 de diciembre de 2020; 71:430.

IV.) Casas I, Mena G. La vacunación de la COVID-19. Med Clínica. 21 de mayo de 2021; 156(10):500-2.

V.) 1688-0390-rmu-36-02-6.pdf [Internet]. [Citado 1 de julio de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v36n2/1688-0390-rmu-36-02-6.pdf.

VI.) Sedano-Chiroque FL, Rojas-Miliano C, Vela-Ruiz JM, Sedano-Chiroque FL, Rojas-Miliano C, Vela-Ruiz JM. COVID-19 desde la perspectiva de la prevención primaria. Rev Fac Med Humana. Julio de 2020; 20(3):494-501.

VII.) El Salvador recibe las primeras vacunas COVID-19 a través del Mecanismo COVAX - OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [Citado 1 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/12-3-2021-salvador-recibe-primeras-vacunas-covid-19-traves-mecanismo-covax

VIII.) Vucic S, Kiernan MC, Cornblath Dr. Guillain-Barré Syndrome: an update. J Clin Neurosci. 2009; 16(6):733-41.

IX.) Vucic S, Kiernan MC, Cornblath Dr. Guillain-Barré Syndrome: an update. J Clin Neurosci Off J Neurosurg Soc Australas. Junio de 2009; 16(6):733-41.

X.) Mim181i.pdf [Internet]. [Citado 1 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim181i.pdf

XI.) Alvarado L J, Vergara B L. Estudio electrodiagnóstico en síndrome de Guillain Barré en adultos. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. Junio de 2016; 54(2):123-32.

XII.) Campos Segovia A, Villena AP, Luján Martínez J, Zorzo Sánchez C, Blanco Martín AB, Fernández Aurrecoechea J, et al. Encefalitis de tronco de Bickerstaff atípica: 2 casos pediátricos. Neurol Argent. 1 de julio de 2016;8(3):181-6.

XIII.) Samaniego - Lozano CL, Juárez T, Espinoza IO, Vila J, Guillén- Pinto D. Síndrome de Miller Fisher en un niño de 12 años. Rev Neuro-Psiquiatr. Octubre de 2017; 80(4):273-6.

XIV.) Alvarado L J, Vergara B L. Estudio electrodiagnóstico en síndrome de Guillain Barré en adultos. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. Junio de 2016; 54(2):123-32.

XV.) S.L.U 2021 Viguera Editores. Síndrome de Guillain-Barré asociado a infección por COVID-19: revisión de casos publicados : Neurología.com [Internet]. [Citado 1 de julio de 2021]. Disponible en: http://www.neurologia.com/articulo/2020487

XVI.) Vacunas-COVID-4.9.pdf [Internet]. [Citado 1 de julio de 2021]. Disponible en: https://seq.es/wp-content/uploads/2021/06/vacunas-covid-4.9.pdf.

J) OBSERVANCIA.

La vigilancia del cumplimiento de los Lineamientos para el abordaje del Síndrome de Guillain Barré será responsabilidad de los directores de los centros de Atención, Jefes de Servicio Clínicos, Subdirección de Salud a través de la División de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud.

K) INFRACCIONES Y SANCIONES.

Las infracciones y sanciones al incumplimiento al presente Lineamiento el ámbito de su competencia, está tipificado en normativas legales vigentes.

L) DISPOSICIONES ADICIONALES.

Las disposiciones no contempladas en el presente Lineamiento, serán consideradas por Subdirección de Salud a través del Departamento de Normalización.

M) VIGENCIA

Los Lineamientos para el abordaje del Síndrome de Guillain Barré entrarán en vigencia a partir de la fecha de su oficialización.

N) OFICIALIZACIÓN.

San Salvador, 05 de enero de 2022.

Dra. Silvia Mendoza de Ayala.
Jefa de Departamento Normalización.

Dr. José Adán Martínez Alvarenga.
Jefe de División Regulación, Normalización y Vigilancia.

Dr. Edwin Roberto Salmerón Hernández
Subdirector de Salud.

ANEXOS:

ANEXO 1: Criterios de Asbury y Cornblath.

CRITERIOS DE ASBURY Y CORNBLATH MODIFICADOS

A.) RASGOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO:

- DEBILIDAD MOTORA PROGRESIVA EN MÁS DE UNA EXTREMIDAD.
- ARREFLEXIA.

B.) RAZGOS QUE APOYAN FRECUENTEMENTE EL DIAGNÓSTICO:

- PROGRESIÓN DE LOS SÍNTOMAS HASTA UN MÁXIMO DE 4 SEMANAS.
- SIMETRÍA RELATIVA.
- SIGNOS O SÍNTOMAS SENSITIVOS LEVES.
- AFECCIÓN DE NERVIOS CRANEALES: ESPECIALMENTE PARÁLISIS FACIAL BILATERAL O AFECCIÓN DE NERVIOS OCULOMOTORES.
- INICIO RECUPERACIÓN 2 A 4 SEMANAS DESPUES DE CESAR LA PROGRESIÓN.
- DISFUNCIÓN AUTONÓMICA.
- AUSENCIA DE FIEBRE AL INICIO DE LA ENFERMEDAD.
- ELEVACIÓN DE LA CONCENTRACIÓN DE PROTEÍNAS EN LCR CON MENOS DE 10 CELULAS/MM ^{3} (DISOCIACIÓN CITO – ALBÚMINA).
- HALLAZGOS TÍPICOS EN LOS ESTUDIOS DE NEUROFISIOLOGÍA (ELECTROMIOGRAFÍA Y VELOCIDADES DE CONDUCCIÓN NERVIOSA).

C.) RAZGOS DUDOSOS PARA EL DIAGNÓSTICO:

- PRESENCIA DE UN NIVEL SENSITIVO NÍTIDO.
- MARCADA O PERSISTENTE ASIMETRÍA DE LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS.
- DISFUNCIÓN ESFINTERIANA PERSISTENTE Y GRAVE.
- MÁS DE 50 CÉLULAS/MM^3 EN LCR.

D.) RAZGOS UE EXCLUYEN EL DIAGNÓSTICO:

- DIAGNÓSTICO DE BOTULISMO, MISATENIA GRAVIS, POLIOMIELITIS, NEUROPATÍA TÓXICA.
- TRASTORNO EN EL METABOLISMO DE LAS PORFIRIAS.
- DIFTERIA RECIENTE.
- SÍNDROME SENSITIVO PURO SIN DEBILIDAD.
- PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD DURANTE MÁS DE 2 SEMANAS.

ANEXO 2: Formulario ESAVI.

I. REPORTE DEL EVENTO

Título del reporte (*): _____

Forma de detección del caso: Consulta ☐ Búsqueda activa ☐ Rumor ☐ Noticia ☐ Comentario ☐
Reporte Estudio ☐ Otro ☐ Búsqueda pasiva ☐

Tipo de evento: ESAVI ☐ Ineficacia de vacuna ☐ Error programático ☐ Vacuna falsificada/fraudulenta ☐
Uso off-label ☐ Exposición ☐

Evento serio: Si ☐ No ☐

Razón de seriedad: Hospitalizado/prolongadamente ☐ Amenaza de vida ☐ Anomalías congénitas ☐
Discapacidad ☐ Muerto ☐ Otra condición médica importante ☐

II. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

Nombre del notificador: _____ Profesión: _____

Teléfono (*): _____ correo electrónico (*): _____

Clasificación del notificador: Referente de farmacovigilancia ☐ Médico consultante ☐ Farmacéutico ☐ Otro ☐

Unidad Efectora: _____

Nombre del establecimiento/institución: _____

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

_____/_____ /_____
Iniciales Nombres (*) Apellidos (*)

_____ /_____ /_____
País de Residencia Departamento Municipio

_____ /_____
Dirección Completa Si es menor de edad, nombre de la persona responsable

Teléfono: _____ Sexo (*): Masculino ☐ Femenino ☐ Edad (*) _____ Años_____ Mes_____

Días Fecha de Nacimiento: _____ /_____ /_____ Peso: _____ (libras o kilos) Talla: _____ (centímetros)

Embarazada: Si ☐ No ☐ ; edad gestacional (semanas): _____

Condiciones médicas relevantes del embarazo: _____

IV. HISTORIA CLÍNICA

Fecha de Consulta / Detección del Evento: _____ /_____ /_____ Fecha de Ingreso: _____ /_____ /_____

Reacción(es) o evento(s) presentado(s) (*): _____

Fecha de inicio del evento o ESAVI: _____ /_____ /_____ Hora de Inicio del evento o ESAVI: _____

Condición actual del paciente: Recuperado/resuelto sin secuelas ☐ Recuperado/resuelto con secuelas ☐ Cual?: _____
_____, En proceso de recuperación o resolviéndose ☐ No recuperado/no resuelto ☐ Fallecido ☐ Desconocido ☐

Diagnóstico clínico: _____ No. Expediente: _____

Descripción del cuadro clínico o del evento sucedido: _____

_____

_____

_____

Acción tomada ante la reacción o el evento: Tratamiento terapéutico ☐ Seguimiento médico/observación del paciente ☐

Descripción de la acción tomada: _____

_____

_____

Fecha de resolución de la reacción o evento: _____ /_____ /_____

V. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

Enfermedades de base preexistentes al momento de presentarse el ESAVI, reacción o evento:

Desnutrición Severa ☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Obesidad mórbida ☐ HTA ☐ TB ☐ VIH-SIDA ☐ EPOC ☐

IRC ☐ Malformación Congénita ☐ Hepatopatías ☐ Cardiopatía ☐ Alergia ☐ Otro:_____

Enfermedad autoinmune, ¿Cuál?:_____

Medicación concomitante, tratamiento con esteroides sistémicos > 10 días o con otros inmunosupresores: ¿Cuáles? _____

_____

Historia de ESAVI o eventos previos a dosis anteriores de vacunas aplicadas: No ☐ Si ☐, ¿Qué tipo de reacción y cuál vacuna?:

_____

Antecedentes familiares de reacciones adversas a vacunas en hermanos, padres, abuelos: No ☐ Si ☐ ¿Qué tipo de reacción y cual vacuna?_____

VI. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE U OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS

Fecha de realización	Tipo de muestra	Examen o prueba realizado	Resultados

Autopsia, resultado: _____

Fecha de Egreso/ Alta: _____ /_____ /_____ Fecha de muerte/defunción: _____ /_____ /_____

VII. VACUNAS CONCOMITANTES APLICADAS

Nombre de vacuna	No de Lote	Vía de administración	Sitio anatómico de administración	Dosis	Fecha de Vencimiento	T° de conservación	Laboratorio fabricante

VIII. INFORMACIÓN DE LA VACUNA SOSPECHOSA RELACIONADA AL ESAVI O EVENTO

Número de registro sanitario de la vacuna: _____, Nombre comercial (*): _____

Número de dosis: 1ra ☐ 2da ☐ 3ra ☐ 4ta ☐ 5ta ☐ 1er refuerzo ☐ 2do refuerzo ☐

Sitio anatómico de administración: Brazo izquierdo ☐ Brazo derecho ☐ Brazo no especificado ☐ Muslo derecho ☐

Muslo izquierdo ☐ Muslo no especificado ☐ Oral ☐ Otro ☐

Dosis de vacuna: _____, Temperatura de conservación: _____,

Lugar donde fue vacunado: _____

Marco de aplicación de la vacuna: Cumplimiento del Esquema de Vacunación ☐ Durante campaña ☐ viajero ☐ Otros ☐

Indicación Médica ☐ ¿Cuál Indicación médica?:_____

Vía de administración: _____, Fecha de vacunación: _____/_____/_____ Hora de vacunación: _____

Tiempo transcurrido entre vacunación y aparecimiento del ESAVI: Meses_____ Días_____ Hrs_____ Minutos_____

Comentarios adicionales: _____

Laboratorio fabricante: _____, Número de lote (*): _____, Fecha de caducidad: __/___/___

Recurso vacunador: Enfermera ☐ Técnicos de enfermería ☐ Tecnólogo materno infantil ☐ Promotor de salud ☐

Médico ☐ Otros. ☐ Especificar: _____

¿Se resguardo el frasco del biológico involucrado o un frasco del mismo lote? Sí ☐ No ☐

IX. CLASIFICACIÓN FINAL DEL ESAVI

Evento relacionado con la vacuna ☐ Evento coincidente con la vacuna ☐ Evento no concluyente ☐

Reacción relacionada a ansiedad por la inmunización ☐ Error programático ☐

Diagnóstico clínico final: _____

_____

Firma y Sello del notificador

I. REPORTE DEL EVENTO

1. **Título del reporte:** Anotar primero el nombre de la vacuna y luego la reacción o evento divido con una pleca (/). ejemplo: Vacuna Pentavalente / Convulsión febril; Vacuna DT / Error programático; Vacuna Neumococo 10 Valente / Falsificada.
2. **Forma de Detección del caso:** Marcar con una "X" la opción según corresponda a la forma en que se detectó el ESAVI o el evento reportado.
3. **Tipo de evento:** Marcar con una "X" la opción que describa al evento que reporta (ESAVI, ineficacia de vacuna, error programático, vacuna fraudulenta o falsificada, Uso off-label (indicación no autorizada), Exposición (uso en embarazo o lactancia).
4. **Evento serio:** Marcar con una "X" el tipo "serio" o "no serio" según corresponda.
5. **Razón de seriedad:** Marcar con una "X" la razón de seriedad que corresponda por la cual se categoriza como ESAVI serio. Se debe tener en cuenta que los ESAVI no serios no deben tener marcada ninguna razón de seriedad por lo que deberá dejar el espacio en blanco.

II. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

6. **Nombre del notificador:** Anotar el nombre de la persona que está notificando en el Sistema de Farmacovigilancia de El Salvador (SIFAVES) el evento.
7. **Profesión:** Anotar la profesión del notificador.
8. **Teléfono:** Anotar el número de teléfono de oficina o de celular del notificador.
9. **Correo electrónico:** Anotar el correo electrónico institucional o personal del notificador.
10. **Clasificación del notificador:** Marcar con una "X" la opción que corresponda o describa el cargo o función del notificador.
11. **Unidad efectora:** Anotar el nombre de la organización o la institución pública o privada perteneciente al Sistema Nacional de Farmacovigilancia (SNFV) a la cual pertenece o en la que trabaja el notificador (ejemplo: MINSAL, FOSALUD, ISSS, COSAM, ISRI, ISBM DGPC, ONG`S, otros).
12. **Nombre del establecimiento/institución:** Anotar el nombre específico del establecimiento de salud, clínica o lugar en donde fue atendido el paciente y responsable de la detección o diagnóstico del ESAVI o evento que está reportando. (establecimiento del Sistema Nacional de Salud, clínica municipal, clínica privada, etc.)

III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

13. **Iniciales:** Escribir las iniciales del nombre y apellidos de la persona que presenta el ESAVI o evento.
14. **Nombres:** Escribir los nombres de la persona que presenta el ESAVI o evento.
15. **Apellidos:** Escribir los apellidos de la persona que presenta el ESAVI o evento.
16. **País de residencia:** Escribir el país en donde nació y en donde vive habitualmente la persona que presenta el ESAVI o evento. Se debe tener en cuenta que **c**uando la personas resida en otro país, se anotará el nombre del país y no se separa por departamento ni municipio de residencia, por lo que el espacio queda en blanco.
17. **Departamento:** Escribir el departamento de residencia de la persona que presenta el ESAVI o evento.
18. **Municipio:** Escribir el municipio de residencia de la persona que presenta el ESAVI o evento.
19. **Dirección completa:** Escribir la dirección específica en donde reside habitualmente la persona que presenta el ESAVI o evento.
20. **Si es menor de edad, nombre de la persona responsable:** Escribir el nombre de la persona responsable, si la persona que presenta el ESAVI o evento es menor de edad (menor de 18 años).
21. **Teléfono:** Escribir el teléfono al cual se le puede llamar al paciente, ya sea domiciliar, laboral u otro donde se le pueda contactar.
22. **Sexo:** Marcar con una "X" según corresponda a masculino o femenino.
23. **Edad (años, meses y días):** Anotar la edad cumplida ya sea en años, en meses para menores de 1 año y días para menores de 1 mes. **Se debe tener en cuenta:** En neonato anotar días, En niño(a) mayor de un mes y menor de 1 año anotar meses, En niño(a) de 1 año hasta 9 años anotar el número de años
24. **Fecha de Nacimiento:** Anotar día, mes y año de nacimiento del paciente.
25. **Peso:** Si es recién nacido anotar el peso en kilogramos o libras.
26. **Talla:** Anotar la talla o estatura en centímetros
27. **Embarazada:** Marcar con una "X" según corresponda si está o no embarazada.
28. **Edad gestacional:** Anotar la edad gestacional en semanas, si está embarazada.
29. **Condiciones médicas relevantes del embarazo:** Anotar antecedentes médicos o patológicos relevantes para su embarazo o su condición de salud o riesgo durante su embarazo.

IV. HISTORIA CLÍNICA

30. **Fecha de consulta/detección del evento:** Anotar día, mes y año en que fue dada la consulta, durante la cual se diagnosticó el ESAVI.
31. **Fecha de ingreso:** Anotar la fecha de ingreso al servicio hospitalario, si el paciente fue ingresado.
32. **Reacción(es) o evento(s) presentado(s):** Escribir cual es o cuales son las reacciones presentadas o en que consiste el evento.
33. **Fecha de inicio del evento o ESAVI**: Anotar día, mes y año en que se presentó el primer signo o síntoma del ESAVI
34. **Hora de Inicio del evento o ESAVI:** Anotar la hora exacta en que inicio el ESAVI especificando si fue en la mañana (am) o en la tarde (pm).

35. **Condición actual del paciente:** Marcar con una "X" según corresponda o que mejor describa la condición actual del paciente.
36. **Diagnóstico clínico:** Escribir la patología o el diagnóstico médico específico que presenta el paciente. Ejemplo crisis convulsiva.
37. **No. Expediente:** Anotar el número de expediente del paciente según el establecimiento de salud en donde es atendido.
38. **Descripción del cuadro clínico o del evento sucedido:** Escribir el resumen de la historia clínica y examen físico del paciente o describir en que consiste el evento reportado y la forma cronológica en que ocurrieron los hechos del evento reportado (en caso de un error programático como fue que sucedió).
39. **Acción tomada ante la reacción o el evento:** Marcar con una "X" según corresponda o la acción que más describa la acción tomada.
40. **Descripción de la acción tomada:** Describa específicamente cual fue la acción que se hizo para el manejo del ESAVI o evento. En caso de error programático que se hizo para corregir o prevenir que continúe ocurriendo.
41. **Fecha de resolución de la reacción o evento:** Si el ESAVI o evento se resolvió, anotar la fecha en que fue resuelto. En caso de no haberse resuelto al momento del reporte dejarlo en blanco.

V. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES

42. **Enfermedades de base preexistentes al momento de presentarse el ESAVI, reacción o evento:** Marcar con una "X", las casillas de las opciones que correspondan a las patologías de base preexistentes al momento de la vacunación, y anotar en el apartado de "otro" aquellas patologías preexistentes no descritas en las casillas y que considere fueron factores que potenciaron o favorecieron el aparecimiento del ESAVI en el paciente, tenga en cuenta que puede ser más de una patología.
43. **Enfermedad autoinmune, ¿cuál?:** Anotar el nombre de la enfermedad autoinmune preexistente que padece la persona que presenta el ESAVI, reacción o evento.
44. **Medicación concomitante, tratamiento con esteroides sistémicos > 10 días o con otros inmunosupresores: ¿Cuáles?:** Anotar el nombre de otros fármacos concomitantes que se suministran a la persona que presenta el ESAVI o evento y que se consideren pueden interferir con la vacuna como los inmunosupresores; se incluyen los tratamientos previos o simultáneos con inmunoglobulinas.
45. **Historia de ESAVI o eventos previos a dosis anteriores de vacunas aplicadas:** Marcar con una "X" en la casilla "si" o "no" según corresponda y en caso de ser afirmativa especificar el tipo de reacción(es) presentada(s) y el nombre de la(s) vacuna(s). Puede(n) ser la(s) misma(s) vacuna(s) u otra(s) vacuna(s) diferente(s).
46. **Antecedentes familiares de reacciones adversas a vacunas en hermanos, padres, abuelos:** Marcar con una "X" la casilla "si" o "no" según corresponda y en caso de ser afirmativa especificar el o los tipos de reacción(es) y a cuál(es) vacuna(s).

VI. EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE U OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS

47. Llenar la tabla anotando todos los exámenes de laboratorio y gabinete u otros procedimientos diagnósticos complementarios, realizados a la persona que presenta el ESAVI o evento, los cuales sirvieron para establecer el diagnóstico de la patología o ESAVI, poner la fecha de toma o realización, el tipo de muestra, el nombre del examen realizado y los resultados de cada uno de ellos.
48. **Autopsia, resultado:** En caso de muerte, si se le realizó autopsia, anotar el resultado de la autopsia.
49. **Fecha de egreso/alta:** Anotar el día, mes y año en que el paciente fue dado de alta del hospital o del seguimiento o control médico en caso de pacientes ambulatorios.
50. **Fecha de muerte/fallecimiento:** En caso de muerte, anotar el día, mes y año en que el falleció el paciente.

VII. VACUNAS CONCOMITANTES APLICADAS

51. Llenar la tabla anotando todas las vacunas aplicadas simultáneamente junto con la vacuna sospechosa. Escribir el nombre de las vacunas, sus números de lote, vías de administración, sitio anatómico de administración, dosis aplicada, fecha de vencimiento, temperatura de conservación y laboratorio fabricante.

VIII. INFORMACIÓN DE LA VACUNA SOSPECHOSA RELACIONADA AL ESAVI O EVENTO

52. **Número de registro sanitario de la vacuna:** Anotar el número de registro sanitario que la Dirección Nacional de Medicamento le ha dado a la vacuna para su comercialización en el país. En caso de no tenerlo dejar en blanco.
53. **Nombre comercial:** Escribir el nombre comercial o genérico con él cual se identifica la vacuna sospechosa utilizada.
54. **Número de dosis:** Marcar con una "X" la casilla que corresponda al número de dosis de vacuna que se le aplico. Verificarlo con los registros de vacunación (carnet, registro diario, libro de vacunación, tarjetero, expediente, otro)
55. **Sitio anatómico de administración:** Marcar con una "X" la casilla que corresponda al lugar anatómico en donde se aplicó o administre la vacuna. Ejemplo: muslo derecho, brazo derecho, boca, entre otros.
56. **Dosis de vacuna:** Escribir la cantidad de vacuna que se administró de una vez, expresado en unidades de volumen (ej.: 0.5 ml).
57. **Temperatura de conservación:** Escribir la temperatura registrada en la mañana, a la cual estuvo almacenada la vacuna en los frigoríficos o termos, el día en que fue aplicada a la persona que presentó el ESAVI o evento.
58. **Lugar donde fue vacunado:** Especificar el nombre del establecimiento, institución o el lugar de vacunación, en donde se aplicó la vacuna a la persona que presenta el ESAVI o evento: Domicilio, Puesto de Vacunación, Institución Educativa (Escuela, Colegio, Universidad), Trabajo u Otros.

59. **Marco de aplicación de la vacuna:** Marcar con una “X” la casilla correspondiente a la modalidad en la que se vacuno la persona que presenta el ESAVI o evento y en caso de haber sido una indicación médica, anotar cuál fue la razón de la indicación médica.
60. **Vía de administración:** Escribir el lugar por el que se introduce la vacuna o la manera elegida de incorporar una vacuna al organismo. Se clasifican en función del método que se emplee Ejemplo: oral, intradérmica, subcutánea, intramuscular entre otras.
61. **Fecha de vacunación:** Anotar el día, mes, año exacto de vacunación.
62. **Hora de vacunación:** Anotar la hora exacta en que fue aplicada la vacuna ya sea por la mañana (am) o por la tarde (pm)
63. **Tiempo transcurrido entre vacunación y aparecimiento del ESAVI:** Anotar el lapso de tiempo exacto, ya sea en minutos, en horas, en días o en meses, que pasó entre la aplicación de la vacuna y el aparecimiento del primer signo o síntoma del ESAVI. En caso de ser un paciente sano dejarlo en blanco.
64. **Comentarios adicionales:** Escribir situaciones relevantes o acontecidos durante la vacunación u otros acontecimientos que puedan aportar al análisis y evaluación del caso.
65. **Laboratorio fabricante:** Escribir el nombre del laboratorio que fabricó la vacuna.
66. **Número de lote:** Escribir el número de lote que aparece en la caja o frasco de la vacuna, dado por el fabricante con el cual identifica los ejemplares de ese mismo proceso de fabricación.
67. **Fecha de caducidad:** Escribir el día, mes y año de vencimiento de la vacuna.
68. **Recurso vacunador:** Marcar con una “X” en la casilla correspondiente a la disciplina que realiza la actividad de vacunación. En caso de marcar “Otro”, debe especificar la función o disciplina que vacuno.
69. **¿Se resguardo el frasco del biológico involucrado o un frasco del mismo lote?:** Marcar con una “X” en la “si” o “no” según corresponda.

IX. CLASIFICACIÓN FINAL DEL ESAVI

70. Si se tiene disponible, marcar con una “X” la clasificación final del ESAVI, a la cual se ha llegado como conclusión de relación causal de la vacuna con la patología del paciente, basado en el estudio y análisis de la evidencia clínica, epidemiológica y de laboratorio. La clasificación final puede ser: Evento relacionado con la vacuna, Evento coincidente con la vacuna, Evento no concluyente, Reacción relacionada a ansiedad por la inmunización, error programático.
71. **Diagnóstico clínico final:** Anotar el diagnóstico clínico final del paciente con ESAVI, como producto de la conclusión de la evidencia analizada, la cual incluye las pruebas diagnósticas complementarias de laboratorio, gabinete y autopsia.
72. **Firma y sello del notificador:** Poner la firma y el sello del notificador responsable que reporta el caso.

Nota: Los campos del formulario marcados con (*), son de carácter obligatorio para considerar válida la notificación.

GOBIERNO DE EL SALVADOR

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN
ENERO 2022.