




NTS Nº - MINSa/2021/ CDC
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN EL PERÚ

		ANEXO Nº 1 Ficha de investigación Clínico Epidemiológica de la Vigilancia del Síndrome Guillain Barré (código CE10: G61.0)																																														
I. DATOS GENERALES		1. Fecha de Investigación: <input type="text"/>																																														
2. DIRESA/GERESA/DIRIs: <input type="text"/>		3. Red/ Micro Red <input type="text"/>																																														
4. Establecimiento De Salud Notificante <input type="text"/>																																																
II. DATOS DEL PACIENTE		5. H.Clinica Nº <input type="text"/>																																														
6. A. Paterno <input type="text"/>		A. Materno <input type="text"/>																																														
9. Edad <input type="text"/>		10. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F																																														
11. Gestante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		12. Peso <input type="text"/> kg																																														
13. Departamento <input type="text"/>		14. Provincia <input type="text"/>																																														
15. Distrito <input type="text"/>		16. Localidad <input type="text"/>																																														
17. Dirección <input type="text"/>		18. Ocupación <input type="text"/>																																														
19. Teléfono del paciente o familiar <input type="text"/>		Nacionalidad <input type="text"/>																																														
III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS																																																
20 ¿Dónde estuvo las ultimas 4 semanas previas al inicio de la debilidad muscular?																																																
21. País <input type="text"/>																																																
22. Departamento <input type="text"/>																																																
23. Provincia <input type="text"/>																																																
24. Distrito <input type="text"/>																																																
25. Localidad <input type="text"/>																																																
26. Dirección <input type="text"/>																																																
27. Antecedentes de enfermedad dentro de las 4 semanas previas del inicio de la debilidad muscular (Marcar con "X" y llenar datos)																																																
Infección de vías respiratorias altas <input type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><th>Si</th><th>Fecha</th></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Infección gastrointestinal <input type="checkbox"/> Fiebre (Temperatura ≥ 38 °C) <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> otros: <input type="text"/>		Si	Fecha									Enfermedad crónica: HTA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Otros Riesgo intoxicación: Metales pesados () Organofosforado ()																																				
Si	Fecha																																															
28. Antecedente de vacunación previa dentro de las 4 semanas al inicio de debilidad muscular: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																
Influenza estacional <input type="checkbox"/> difteria y tetanos (dT) <input type="checkbox"/> Otra <input type="text"/> Fecha de vacuna <input type="text"/>																																																
29. Antecedentes de familiares o contactos cercanos que las últimas 4 semanas presentaron: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																																
Infección gastrointestinal <input type="checkbox"/> Infección vías respiratorias <input type="checkbox"/> Debilidad muscular aguda <input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>																																																
IV. EVALUACIÓN CLÍNICA (PERSONAL MEDICO O ESPECIALISTA)																																																
30. Fecha de Inicio de debilidad muscular <input type="text"/>		31. Fecha de hospitalización <input type="text"/>																																														
32. Servicio <input type="text"/>		33. Características de la debilidad muscular (marque con x)																																														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Debilidad</td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr><td>Bilateralidad</td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr><td>Simetría o relativamente simétrica</td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr><td>Progresión:</td><td>Ascendente</td><td>Descendente</td></tr> <tr><td>Tono Muscular:</td><td>Hipotónico</td><td>Normal</td></tr> <tr><td>Reflejos Osteotendinosos disminuidos o ausente:</td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr><td>Ataxia</td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr><td>compromiso de Nervios Craneales</td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr><td>Anormalidad autonómica*</td><td>Si</td><td>No</td></tr> <tr><td>Rigidez de Nuca</td><td>Si</td><td>No</td></tr> </table>		Debilidad	Si	No	Bilateralidad	Si	No	Simetría o relativamente simétrica	Si	No	Progresión:	Ascendente	Descendente	Tono Muscular:	Hipotónico	Normal	Reflejos Osteotendinosos disminuidos o ausente:	Si	No	Ataxia	Si	No	compromiso de Nervios Craneales	Si	No	Anormalidad autonómica*	Si	No	Rigidez de Nuca	Si	No	34. Fecha de evaluación neurológica <input type="text"/> 35. Evaluación de la fuerza muscular <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td>Prox</td><td>Dist</td></tr> <tr><td>Miembro Sup. Izq.</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Miembro Sup. Der.</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Miembro Inf. Izq.</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Miembro Inf. Der.</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>			Prox	Dist	Miembro Sup. Izq.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Miembro Sup. Der.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Miembro Inf. Izq.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Miembro Inf. Der.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Debilidad	Si	No																																														
Bilateralidad	Si	No																																														
Simetría o relativamente simétrica	Si	No																																														
Progresión:	Ascendente	Descendente																																														
Tono Muscular:	Hipotónico	Normal																																														
Reflejos Osteotendinosos disminuidos o ausente:	Si	No																																														
Ataxia	Si	No																																														
compromiso de Nervios Craneales	Si	No																																														
Anormalidad autonómica*	Si	No																																														
Rigidez de Nuca	Si	No																																														
	Prox	Dist																																														
Miembro Sup. Izq.	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
Miembro Sup. Der.	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
Miembro Inf. Izq.	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
Miembro Inf. Der.	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
36. Evaluación de reflejos osteotendinosos <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><th>Der.</th><th>Izq.</th></tr> <tr><td>Reflejo Bicipital</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Reflejo Tricipital</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Reflejo Patelar</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Reflejo Aquileo</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>		Der.	Izq.	Reflejo Bicipital	<input type="text"/>	Reflejo Tricipital	<input type="text"/>	Reflejo Patelar	<input type="text"/>	Reflejo Aquileo	<input type="text"/>	37. Compromisos de los nervios craneales <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><th colspan="2"></th><th>SI</th><th>NO</th></tr> <tr><td>Facial Izq.</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Facial Der.</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>IX-X Izq.</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>IX-X Der.</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>				SI	NO	Facial Izq.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Facial Der.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IX-X Izq.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IX-X Der.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
Der.	Izq.																																															
Reflejo Bicipital	<input type="text"/>																																															
Reflejo Tricipital	<input type="text"/>																																															
Reflejo Patelar	<input type="text"/>																																															
Reflejo Aquileo	<input type="text"/>																																															
		SI	NO																																													
Facial Izq.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																													
Facial Der.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																													
IX-X Izq.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																													
IX-X Der.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																													
38. Escala de HUGHES al ingreso <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>Grado 0 ()</td><td>Grado 1 ()</td><td>Grado 2 ()</td><td>Grado 3 ()</td><td>Grado 4 ()</td><td>Grado 5 ()</td><td>Grado 6 ()</td></tr> </table>		Grado 0 ()	Grado 1 ()	Grado 2 ()	Grado 3 ()	Grado 4 ()	Grado 5 ()	Grado 6 ()	Emplear la Escala de Fuerza Muscular de Medical Research Council (MRC): <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>0</td><td>No contracción, musculo paralizado</td></tr> <tr><td>1</td><td>Contracción muscular sin desplazamiento</td></tr> <tr><td>2</td><td>Movimiento sin vencer la gravedad</td></tr> <tr><td>3</td><td>Movimiento completo solo contra resistencia leve</td></tr> <tr><td>4</td><td>Movimiento completo contra gravedad y resistencia mod.</td></tr> <tr><td>5</td><td>Movimiento completo contra gravedad y resistencia</td></tr> </table>		0	No contracción, musculo paralizado	1	Contracción muscular sin desplazamiento	2	Movimiento sin vencer la gravedad	3	Movimiento completo solo contra resistencia leve	4	Movimiento completo contra gravedad y resistencia mod.	5	Movimiento completo contra gravedad y resistencia																										
Grado 0 ()	Grado 1 ()	Grado 2 ()	Grado 3 ()	Grado 4 ()	Grado 5 ()	Grado 6 ()																																										
0	No contracción, musculo paralizado																																															
1	Contracción muscular sin desplazamiento																																															
2	Movimiento sin vencer la gravedad																																															
3	Movimiento completo solo contra resistencia leve																																															
4	Movimiento completo contra gravedad y resistencia mod.																																															
5	Movimiento completo contra gravedad y resistencia																																															
V. CLASIFICACION DE SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ																																																
39. SGB sospechoso <input type="checkbox"/> Nivel 3 <input type="checkbox"/>		40. SGB confirmado <input type="checkbox"/> Nivel 2 <input type="checkbox"/> Nivel 1 <input type="checkbox"/>																																														
41. SGB Descartado <input type="checkbox"/>																																																

Para caso SGB confirmado según criterios de certeza de Brighton:
Nivel de certeza 3: caso sospechoso con clínica (La notificación de todo caso sospechoso debe ser inmediata al personal de epidemiología y al sistema de vigilancia epidemiológica NOTISP)
Nivel de certeza 2: caso sospechoso con LCR compatible O estudio de electrofisiología compatible para SGB,
Nivel de certeza 1: caso sospechoso con LCR compatible Y estudio de electrofisiología compatible para SGB

*Anormalidad autonómica (incluye más de uno de los siguientes: Disfunción urinaria, disfunción rectal, hipertensión arterial (HTA), hipotensión, taquicardia sinusal, arritmia, hiponatremia, fiebre)

NTS Nº - MINSA/2021/ CDC
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN EL PERÚ

 																														
VI. EVOLUCION Y SEGUIMIENTO																														
<p>42. Ingreso a UCI <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 43. Ventilación mecánica Si () No () Fecha inicio <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Fecha de destete <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>44. Fecha de referencia y lugar de referencia <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>45. Tratamiento:</p> <p style="padding-left: 40px;">Fecha de inicio de Plasmaféresis <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Número de sesiones <input type="text"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Fecha inicio Inmunoglobulina endovenosa <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Número frascos de tratamiento <input type="text"/></p> <p>46. Fecha de fallecimiento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 47. Fecha del alta <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 48. Fecha de Alta voluntaria <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>49. Secuela al Alta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</p> <p>50. Escala de Hughes al Alta (marque con un x)</p> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Grado 0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Grado 1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Grado 2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Grado 3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Grado 4</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Grado 5</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Grado 6</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px;"></td> </tr> </table> <div style="margin-left: 40px; border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>Clasificación funcional de Hughes</p> <p>0 Sin discapacidad</p> <p>1 Deambula en forma limitada, capaz de correr</p> <p>2 Capaz de caminar 5 metros sin ayuda</p> <p>3 Capaz de caminar 5 metros con ayuda</p> <p>4 Sin capacidad para realizar marcha, confinado en cama o silla</p> <p>5 Necesidad de ventilación mecánica</p> <p>6 Muerte</p> </div>	Grado 0		Grado 1		Grado 2		Grado 3		Grado 4		Grado 5		Grado 6																	
Grado 0																														
Grado 1																														
Grado 2																														
Grado 3																														
Grado 4																														
Grado 5																														
Grado 6																														
VII. EXAMENES DE LABORATORIO																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">51. Examen</th> <th style="width: 15%;">Fecha Toma de muestra</th> <th style="width: 60%;">Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">LCR: Si () No ()</td> <td style="text-align: center;">_ / _ / _</td> <td>Disociación albumino-citológica: SI () No ()</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_ / _ / _</td> <td>Leuc.: _____ células/µl Proteínas: _____ mg/dl</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_ / _ / _</td> <td>Agente identificado: _____</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Electromiografía: Si () No ()</td> <td style="text-align: center;">_ / _ / _</td> <td>Compatible con SGB: SI () No ()</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_ / _ / _</td> <td>Sub Tipo de SGB: Desmielinizante/AIDP () Axonal AMAN () Axonal AMSAN () Miller-Fisher SMF () Otros:.....</td> </tr> <tr> <td>Heces: Si () No ()</td> <td style="text-align: center;">_ / _ / _</td> <td>Agente identificado: _____</td> </tr> <tr> <td>Orina</td> <td style="text-align: center;">_ / _ / _</td> <td>Agente identificado: _____</td> </tr> <tr> <td>Suero PCR</td> <td style="text-align: center;">_ / _ / _</td> <td>Agente identificado: _____</td> </tr> <tr> <td>Suero IGM</td> <td style="text-align: center;">_ / _ / _</td> <td>Agente identificado: _____</td> </tr> <tr> <td>Hisopado Nasofaríngeo</td> <td style="text-align: center;">_ / _ / _</td> <td>Agente identificado: _____</td> </tr> </tbody> </table>	51. Examen	Fecha Toma de muestra	Resultado	LCR: Si () No ()	_ / _ / _	Disociación albumino-citológica: SI () No ()	_ / _ / _	Leuc.: _____ células/µl Proteínas: _____ mg/dl	_ / _ / _	Agente identificado: _____	Electromiografía: Si () No ()	_ / _ / _	Compatible con SGB: SI () No ()	_ / _ / _	Sub Tipo de SGB: Desmielinizante/AIDP () Axonal AMAN () Axonal AMSAN () Miller-Fisher SMF () Otros:.....	Heces: Si () No ()	_ / _ / _	Agente identificado: _____	Orina	_ / _ / _	Agente identificado: _____	Suero PCR	_ / _ / _	Agente identificado: _____	Suero IGM	_ / _ / _	Agente identificado: _____	Hisopado Nasofaríngeo	_ / _ / _	Agente identificado: _____
51. Examen	Fecha Toma de muestra	Resultado																												
LCR: Si () No ()	_ / _ / _	Disociación albumino-citológica: SI () No ()																												
	_ / _ / _	Leuc.: _____ células/µl Proteínas: _____ mg/dl																												
	_ / _ / _	Agente identificado: _____																												
Electromiografía: Si () No ()	_ / _ / _	Compatible con SGB: SI () No ()																												
	_ / _ / _	Sub Tipo de SGB: Desmielinizante/AIDP () Axonal AMAN () Axonal AMSAN () Miller-Fisher SMF () Otros:.....																												
Heces: Si () No ()	_ / _ / _	Agente identificado: _____																												
Orina	_ / _ / _	Agente identificado: _____																												
Suero PCR	_ / _ / _	Agente identificado: _____																												
Suero IGM	_ / _ / _	Agente identificado: _____																												
Hisopado Nasofaríngeo	_ / _ / _	Agente identificado: _____																												
VIII SGB asociado a la infección del virus zika																														
<p>52. Probable a zika <input type="checkbox"/> Confirmado a zika <input type="checkbox"/> Descartado a zika <input type="checkbox"/></p>																														
IX. OBSERVACIONES																														
X. INVESTIGADOR																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Nombre del médico evaluador</td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>Nombre del Investigador</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Firma y Sello</td> </tr> <tr> <td>Cargo:</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Teléfono:</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Firma y Sello</td> </tr> </table>	Nombre del médico evaluador			Nombre del Investigador		Firma y Sello	Cargo:			Teléfono:		Firma y Sello																		
Nombre del médico evaluador																														
Nombre del Investigador		Firma y Sello																												
Cargo:																														
Teléfono:		Firma y Sello																												

Todo menor de 15 años deberá adicionalmente contar con su muestra mínima de 10 gramos de heces para la vigilancia de Parálisis flácida SGB agudo desmielinizante (AIDP); SGB agudo axonal motora sensitiva aguda (AMSAN); SGB axonal motora aguda (AMAN) micro litros (µl), miligramos por decilitro (mg/dl)