

NTS Nº 175 - MINSA/2021/ CDC
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN EL PERÚ

	PERÚ	Ministerio de Salud	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	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 style="width: 100px;" type="text"/>																														
2. DIRESA/GERESA/DIRIs: <input style="width: 150px;" type="text"/>		3. Red/ Micro Red <input style="width: 150px;" type="text"/>																																
4. Establecimiento De Salud Notificante <input style="width: 200px;" type="text"/>																																		
II. DATOS DEL PACIENTE				5. H.Clinica Nº <input style="width: 50px;" type="text"/>																														
6. A. Paterno <input style="width: 100px;" type="text"/>		A. Materno <input style="width: 100px;" type="text"/>		Nombres <input style="width: 100px;" type="text"/>																														
7. D.N.I <input style="width: 100px;" type="text"/>		8. Fecha de Nacimiento <input style="width: 100px;" type="text"/>																																
9. Edad <input style="width: 50px;" 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 style="width: 50px;" type="text"/> kg																															
13. Departamento <input style="width: 100px;" type="text"/>	14. Provincia <input style="width: 100px;" type="text"/>	15. Distrito <input style="width: 100px;" type="text"/>	16. Localidad <input style="width: 100px;" type="text"/>	17. Dirección <input style="width: 100px;" type="text"/>																														
18. Ocupación <input style="width: 100px;" type="text"/>	19. Teléfono del paciente o familiar <input style="width: 100px;" type="text"/>		Nacionalidad <input style="width: 100px;" type="text"/>																															
III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS																																		
20. ¿Dónde estuvo las últimas 4 semanas previas al inicio de la debilidad muscular?																																		
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																		
21. País <input style="width: 100px;" type="text"/>	22. Departamento <input style="width: 100px;" type="text"/>	23. Provincia <input style="width: 100px;" type="text"/>	24. Distrito <input style="width: 100px;" type="text"/>	25. Localidad <input style="width: 100px;" type="text"/>																														
26. Dirección <input style="width: 100px;" type="text"/>																																		
27. Antecedentes de enfermedad dentro de las 4 semanas previas del inicio de la debilidad muscular (Marcar con "X" y llenar datos)																																		
	Sí	Fecha																																
Infección de vías respiratorias altas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Enfermedad crónica: HTA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/>																															
Infección gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Otros: <input style="width: 100px;" type="text"/>																															
Fiebre (Temperatura ≥ 38 °C)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Riesgo intoxicación: Metales pesados () Organofosforado ()																															
Exantema	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																
otros: <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																
28. Antecedente de vacunación previa dentro de las 4 semanas al inicio de debilidad muscular: <input type="checkbox"/> Sí																																		
Influenza estacional <input type="checkbox"/>	difteria y tetanos (dT) <input type="checkbox"/>	Otra <input style="width: 100px;" type="text"/>	Fecha de vacuna <input style="width: 100px;" type="text"/>																															
29. Antecedentes de familiares o contactos cercanos que las últimas 4 semanas presentaron: <input type="checkbox"/> Sí																																		
Infección gastrointestinal <input type="checkbox"/>	Infección vías respiratorias <input type="checkbox"/>	Debilidad muscular aguda <input type="checkbox"/>	Otros <input style="width: 100px;" type="text"/>																															
IV. EVALUACIÓN CLÍNICA (PERSONAL MEDICO O ESPECIALISTA)																																		
30. Fecha de inicio de debilidad muscular <input style="width: 50px;" type="text"/>		31. Fecha de hospitalización <input style="width: 50px;" type="text"/>		32. Servicio <input style="width: 100px;" 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 style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Bilateralidad</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Simetría o relativamente simétrica</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Progresión:</td><td style="text-align: center;">Ascendente</td><td style="text-align: center;">Descendente</td></tr> <tr><td>Tono Muscular:</td><td style="text-align: center;">Hipotónico</td><td style="text-align: center;">Normal</td></tr> <tr><td>Reflejos Osteotendinosos disminuidos o ausente:</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Ataxia</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>compromiso de Nervios Craneales</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Anormalidad autonómica*</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Rigidez de Nuca</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> </table>	Debilidad	Sí	No	Bilateralidad	Sí	No	Simetría o relativamente simétrica	Sí	No	Progresión:	Ascendente	Descendente	Tono Muscular:	Hipotónico	Normal	Reflejos Osteotendinosos disminuidos o ausente:	Sí	No	Ataxia	Sí	No	compromiso de Nervios Craneales	Sí	No	Anormalidad autonómica*	Sí	No	Rigidez de Nuca	Sí	No	34. Fecha de evaluación neurológica <input style="width: 50px;" type="text"/>			
Debilidad	Sí	No																																
Bilateralidad	Sí	No																																
Simetría o relativamente simétrica	Sí	No																																
Progresión:	Ascendente	Descendente																																
Tono Muscular:	Hipotónico	Normal																																
Reflejos Osteotendinosos disminuidos o ausente:	Sí	No																																
Ataxia	Sí	No																																
compromiso de Nervios Craneales	Sí	No																																
Anormalidad autonómica*	Sí	No																																
Rigidez de Nuca	Sí	No																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2">Emplear la Escala</td></tr> <tr><td>0</td><td>No hay respuesta</td></tr> <tr><td>+</td><td>Hiporreflexia</td></tr> <tr><td>++</td><td>Normorreflexia</td></tr> <tr><td>+++</td><td>Hiperreflexia</td></tr> <tr><td>++++</td><td>Hiperreflexia con clonus</td></tr> </table>	Emplear la Escala		0	No hay respuesta	+	Hiporreflexia	++	Normorreflexia	+++	Hiperreflexia	++++	Hiperreflexia con clonus	35. Evaluación de la fuerza muscular																					
Emplear la Escala																																		
0	No hay respuesta																																	
+	Hiporreflexia																																	
++	Normorreflexia																																	
+++	Hiperreflexia																																	
++++	Hiperreflexia con clonus																																	
	Prox	Dist	Emplear la Escala de Fuerza Muscular de Medical Research Council (MRC):																															
Miembro Sup. Izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 No contracción - músculo paralizado																															
Miembro Sup. Der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Contracción muscular sin desplazamiento																															
Miembro Inf. Izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Movimiento sin vencer la gravedad																															
Miembro Inf. Der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Movimiento completo solo contra resistencia leve																															
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Movimiento completo contra gravedad y resistencia mod.																															
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Movimiento completo contra gravedad y resistencia																															
36. Evaluación de reflejos osteotendinosos																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Reflejo Bicipital</td><td style="text-align: center;">Der.</td><td style="text-align: center;">Izq.</td></tr> <tr><td>Reflejo Tripital</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Reflejo Patelar</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Reflejo Aquileo</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Reflejo Bicipital	Der.	Izq.	Reflejo Tripital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflejo Patelar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflejo Aquileo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Compromisos de los nervios craneales																					
Reflejo Bicipital	Der.	Izq.																																
Reflejo Tripital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Reflejo Patelar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Reflejo Aquileo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
	SI	NO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Facial Izq.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Facial Der.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>IX-X Izq.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>IX-X Der.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		Facial Izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facial Der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IX-X Izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IX-X Der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Facial Izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Facial Der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
IX-X Izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
IX-X Der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
	SI	NO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Trigémino Izq.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Trigémino Der.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>III-IV-VI Izq.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>III-IV-VI Der.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		Trigémino Izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trigémino Der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III-IV-VI Izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III-IV-VI Der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Trigémino Izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Trigémino Der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
III-IV-VI Izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
III-IV-VI Der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
38. Escala de HUGHES al Ingreso																																		
Grado 0 ()	Grado 1 ()	Grado 2 ()	Grado 3 ()	Grado 4 ()																														
Grado 5 ()	Grado 6 ()																																	
V. CLASIFICACION DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ																																		
39. SGB sospechoso	Nivel 3	40. SGB confirmado	Nivel 2	Nivel 1																														
				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, disfunción rectal, hipertensión arterial (HTA), hipotensión, taquicardia sinusal, arritmia, hiponatremia, fiebre)

NTS N° 175 - MINSA/2021/ CDC
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN EL PERÚ

	PERÚ	Ministerio de Salud	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
VI. EVOLUCION Y SEGUIMIENTO			
42. Ingreso a UCI	<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"/>
44. Fecha de referencia y lugar de referencia	<input type="text"/>		
45. Tratamiento:			
Fecha de inicio de Plasmaféresis	<input type="text"/>	Número de sesiones	<input type="text"/>
Fecha inicio Inmunoglobulina endovenosa	<input type="text"/>	Número frascos de tratamiento	<input type="text"/>
46. Fecha de fallecimiento	<input type="text"/>	47. Fecha del alta	<input type="text"/>
		48. Fecha de Alta voluntaria	<input type="text"/>
49. Secuela al Alta	<input type="text"/> Si <input type="text"/> No		
50. Escala de Hughes al Alta (marque con un x)			
	Grado 0 <input type="checkbox"/>	Clasificación funcional de Hughes 0 Sin discapacidad 1 Deambula en forma limitada, capaz de correr 2 Capaz de caminar 5 metros sin ayuda 3 Capaz de caminar 5 metros con ayuda 4 Sin capacidad para realizar marcha, confinado en cama o silla 5 Necesidad de ventilación mecánica 6 Muerte	
	Grado 1 <input type="checkbox"/>		
	Grado 2 <input type="checkbox"/>		
	Grado 3 <input type="checkbox"/>		
	Grado 4 <input type="checkbox"/>		
	Grado 5 <input type="checkbox"/>		
	Grado 6 <input type="checkbox"/>		
VII. EXAMENES DE LABORATORIO			
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			
52. Probable a zika	<input type="checkbox"/>	Confirmado a zika	<input type="checkbox"/>
		Descartado a zika	<input type="checkbox"/>
IX. OBSERVACIONES			
X. INVESTIGADOR			
Nombre del médico evaluador	<input type="text"/>		Firma y Sello
Nombre del Investigador	<input type="text"/>		Firma y Sello
Cargo:	<input type="text"/>		Firma y Sello
Teléfono:	<input type="text"/>		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)

