


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: 150px;" type="text"/>	7. D.N.I <input style="width: 50px;" 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: 150px;" 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: 50px;" type="text"/>	22. Departamento <input style="width: 50px;" type="text"/>	23. Provincia <input style="width: 50px;" type="text"/>	24. Distrito <input style="width: 50px;" type="text"/>																														
25. Localidad <input style="width: 50px;" 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)																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Infección de vías respiratorias altas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Infección gastrointestinal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Fiebre (Temperatura ≥ 38 °C)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Exantema</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>otros:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>			Si	Fecha	Infección de vías respiratorias altas	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Infección gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Fiebre (Temperatura ≥ 38 °C)	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Exantema	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	otros:	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Enfermedad crónica: HTA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Otros													
	Si	Fecha																															
Infección de vías respiratorias altas	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>																															
Infección gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>																															
Fiebre (Temperatura ≥ 38 °C)	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>																															
Exantema	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>																															
otros:	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>																															
		Riesgo intoxicación: Metales pesados () Organofosforado ()																															
28. Antecedente de vacunación previa dentro de las 4 semanas al inicio de debilidad muscular: Si <input type="checkbox"/>																																	
Influenza estacional <input type="checkbox"/>		difteria y tetanos (dT) <input type="checkbox"/>	Otra <input style="width: 50px;" type="text"/>																														
		Fecha de vacuna <input style="width: 50px;" type="text"/>																															
29. Antecedentes de familiares o contactos cercanos que las últimas 4 semanas presentaron: Si <input type="checkbox"/>																																	
Infección gastrointestinal <input type="checkbox"/>		Infección vías respiratorias <input type="checkbox"/>	Debilidad muscular aguda <input type="checkbox"/>																														
		Otros <input style="width: 50px;" 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: 50px;" type="text"/>																															
33. Características de la debilidad muscular (marque con x)																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Debilidad</th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bilateralidad</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Simetría o relativamente simétrica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ataxia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>compromiso de Nervios Craneales</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anormalidad autonómica*</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rigidez de Nuca</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Debilidad	Si	No	Bilateralidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Simetría o relativamente simétrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Progresión:	Ascendente	Descendente	Tono Muscular:	Hipotónico	Normal	Reflejos Osteotendinosos disminuidos o ausente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	compromiso de Nervios Craneales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anormalidad autonómica*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rigidez de Nuca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Fecha de evaluación neurológica <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Debilidad	Si	No																															
Bilateralidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Simetría o relativamente simétrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Progresión:	Ascendente	Descendente																															
Tono Muscular:	Hipotónico	Normal																															
Reflejos Osteotendinosos disminuidos o ausente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Ataxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
compromiso de Nervios Craneales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Anormalidad autonómica*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Rigidez de Nuca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
		35. Evaluación de la fuerza muscular <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Prox</th> <th>Dist</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Miembro Sup. Izq.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Miembro Sup. Der.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Miembro Inf. Izq.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Miembro Inf. Der.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			Prox	Dist	Miembro Sup. Izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miembro Sup. Der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miembro Inf. Izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miembro Inf. Der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	Prox	Dist																															
Miembro Sup. Izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Miembro Sup. Der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Miembro Inf. Izq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Miembro Inf. Der.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
		Emplear la Escala de Fuerza Muscular de Medical Research Council (MRC): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>No contracción - músculo 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> </tbody> </table>		0	No contracción - músculo 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																		
0	No contracción - músculo 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																																
36. Evaluación de reflejos osteotendinosos																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Der.</th> <th>Izq.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reflejo Bicipital</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Reflejo Tripital</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Reflejo Patelar</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Reflejo Aquileo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			Der.	Izq.	Reflejo Bicipital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflejo Tripital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflejo Patelar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflejo Aquileo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emplear la Escala <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <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> </tbody> </table>		0	No hay respuesta	+	Hiporreflexia	++	Normorreflexia	+++	Hiperreflexia	++++	Hiperreflexia con clonus					
	Der.	Izq.																															
Reflejo Bicipital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Reflejo Tripital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Reflejo Patelar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Reflejo Aquileo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
0	No hay respuesta																																
+	Hiporreflexia																																
++	Normorreflexia																																
+++	Hiperreflexia																																
++++	Hiperreflexia con clonus																																
37. Compromisos de los nervios craneales																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Facial Izq.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Facial Der.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>IX-X Izq.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>IX-X Der.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			SI	NO	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"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trigémino Izq.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trigémino Der.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>III-IV-VI Izq.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>III-IV-VI Der.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			SI	NO	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"/>
	SI	NO																															
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																															
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 <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, 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"/> Fecha de destete <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)																	
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Grado 0</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Grado 1</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Grado 2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Grado 3</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Grado 4</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Grado 5</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Grado 6</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Grado 0	<input type="text"/>	Grado 1	<input type="text"/>	Grado 2	<input type="text"/>	Grado 3	<input type="text"/>	Grado 4	<input type="text"/>	Grado 5	<input type="text"/>	Grado 6	<input type="text"/>	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 0	<input type="text"/>																
Grado 1	<input type="text"/>																
Grado 2	<input type="text"/>																
Grado 3	<input type="text"/>																
Grado 4	<input type="text"/>																
Grado 5	<input type="text"/>																
Grado 6	<input type="text"/>																
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)

