

PERÚ
Ministerio
de SaludCentro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades

ANEXO N° 1
Ficha de investigación Clínico Epidemiológica de la Vigilancia del
Síndrome Guillain Barré (código CE10: G61.0)

I. DATOS GENERALES

1. Fecha de Investigación: _____

2. DIRESA/GERESA/DIRIS: _____

3. Red/ Micro Red: _____

4. Establecimiento De Salud Notificante: _____

II. DATOS DEL PACIENTE

5. H.Clínica N°: _____

6. A. Paterno

A. Materno

Nombres: _____

9. Edad: _____

10. Sexo: _____

M

F

11. Gestante: _____

SI

NO

7. D.N.I.: _____

12. Peso: _____ kg

13. Departamento: _____

14. Provincia: _____

15. Distrito: _____

16. Localidad: _____

17. Dirección: _____

18. Ocupación: _____

19. Teléfono del paciente o familiar: _____

III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

20. ¿Dónde estuvo las últimas 4 semanas previas al inicio de la debilidad muscular?

21. País: _____ 22. Departamento: _____ 23. Provincia: _____ 24. Distrito: _____ 25. Localidad: _____ 26. Dirección: _____

27. Antecedentes de enfermedad dentro de las 4 semanas previas del inicio de la debilidad muscular (Marcar con "X" y llenar datos)

Sí	Fecha	Inicio
Infección de vías respiratorias altas		
Infección gastrointestinal		
Fiebre (Temperatura ≥ 38 °C)		
Exantema		
otros:		

Enfermedad crónica: HTA _____ Diabetes _____ Obesidad _____ Asma _____

Otros: _____

Riesgo de intoxicación: Metales pesados () Oragnos fosforados ()

28. Antecedente de vacunación previa dentro de las 4 semanas al inicio de debilidad muscular:

Influenza estacional: _____

Difteria y tetanos (dT): _____

Otra: _____

Fecha de vacuna: _____

SI: _____

29. Antecedentes de familiares o contactos cercanos que las últimas 4 semanas presentaron:

Infección gastrointestinal: _____

Infección vías respiratorias: _____

Debilidad muscular aguda: _____

Otros: _____

IV. EVALUACIÓN CLÍNICA (PERSONAL MEDICO O ESPECIALISTA)

30. Fecha de Inicio de debilidad muscular: _____

31. Fecha de hospitalización: _____

32. Servicio: _____

33. Características de la debilidad muscular (marque con x)

34. Fecha de evaluación neurológica: _____

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

35. Evaluación de la fuerza muscular

	Prox	Dist
Miembro Sup. Izq.		
Miembro Sup. Der.		
Miembro Inf. Izq.		
Miembro Inf. Der.		

Emplear la Escala de Fuerza Muscular de

Medical Research Council (MRC):

- 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

	Der.	Izq.
Reflejo Bicipital		
Reflejo Tricipital		
Reflejo Patellar		
Reflejo Aquileo		

Emplear la Escala	
0	No hay respuesta
+	Hiporreflexia
++	Normorreflexia
+++	Hiperreflexia
++++	Hiperreflexia con clonus

37. Compromisos de los nervios craneales

SI	NO
Facial Izq.	
Facial Der.	
IX-X Izq.	
IX-X Der.	
Trigémino Izq.	
Trigémino Der.	
III-IV-VI Izq.	
III-IV-VI Der.	

38. Escala de HUGHES al ingreso

Grado 0 () Grado 1 () Grado 2 () Grado 3 () Grado 4 () Grado 5 () Grado 6 ()

V. CLASIFICACION DE SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ

39. SGB sospechoso

Nivel 3

40. SGB confirmado

Nivel 2 Nivel 1

41. SGB Descartado

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 sinus, arritmia, hiponatremia, fiebre)



PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de Epidemiología,
Prevención y Control de
Enfermedades**VI. EVOLUCION Y SEGUIMIENTO**42. Ingreso a UCI 43. Ventilación mecánica Si () No () Fecha inicio Fecha de destete 44. Fecha de referencia y lugar de referencia / /**45. Tratamiento:**Fecha de inicio de Plasmáferesis Número de sesionesFecha inicio Inmunoglobulina endovenosa Número frascos de tratamiento 46. Fecha de fallecimiento 47. Fecha del alta 48. Fecha de Alta voluntaria 49. Secuela al Alta SI NO

50. Escala de Hughes al Alta (marque con un x)

Grado 0	<input type="checkbox"/>
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"/>

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

VII. EXAMENES DE LABORATORIO

51. Examen	Fecha Toma de muestra	Resultado
LCR: Si() No()	/ /	Disociación albumino-citológica: Si () No ()
	/ /	Leuc.: _____ células/ μ l Proteínas: _____ mg/dl
		Agente identificado: _____
Electromiografía: Si () No()	/ /	Compatible con SGB: Si () No () Sub Tipo de SGB: Desmielinizante/AIDP () Axonal AMAN() Axonal AMSAN () 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 zika52. Probable a zika Confirmado a zika Descartado a zika **IX. OBSERVACIONES****X. INVESTIGADOR**

Nombre del médico evaluador

Nombre del Investigador

Cargo:

Firma y Sello

Teléfono:

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 (μ l), miligramos por decilitro (mg/dl)