

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.Clinica N°

6. A. Paterno

A. Materno

Nombres

7. D.N.I

8. Fecha de Nacimiento

9. Edad

10. Sexo

M

F

11. Gestante

SI

NO

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?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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)

	SI	Fecha Inicio			
Infección de vías respiratorias altas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Enfermedad crónica :	HTA <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
Infección gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Otros :	Obesidad <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>
Fiebre (Temperatura ≥ 38 °C)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Riesgo de intoxicación :	Metales pesados ()	Oragnos fosforados ()
Exantema	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			

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

SI ☐

Influenza estacional ☐

Difteria y tetanos (dT) ☐

Otra ☐

Fecha de vacuna

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

Si ☐

Infección gastrointestinal ☐

Infeccion vias 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	<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

	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"/>

Emplear la Escala de Fuerza Muscular de Medical Research Council (MRC):

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

36. Evaluación de reflejos osteotendinosos

	Der.	Izq.
Reflejo Bicipital	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo Tricipital	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo Patelar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo Aquileo	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Emplear la Escala

0 No hay respuesta

+

++ Normoreflexia

+++ Hiperreflexia

++++ Hiperreflexia con clonus

37. Compromisos de los nervios craneales

	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"/>

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 sinusal, arritmia, hiponatremia, fiebre)



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro 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 Plasmaféresis Número de sesiones
Fecha 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 ()	<input type="text"/>	Disociación albumino-citológica: SI () No ()
	<input type="text"/>	Leuc.: <input type="text"/> células/ μ l Proteínas: <input type="text"/> mg/dl
	<input type="text"/>	Agente identificado: <input type="text"/>
Electromiografía: Si () No ()	<input type="text"/>	Compatible con SGB: SI () No ()
	<input type="text"/>	Sub Tipo de SGB: Desmielinizante/AIDP () Axonal AMAN () Axonal AMSAN () Otros: <input type="text"/>
Heces: Si () No ()	<input type="text"/>	Agente identificado: <input type="text"/>
Orina	<input type="text"/>	Agente identificado: <input type="text"/>
Suero PCR	<input type="text"/>	Agente identificado: <input type="text"/>
Suero IGM	<input type="text"/>	Agente identificado: <input type="text"/>
Hisopado Nasofaríngeo	<input type="text"/>	Agente identificado: <input type="text"/>

VIII SGB asociado a la infección del virus zika

52. Probable a zika ☐ Confirmado a zika ☐ Descartado a zika ☐

IX. OBSERVACIONES

X. INVESTIGADOR

Nombre del médico evaluador
Nombre del Investigador
Cargo:
Teléfono:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<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 (μ l), miligramos por decilitro (mg/dl)