**Agente, origen, modo de transmisión y factores de riesgo indeterminados para el Síndrome de Guillain-Barré en el contexto de la transmisión del virus Zika - Colombia, 2016**

**Instrumento para la recolección de datos de historias clínicas.**

*El número de identificación comienza con los 3 dígitos del número de caso (por ejemplo COL-001). Información según lo documentado por el médico tratante*

***Las siguientes páginas son para ser tomadas a partir de las historias clínicas/exámenes:***

Revisor de Historia Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de revisión: \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Historia Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MM DD YYYY

1. Primer Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Primer Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Edad (años): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_  
    MM DD YYYY
4. Sexo: □ Masculino □ Femenino
5. Dirección de residencia del paciente (Incluir dirección completa, ciudad o municipio y departamento): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Codigo Postal \_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_
7. Número de teléfono del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. **a.)** Fecha del primer symtoma neurológico: \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_   
    MM DD YYYY

**b.)** Fecha en la que buscó atención por primera vez: \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_

MM DD YYYY

**c.)** Fecha de ingreso hospitalario: \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_   
 MM DD YYYY

**d.)** Fecha de egreso hospitalario/muerte: \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_\_  
 MM DD YYYY

1. Egresó hacia:

□ Hogar □ Centro de Rehabilitación □ Remitido a otra institución hospitalaria

□ Muerte □ Otro (Especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| ENFERMEDAD ACTUAL |

1. ¿Cuánto tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso al hospital?\_\_\_\_\_\_minutos/horas/días/semanas
2. ¿Cuáles fueron los síntomas neurológicos iniciales dentro de los tres días previos al inicio de la enfermedad? (Marque todas las opciones que apliquen, signos del examen físico y síntomas de historia de enfermedad actual)

□ Debilidad en extremidades inferiores □ Debilidad en extremidades superiores □ Diplopia/Oftalmoplejía

□ Adormecimiento de extremidades inferiores/parestesias

□ Adormecimiento de extremidades superiores/parestesias

□ Adormecimiento de la cara/parestesias

□ Dificultad para respirar/distress respiratorio □ Trastornos de la marcha (sin debilidad)/ataxia

□ Trastornos de la motricidad manual/ataxia  
 □ Hiporeflexia/areflexia □ Debilidad en la cara □ Disartria □ Disfagia □ Disautonomía

1. ¿Qué síntomas neurológicos ocurrieron en CUALQUIER MOMENTO durante la enfermedad neurológica? (Marque todas las opciones que apliquen, signos del examen físico y síntomas de historia de enfermedad actual)

□ Debilidad en extremidades inferiores □ Debilidad en extremidades superiores □ Diplopia/Oftalmoplejía

□ Adormecimiento de extremidades inferiores /parestesias

□ Adormecimiento de extremidades superiores /parestesias

□ Adormecimiento de la cara /parestesias

□ Dificultad para respirar / distress respiratorio □ Trastornos de la marcha (sin debilidad)/ataxia

□ Trastornos de la motricidad manual/ataxia  
 □ Hiporeflexia/areflexia □ Debilidad en la cara □ Disartria □ Disfagia □ Disautonomía

1. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el inicio hasta la presentación de los síntomas neurológicos más severos?

\_\_\_\_ minutos/horas/días/semanas

1. Marque todas las opciones que se presentaron al momento de mayor severidad del cuadro neurológico:

□ Incapacidad para caminar sin asistencia (por ejemplo: bastón, caminador) □ Incapacidad total para caminar □ Ingreso al hospital □ Ingreso a Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) □ Intubación

1. Si se extrajo muestra de sangre como parte de los análisis de laboratorio para el cuadro neurológico, por favor complete las siguiente información de la muestra de sangre obtenida INICIALMENTE:

Fecha \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ Recuento de blancos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hemoglobina \_\_\_\_\_\_ Plaquetas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MM DD YYYY

Sodio \_\_\_\_\_\_ Potasio\_\_\_\_\_\_ Urea \_\_\_\_\_\_ Creatinina \_\_\_\_\_\_ Glucosa \_\_\_\_\_\_\_ Bilirrubina Total\_\_\_\_\_\_

AST (TGO) \_\_\_\_\_\_\_ ALT (TGP) \_\_\_\_\_\_\_ Fosfatasa Alcalina \_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Se documentó hiporeflexia/areflexia? □ Sí □ No □ Desconocido
2. **a.)** ¿Hubo evidencia de signos de motoneurona superior?

□ Sí □ No □ Desconocido

**b.)** En caso afirmativo, ¿Se documentó algunos de los siguientes hallazgos?

□ Hiperreflexia □ Aumento en el tono/espasticidad □ Babinski/Hoffman □ Clonus sostenido

1. ¿Se documentó algún nivel sensitivo? □ Sí □ No □ Desconocido

|  |
| --- |
| LABORATORIO, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y ESTUDIOS ELECTROFISIOLÓGICOS |

1. ¿Se llevó a cabo una punción lumbar? □ Sí □ No □ Desconocido

Fecha punción lumbar \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Recuento de eritrocitos \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recuento de leucocitos \_\_\_\_\_\_\_\_\_

MM DD YYYY

Proteínas (mg/dL) \_\_\_\_\_\_ Glucosa (mg/dL) \_\_\_\_\_\_\_ Diferencial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indice IgG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bandas Oligoclonales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Síntesis de IgG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha punción lumbar \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Recuento de eritrocitos \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recuento de leucocitos \_\_\_\_\_\_\_\_\_

MM DD YYYY

Proteínas (mg/dL) \_\_\_\_\_\_ Glucosa (mg/dL) \_\_\_\_\_\_\_

Diferencial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indice IgG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bandas Oligoclonales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Síntesis de IgG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Recibieron algún tratamiento específico para manejar esta enfermedad neurológica (Inmunoglobulina intravenosa/esteroides/recambio plasmático)?

**a.** Inmunoglobulina intravenosa □ Sí □ No □ Desconocido Fecha de inicio \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_  
 MM DD YYYY  
**b.** Recambio plasmático □ Sí □ No □ Desconocido Fecha de inicio \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_  
 MM DD YYYY

**c.** Esteroides □ Sí □ No □ Desconocido Fecha de inicio \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_  
 MM DD YYYY  
**d.** Ventilación mecánica □ Sí □ No □ Desconocido Fecha de inicio \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_  
 MM DD YYYY

**e.** Otro □ Sí □ No □ Desconocido Fecha de inicio \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_  
 MM DD YYYY

1. ¿Recibió el paciente transfusión de sangre o algún otro hemoproducto? (otros diferentes a Inmunoglobulina intravenosa)

□ Sí □ No □ Desconocido ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_  
 MM DD YYYY

1. ¿Fueron algunos de los siguientes patógenos estudiados? En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado? (incluyendo el espécimen y el tipo de prueba)

**a.** *Campylobacter jejuni* □ Sí □ No Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**b.** *Mycoplasma pneumoniae* □ Sí □ No Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**c.** *Haemophilus influenzae* □ Sí □ No Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**d.** *Salmonella spp.* □ Sí □ No Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e.** Citomegalovirus (CMV) □ Sí □ No Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**f.** Virus Epstein-Barr (EBV) □ Sí □ No Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**g.** Virus Varicella-zoster (VZV) □ Sí □ No Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**h.** Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) □ Sí □ No Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**i.** Enterovirus / Rhinovirus □ Sí □ No Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**j.** Arbovirus □ Sí □ No Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**k.** Otro. ¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Sí □ No Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Se llevaron a cabo neuroimágenes diagnósticas?. En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado? (Transcriba el resultado reportado)

□ Sí □ No Resultado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_

MM DD YYYY

1. ¿Se llevaron a cabo pruebas electrodiagnósticas? (por ejemplo: electromiografías). En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado? (Transcriba el resultado reportado)

□ Sí □ No Resultado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_

MM DD YYYY

1. ¿Cuál fue el nivel de SGB en la escala de Brighton? **1 2 3 4 5**

Niveles de Certeza Diagnóstica

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nivel 1*** | ***Nivel 2*** | ***Nivel 3*** | ***Nivel 4\**** | ***Level 5*** |
| Ausencia de un diagnóstico alternativo para debilidad | | | | NO es un caso |
| Inicio agudo de debilidad flácida bilitaral y relativamente simétrica de las extremidades | | | \* Al carecer de documentación para cumplir con los criterios mínimos de caso |
| Reflejos tendinosos profundos disminuidos o ausentes en las extremidades afectadas | | |
| Patrón de enfermedad monofásica con nadir de debilidad entre 12 horas y 28 días, seguido de meseta clínica | | |
| Disociación albuminocitológica (elevación del nivel de proteínas en el LCR por encima del valor normal de laboratorio y recuento total de glóbulos blancos en LCR <50 células / mm3) | LCR con un total de recuento de glóbulos blancos<50 células / mm3 (con o sin elevación de proteínas en LCR sobre el valor normal de laboratorio) o si el LCR no fue recolectado o los resultados no están disponibles y los estudios de electrodiagnóstico son consistentes con SGB |  |
| Hallazgos electrofisiológicos consistentes con SGB |  |  |

|  |
| --- |
| ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD |

1. **a.)** ¿En los dos meses anteriores a la fecha de inicio de síntomas neurológicos, tuvo el paciente una enfermedad aguda? (diferente a su enfermedad neurológica)

***Si la respuesta es No o Desconocido, vaya a pregunta 30, sección Antecedentes Clínicos, Sociales y Familiares***

□ Sí □ No □ Desconocido

**b.)** ¿Cuánto tiempo se presentó desde el inicio de la enfermedad aguda hasta el ingreso hospitalario por la condición neurológica? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos/horas/días/semanas

1. **a.)** ¿Qué síntomas reportaron haber tenido o qué signos fueron evidenciados? (Marque todas las opciones que apliquen)

□ Fiebre □ Escalofrío □ Nausea o Vómito □ Diarrea □ Dolor muscular □ Dolor articular □ Rash cutáneo □ Conjuntivitis

□ Cefalea □ Dolor retro ocular □ Rigidez nucal □ Confusión

□ Dolor de espalda □ Dolor abdominal □ Tos □ Secreción nasal

□ Dolor de garganta □ Dolor de pantorrilla □ Picazon

**b.)** Si se extrajo muestra de sangre como parte de los análisis de la enfermedad aguda, por favor

complete la siguiente información para la muestra de sangre obtenida INICIALMENTE:

Fecha \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ Recuento de blancos \_\_\_\_\_\_\_\_ Hemoglobina\_\_\_\_\_\_\_ Plaquetas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MM DD YYYY

Sodio \_\_\_\_ Potasio\_\_\_\_ Urea \_\_\_\_ Creatinina \_\_\_\_\_\_ Glucosa\_\_\_\_\_ Bilirrubina Total\_\_\_\_\_

AST (TGO) \_\_\_\_ ALT (TGP)\_\_\_\_ Fosfatasa Alcalina \_\_\_\_\_

**c.)** ¿Hubo hospitalización por esta enfermedad aguda? □ Sí □ No □ Desconocido

**d.)** ¿Recibió alguna transfusión de cualquier hemoproducto/administración de Inmunoglobulina intravenosa para esta enfermedad aguda? □ Sí □ No □ Desconocido

En caso afirmativo, ¿Qué producto?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_  
 MM DD YYYY

**e.)** ¿Recibió plasmaféresis / recambio plasmático para esta enfermedad aguda? □ Sí □ No □ Desconocido

En caso afirmativo, ¿qué fecha? \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_  
 MM DD YYYY

1. ¿Hay algún resultado de laboratorio para dengue en esta visita médica? □ Sí □ No □ Desconocido
2. ¿Hay algún resultado de laboratorio para chikungunya en esta visita médica? □ Sí □ No □ Desconocido
3. ¿Hay algún resultado de laboratorio para zika en esta visita médica? □ Sí □ No □ Desconocido

|  |
| --- |
| ANTECEDENTES CLINICOS, SOCIALES Y FAMILIARES |

1. ¿Qué antecedentes clínicos están registrados en la historia clínica de ingreso?

□ Hipertensión □ Diabetes □ VIH

□ Trastorno autoinmune. En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ SGB previo □ Hemoglobinopatía □ Deficiencia de Vitamina B12

□ Cáncer. En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Qué antecedentes sociales están registrados en la historia clínica de ingreso?

□ Uso de alcohol □ Uso de drogas □ Tabaquismo

□ Otros. En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Qué antecedentes familiares están registrados en la historia clínica de ingreso?

□ Trastornos autoinmunes (Especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Cáncer (Especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Hemoglobinopatías (Especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Neurológicos (Especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_