

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.

La carga pública de esta recopilación de información se estima en un promedio de 60 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede realizar o patrocinar ni una persona está obligada a responder a la solicitud de información a menos que se presente un número de control de OMB válido. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, al Oficial de Aprobación de Reportes de los CDC/ATSDR; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; Atención: PRA (0920-1011)

Número de Identificación COL-____ _

Nivel (Brighton 1-5) o no neurológico (6): ____

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. Código Postal ____ _

7. Número de teléfono del paciente: _____

8. a.) Fecha del primer síntoma 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

9. Egresó hacia:

Hogar Centro de Rehabilitación Remitido a otra institución hospitalaria

Muerte Otro (Especifique) _____

ENFERMEDAD ACTUAL

10. ¿Cuánto tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso al hospital? _____ minutos/horas/días/semanas

11. ¿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

Número de Identificación COL-____ ____ ____

Nivel (Brighton 1-5) o no neurológico (6): ____

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

12. ¿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 /parestias

Adormecimiento de extremidades superiores /parestias

Adormecimiento de la cara /parestias

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

13. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el inicio hasta la presentación de los síntomas neurológicos más severos?
____ minutos/horas/días/semanas

14. 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

15. Si se extrajo muestra de sangre como parte de los análisis de laboratorio para el cuadro neurológico, por favor complete la 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 _____

16. ¿Se documentó hiporeflexia/areflexia? Sí No Desconocido

17. 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

18. ¿Se documentó algún nivel sensitivo? Sí No Desconocido

LABORATORIO, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y ESTUDIOS ELECTROFISIOLÓGICOS

- 19. ¿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 _____ Índice 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 _____ Índice IgG _____ Bandas Oligoclonales _____
 Síntesis de IgG _____

- 20. ¿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

- 21. ¿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

- 22. ¿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: _____

Número de Identificación COL- _____

Nivel (Brighton 1-5) o no neurológico (6): _____

- 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: _____

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

Sí No

Resultado _____

Fecha ____ / ____ / ____
 MM DD YYYY

24. ¿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

25. ¿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				
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		* Al carecer de documentación para cumplir con los criterios mínimos de caso	

Número de Identificación COL- _____

Nivel (Brighton 1-5) o no neurológico (6): _____

Hallazgos electrofisiológicos consistentes con SGB				
--	--	--	--	--

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD

26. 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

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

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Escalofrío | <input type="checkbox"/> Nausea o Vómito | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Dolor muscular | <input type="checkbox"/> Dolor articular | <input type="checkbox"/> Rash cutáneo | <input type="checkbox"/> Conjuntivitis |
| <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Dolor retro ocular | <input type="checkbox"/> Rigidez nuchal | <input type="checkbox"/> Confusión |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Secreción nasal |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla | <input type="checkbox"/> Picazón | |

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

28. ¿Hay algún resultado de laboratorio para dengue en esta visita médica? Sí No Desconocido

Número de Identificación COL-____ ____ ____

Nivel (Brighton 1-5) o no neurológico (6): ____

29. ¿Hay algún resultado de laboratorio para chikungunya en esta visita médica? Sí No Desconocido

30. ¿Hay algún resultado de laboratorio para zika en esta visita médica? Sí No Desconocido

ANTECEDENTES CLINICOS, SOCIALES Y FAMILIARES

31. ¿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? _____

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

Uso de alcohol Uso de drogas Tabaquismo

Otros. En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

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

Trastornos autoinmunes (Especifique) _____

Cáncer (Especifique) _____

Hemoglobinopatías (Especifique) _____

Neurológicos (Especifique) _____