

**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

<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>	<b>Nivel 3</b>	<b>Nivel 4*</b>	<b>Level 5</b>
<b>Ausencia de un diagnóstico alternativo para debilidad</b>				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) \_\_\_\_\_