



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dirección General de Epidemiología

Ficha clínica de casos Síndrome de Guillain-Barré



DATOS GENERALES

Nombre del centro de salud _____ No. de expediente _____

Nombres _____ Apellidos _____

Sexo: 1. Masculino 2. Femenino Edad en años _____ Si es <1 año _____ meses Cédula _____

Hospitalizado Si No Fecha de ingreso ____/____/____

ARS _____ Categoría de Afiliación: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Contributivo-subsidiado 4. No afiliado

País de procedencia: 1. República Dominicana 2. Otro _____ Teléfonos: _____

ANTECEDENTES

Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc.	Cirugía/anestesia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc.
Cáncer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc.	Inhalación de solventes orgánicos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc.
VIH <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc.	Absorción de plomo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc.
Hipertensión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc.	Consumo nitrofurantoina o dapsona <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc.
Inmunosupresión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc.	Uso de esteroides <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc.
Lupus Eritematoso Sistémico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc.	Vacunación reciente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc.
Enf. De Hodgkin <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc.	Especifique el tipo vacuna: _____

Otros (especifique): _____

EN PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS

Vacunación antipolio Si No Desc. Tipo de vacuna _____

Fecha primera dosis antipolio ____/____/____ Fecha última dosis antipolio ____/____/____

SINTOMATOLOGIA PREVIA A LA PARALISIS

<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Adenopatías	<input type="checkbox"/> Tos
<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Dolores musculares	<input type="checkbox"/> Conjuntivitis	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Malestar general	<input type="checkbox"/> Dolores articulares	<input type="checkbox"/> Erupción maculo-papular (salpullido)	<input type="checkbox"/> Vómitos
<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Edema o hinchazón en coyunturas	<input type="checkbox"/> Erupción vesicular (con ampollas)	<input type="checkbox"/> Diarrea

Otros: _____

Sospechoso de Zika Si No Desc. Fecha inicio de síntomas ____/____/____

SINTOMATOLOGIA DEL SGB/PARALISIS

<input type="checkbox"/> Parestesia miembros inferiores	<input type="checkbox"/> Unilateral	<input type="checkbox"/> Bilateral	Otros signos y síntomas
<input type="checkbox"/> Parestesia miembros superiores	<input type="checkbox"/> Unilateral	<input type="checkbox"/> Bilateral	
<input type="checkbox"/> Paresia de miembros inferiores	<input type="checkbox"/> Unilateral	<input type="checkbox"/> Bilateral	
<input type="checkbox"/> Paresia de miembros superiores	<input type="checkbox"/> Unilateral	<input type="checkbox"/> Bilateral	
<input type="checkbox"/> Parálisis de miembros inferiores	<input type="checkbox"/> Unilateral	<input type="checkbox"/> Bilateral	
<input type="checkbox"/> Parálisis de miembros superiores	<input type="checkbox"/> Unilateral	<input type="checkbox"/> Bilateral	
Fecha de inicio de la parálisis	____/____/____		<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria
Tipo de parálisis	<input type="checkbox"/> Ascendente	<input type="checkbox"/> Descendente	<input type="checkbox"/> Dificultad para deglutir
Otros signos y síntomas			<input type="checkbox"/> Taquipnea
<input type="checkbox"/> Dolores musculares	<input type="checkbox"/> Fotofobia	<input type="checkbox"/> Signo Babinski	<input type="checkbox"/> Taquicardia
<input type="checkbox"/> Calambres	<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Signo Brudzinski	<input type="checkbox"/> Bradicardia
<input type="checkbox"/> Trastorno de la marcha (Ataxia)	<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Signo Kernig	<input type="checkbox"/> Bradipnea
<input type="checkbox"/> Parálisis facial	<input type="checkbox"/> Mareos posturales	<input type="checkbox"/> Alteración de la conciencia	<input type="checkbox"/> Hipotensión
			<input type="checkbox"/> Inestable

LABORATORIO CLINICO

Líquido cefalorraquídeo Si No

Hallazgos del LCR	Valor	Fecha
Conteo de células (mm3)		____/____/____
Neutrófilos (%)		____/____/____
Linfocitos (%)		____/____/____
Eosinófilos (%)		____/____/____
Monocitos (%)		____/____/____
Proteína (mg/dl)		____/____/____

TRATAMIENTO

Inmunoglobulina humana Si No

Dosis de inmunoglobulina _____ gramos/día

Fecha inicio de inmunoglob. ____/____/____

Fecha de fin de inmunoglob. ____/____/____

Ventilación mecánica Si No

Fecha inicio ventilación ____/____/____

Fecha de fin ventilación ____/____/____

Electromiografía (RESULTADO):

Ingresado en UCI Si No Fecha de ingreso ____/____/____ Fecha de egreso ____/____/____

CLASIFICACION DE CASO DE SGB

Sospechoso: Toda persona con parestesia precedida por una infección viral o bacteriana y dos o más signos y síntomas neurológicos.

Confirmado: Todo caso sospechoso con elevación de las proteínas del LCR después de la primera semana de síntomas o en punciones lumbares seriadas y Electromiografía con velocidad de conducción disminuida, latencias distales incrementadas, lentitud de la onda F.

EGRESO HOSPITALARIO

Fecha de egreso ____/____/____ Condición de egreso Estable Muerto

CAUSAS DE MUERTE A _____

B _____

C _____

D _____