

FICHA DE NOTIFICACIÓN
SÍNDROME NEUROLOGICO ASOCIADO A VIRUS ZIKA (SNaZ)

Caso sospechoso: Persona de cualquier edad y sexo que reúna los criterios clínicos de:

- Síndrome de Guillain Barré Polineuropatías ascendentes Encefalitis Meningoencefalitis Alteración de pares craneales
 Cerebelitis Mielitis inflamatoria Encefalomielitis aguda diseminada y Otras afecciones neurológicas, cuya aparición no sea explicada por otra etiología.

DATOS DEL NOTIFICANTE	
Nombre y Apellido _____	Establecimiento de Salud _____
Distrito _____	Región Sanitaria _____
Fecha de notificación (dd/mm/aa): () () ()	
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre y Apellido _____	C.I. N° (_____)
Edad () Años () meses () días	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Domicilio _____	
Departamento _____	Distrito _____ Barrio _____
País _____	Teléfono _____
Ocupación _____	Dirección de trabajo o escuela _____
ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN	
En los 30 días previo al inicio de síntomas:	
¿Presento algún cuadro infeccioso previo (Dengue, Chikungunya, Zika, otros)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especificar _____	
¿Padece alguna enfermedad crónica? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especificar _____	
¿Recibió vacunación en los 2 meses anteriores? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especificar _____	
DATOS DE LA ENFERMEDAD ACTUAL	
Pródromos (Hasta 4 semanas antes del inicio de síntomas neurológicos)	Fecha de inicio () () ()
Erupción cutánea SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fiebre SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Artralgias SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Mialgias SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Conjuntivitis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diarrea SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Cuadro gripal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Debilidad o parálisis u otro Síndrome Neurológico	Fecha de inicio () () ()
Afectación:	Características de la parálisis
De Pares craneales SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Miembros afectado
Diafragma y músculos respiratorios SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	1=SI
	2=NO
	3= Disminuido
	Localización
	1=Proximal
	2= Distal
	3= Ambos
	Reflejos
	1=Aumentado; 2= Disminuido
	3=Ausente; 4=Normal
	5=No evaluado
	Sensibilidad
	() Brazo derecho
	() Brazo izquierdo
	() Pierna derecha
	() Pierna izquierda
Progresión: Ascendente <input type="checkbox"/>	
Descendentes <input type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/>	
Fiebre al inicio de la parálisis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Síndrome meníngeo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Dolores musculares SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Alteración de conciencia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Tiempo de instalación completa _____ días	
DATOS DE LABORATORIO	
Citoquímico del LCR	Toma de muestra para estudio de Zika
Aspecto _____	Sangre SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de extracción () () ()
Leucocitos _____ /mm ³	LCR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de extracción () () ()
Predominio _____ PMN (%) _____ MN (%)	Orina SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de extracción () () ()
Glucosa _____ (mg/dl)	
Proteínas _____ (g/dl)	
CONDICION AL INGRESO	
Ambulatorio SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha consulta () () ()
Hospitalización SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de hospitalización () () ()
Ingreso UCI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ARM SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tto. Gammaglobulina SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dosis _____
Óbito SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Alta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha alta () () ()
Fecha óbito () () ()	

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FICHA DE NOTIFICACIÓN SÍNDROME NEUROLÓGICO ASOCIADO A ZIKA (SNaZ)

I-SELECCIONAR EL TIPO DE NOTIFICACIÓN DE ACUERDO A LA DEFINICIÓN DE CASO Y MARCAR CON UNA X; se debe Notificar ante la sospecha clínica, de forma inmediata, si se adapta a la definición de caso propuesta

Síndrome de Guillain Barré: Persona de cualquier edad y sexo que presente los siguientes signos y síntomas: Debilidad bilateral y flácida de los miembros; y Reflejos tendinosos profundos disminuidos o ausentes en los miembros con debilidad; y Enfermedad monofásica; intervalo entre el inicio y el nadir de la debilidad entre 12 horas y 28 días; y posterior fase de meseta clínica; y Ausencia de una causa alternativa que justifique la debilidad. (nivel 3 de los criterios de Brighton)

Mielitis: flácida motora aguda o mielitis transversa aguda infecciosa y postinfecciosa y cualquier mielopatía inflamatoria aguda en que se sospecha asociación a la infección por Virus del Zika. Paciente con los siguientes signos y síntomas: debilidad motora aguda focal de una o varias extremidades, con o sin síntomas o signos sensitivos asociados y LCR con pleocitosis (> 5 leucocitos/mm³, ajustando la cifra de leucocitos por la presencia de hematíes — sustraer 1 leucocito por cada 500 hematíes) y RMN de médula espinal completa compatible con mielitis y ausencia de otra causa que justifique la debilidad.

Encefalitis Paciente con antecedente de cuadro sospechoso de infección aguda por Virus del Zika+ y que presente los siguientes signos y síntomas: Fiebre y una combinación variable de diversos síntomas entre los que se incluyen cefalea, fotosensibilidad, rigidez de la nuca, náusea y vómitos, y encefalopatía aguda que a su vez incluye: episodio agudo de alteración de nivel de conciencia y/o de la conducta y/o nueva crisis convulsiva y/ o nuevos signos neurológicos focales y Contar con laboratorio que muestre LCR con pleocitosis > 5 leucocitos/mm³, con elevación de proteínas y glucosa normal o levemente disminuida y ausencia de otra causa que justifique la clínica documentada (RMN).

II-DATOS DEL NOTIFICANTE: Nombre del notificante: nombre y apellido del que llena la ficha, **Establecimiento que notifica:** Nombre de la institución donde se capta el caso, **Región Sanitaria/Departamento/ Distrito:** distrito y departamento donde se encuentra el establecimiento de salud, **Fecha de notificación:** Fecha de envío de ficha, DD/MM/AA,

III-DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido: Registrar nombres y apellidos del paciente. Edad: registrar en casilla correspondiente de años, o meses o días según corresponda. **Sexo:** Marcar con una X, en casilla Femenino o Masculino **C.I.N.º:** número documento de identidad.

Domicilio: En zona urbana anotar nombre de calles y número de casa donde reside. En zona rural nombre de compañía y/o localidad. **Departamento/Distrito:** departamento y distrito donde se localiza el domicilio del paciente. **Referencia** para ubicar el domicilio **País:** Registrar si el domicilio se localiza en Paraguay u otro país. **Teléfono:** número de contacto del paciente o familiar responsable. **Ocupación:** tipo de trabajo que realiza el paciente: **Dirección de trabajo o escuela:** lugar de trabajo o escuela en caso de menores de edad.

IV-ANTECEDENTES DE EXPOSICION

Presentó algún cuadro previo. Marcar con una X Si o No. Especificar si es dengue, Chikungunya, zika u otro cuadro. **Padece alguna enfermedad crónica.** Marcar con una X Si o NO. Describa de que enfermedad se trata

V- DATOS DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Pródromos. Marcar con una X Si o NO, según listado de **síntomas** y signos. Puede marcar más de una opción, **Fecha de inicio:** DD/MM/AA Registrar inicio de síntomas. Si hubiera más de un signo o síntoma, marcar la fecha del que se presentó primero.

Debilidad o parálisis y otros síntomas y signos neurológicos

Fecha de inicio: DD/MM/AA Registrar inicio de síntomas y/o signos neurológicos **Afectación de pares craneanos/diaphragma y músculos respiratorios:** Marcar con una X Si o NO. **Progresión: ascendente/descendente/otros:** Marcar con una X, una sola opción. **Fiebre al inicio del cuadro/signos meníngeos /dolores musculares:** Marcar con una X Si o NO.

Tiempo de instalación completa: registrar días transcurridos para instalación de parálisis. **Caracterización de la parálisis: Miembros afectados: Brazo derecho/brazo izquierdo/pierna derecha/ pierna izquierda,** Anotar en casilla, si está afectado uno o más miembros. Utilizar los números designados según leyendas **Sí (1), No (2), Desconocido (3)**. En caso de miembro no afectado, no dejar vacía casilla. Anotar **(2) =No. Localización:** En casilla correspondiente a miembro afecto, anotar número según leyenda. **Proximal (1), Distal (2), Ambos (3)**. En miembro no afecto esa casilla queda vacía.

Reflejos/Sensibilidad. En casilla correspondiente a miembro afecto, anotar número según leyenda. **Aumentado (1), Disminuido (2), Ausente (3), Normal (4), No evaluado (5).** En miembro no afecto esa casilla queda vacía.

VI- DATOS DE LABORATORIO

Citoquímico del líquido cefalorraquídeo (LCR): completar los datos solicitados. **Fecha de toma de muestra** completar con DD/MM/AA. **Toma de muestra para estudio de Zika:** marcar con una X si es: LCR, Orina, Sangre u otros especificar, **Fecha de toma de muestra** completar con DD/MM/AA

VII-CONDICIÓN AL INGRESO: Ambulatorio Marcar con una X Si o NO **Fecha:** DD/MM/AA **Hospitalizado** Marcar con una X Si o NO **Fecha:** DD/MM/AA **Ingreso a Unidad de cuidados intensivos (UCI)** Marcar con una X Si o NO **Fecha:** DD/MM/AA

/Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM): Marcar con una X Si o NO. En caso de que recibió **Tratamiento con Gammaglobulina** Marcar con una X Si o No. **Óbito** Marcar con una X Si o No **Fecha** DD/MM/AA. **Alta** Marcar con una X Si o No, **Fecha** DD/MM/AA.