

**FICHA DE NOTIFICACIÓN  
SÍNDROME NEUROLÓGICO 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 _____	
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    Localización    Reflejos    Sensibilidad
Diafragma y músculos respiratorios SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	1=SI                      1=Proximal            1=Aumentado; 2= Disminuido
Progresión: Ascendente <input type="checkbox"/>	2=NO                    2= Distal              3=Ausente; 4=Normal
Descendentes <input type="checkbox"/>	3= Disminuido        3= Ambos             5=No evaluado
Otros <input type="checkbox"/>	( ) Brazo derecho        ( )                      ( )                      ( )
Fiebre al inicio de la parálisis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	( ) Brazo izquierdo      ( )                      ( )                      ( )
Síndrome meníngeos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	( ) Pierna derecha        ( )                      ( )                      ( )
Dolores musculares SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	( ) Pierna izquierda     ( )                      ( )                      ( )
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 <sup>3</sup>	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 NEUROLOGICO 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/mm<sup>3</sup>, 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/mm<sup>3</sup>, 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. **CI 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/de diafragma 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 Gamma globulina** 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.