

Definición de caso de Fiebre por Dengue Virus: persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a áreas con transmisión de dengue y presenta fiebre aguda usualmente de 2 a 7 días de evolución y 2 o más de las siguientes manifestaciones:

- Náuseas / vómitos
- Erupción cutánea
- Exantema
- Cefalea / dolor retro orbitario
- Mialgias / artralgias.
- Petequias o test del torniquete (+)
- Leucopenia
- Sangrado

También puede ser considerado caso, todo niño menor de dos años proveniente o residente en área con transmisión de dengue, con cuadro febril agudo, usualmente entre 2 a 7 días y sin foco aparente.

Definición de caso de Fiebre por Chikungunya Virus: paciente con inicio de fiebre aguda ≥ 38.5 °C y artralgias y/o artritis de comienzo agudo no explicada por otra condición médica, erupción maculo papular (2-5 días después del inicio de la fiebre), que reside o ha visitado áreas endémicas o epidémicas durante las dos semanas anteriores a los síntomas.

Definición preliminar de caso propuesta por OPS/OMS para la infección por virus Zika:

Caso sospechoso: paciente que presenta exantema o elevación de temperatura corporal axilar ($>37,2$ °C) y uno o más de los siguientes síntomas (que no se explican por otras condiciones médicas):

- Artralgias o mialgias
- Conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival
- Cefalea o malestar general
- Haber viajado o permanecido al menos 15 días en zonas donde se ha confirmado la transmisión autóctona dentro o fuera del país

Caso confirmado: caso sospechoso con pruebas de PCR en tiempo real (RT-PCR) positiva para la detección específica de virus Zika.

República de Honduras
Secretaría de Salud de Honduras
Unidad de Vigilancia de la Salud
Ficha epidemiológica para la Vigilancia de Arbovirosis (Dengue, Chikungunya y Zika)

1. DEFINICION DE CASO ver al final. No. de Ficha:

2. UNIDAD NOTIFICADORA

Nombre Establecimiento: _____ Código: _____ Departamento: _____

Municipio: _____ Persona que llena la ficha: _____

Tipo personal: Estudiante: _____ Médico: _____ Enfermera: _____

3. INFORMACION DEL PACIENTE

Nombres y apellidos: _____ Expediente clínico: _____ Nacionalidad: _____

Identidad o pasaporte No: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: Años ___ Meses ___ Días _____

Sexo: Mujer () Hombre () Ocupación: _____ Lugar de trabajo/estudio: _____ Jefe de familia: _____

Domicilio actual: Departamento: _____ Municipio: _____ Aldea: _____

Caserío/Comunidad: _____ Barrio/Colonia: _____ Calle/Av. Bloque/ No. Casa: _____

Otras referencias del domicilio: _____ Tel. fijo: _____ Celular: _____

4. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

4.1 Antecedentes:

Ha estado en contacto con alguna persona con dengue: Si ___ No ___ No sabe ___ Viajó a algún lugar en las últimas 2 semanas: Si ___ No ___

Donde viajó: _____ Paciente referido: Si ___ No ___ Tratamiento recibido: _____

4.2 Condiciones coexistentes:

Embarazo: _____ Semanas de gestación: _____ Lactante: _____ Obesidad: _____ Diabetes: _____ Hipertensión Arterial: _____

Tratamiento con AINES: _____ Tratamiento anticoagulante: _____ Tratamiento con esteroides: _____ Enfermedades osteoarticulares: _____

Enfermedad reumatológica: _____ Lupus: _____ Insuficiencia Renal Crónica: _____ Hepatopatía crónica: _____ Púrpura Trombocitopénica: _____

Enfermedad hemolítica: _____ Leucemia: _____ Otros (especifique): _____

4.3 Datos Clínicos:

Fecha de inicio de fiebre: ___/___/___ Fecha de la consulta: ___/___/___ Días de evolución: _____ Semana Epidemiológica: _____

	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No
Fiebre ≥38°			Artritis [#]			Derrame pericárdico			Hepatomegalia (>2cms)		
Nauseas			Inflamación en articulaciones			Epistaxis			Choque		
Vómitos			adenopatía			Gingivorragia			Dificultad respiratoria		
Cefalea			Conjuntivitis			Hematemesis			Pulso débil o indetectable		
Mialgias			Parálisis flácida*			Melena			llenado capilar >2 seg		
Artralgias			Dolor abdominal intenso			Metrorragia			Presión de pulso ≤20 mm Hg		
Petequias			Vómitos persistentes			Letargo			Extremidades frías		
Dolor retro ocular			Ascitis			Irritabilidad			Rigidez de nuca		
Erupción cutánea			Derrame pleural			Hipotensión postural			Otros: _____		

[#]en manos y pies ^{*}Tipo Guillain Barré En caso de ausencia de signos o síntomas marcar la casilla correspondiente de "No"

Temperatura: _____ °C P.A: Sistólica: _____ Diastólica: _____ PAM: _____ Pulso: _____ /min. FR: _____ /min

5. SOSPECHA CLINICA

Dengue: _____ Chikungunya: _____ Zika: _____ Otras (especifique) _____

*indicar sospecha clínica según orden de prioridad (1,2,3)

Si se sospecha Dengue, diagnóstico clínico: Dengue sin signos de alarma _____ Dengue con signos de alarma _____ Dengue grave _____

6. MANEJO DEL PACIENTE

Manejo: Ambulatorio: Si () No () Hospitalizado: Si () No () Fecha de ingreso ___/___/___ Observación() Sala () UCI ()

Condición de egreso: Fallecido: Si () No () Fecha de la defunción: ___/___/___

Fecha de egreso: ___/___/___ Toma de muestra: Si ___ No ___ Fecha de toma de muestra: ___/___/___

7. LABORATORIO (uso del Laboratorio de referencia).

Fecha de recibo de muestra: ___/___/___ Tipo de muestra: Suero ___ Plasma ___ Post mortem ___

Fecha de procesamiento: ___/___/___ Tipo de prueba: IgM: ___ IgG: ___ PCR: ___ Cultivo: ___ Resultado Positivo: ___ Negativo: ___

Diagnóstico final: _____ Confirmado por laboratorio: Si: ___ No: ___