



**SIENO**  
**SISTEMA DE INFORMACION**  
**DE ENFERMEDADES DE**  
**NOTIFICACION OBLIGATORIA**  
**FICHA DE INVESTIGACION**  
**DENGUE**

**ENFERMEDAD**

**CASO PROBABLE DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA (1D20):** PACIENTE CON ENFERMEDAD FEBRIL AGUDA CON DURACIÓN MÁXIMA DE 7 DÍAS, DE ORIGEN NO APARENTE Y CON DOS O MÁS DE LAS SIGUIENTES MANIFESTACIONES: CEFALEA, DOLOR RETROORBITARIO, MIALGIAS, ARTRALGIAS, ERUPCIÓN CUTÁNEA, MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS Y LEUCOPENIA, Y QUE RESIDA O HAYA ESTADO EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS EN ZONA CON CIRCULACIÓN DE VIRUS DE DENGUE.

**CASO PROBABLE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA (1D21):** PACIENTE QUE CUMPLE CON LA ANTERIOR DEFINICIÓN Y ADEMÁS PRESENTA CUALQUIERA DE LOS SIGNOS DE ALARMA: DOLOR ABDOMINAL INTENSO Y CONTINUO, VÓMITOS PERSISTENTES, DIARREA, SOMNOLENCIA Y/O IRRITABILIDAD, HIPOTENSIÓN POSTURAL, HEPATOMEGALIA DOLOROSA, 2CMS, DISMINUCIÓN DE LA DIURESIS, CAÍDA DE LA TEMPERATURA, HEMORRAGIA EN MUCOSAS, LEUCOPENIA (<4000), TROMBOCITOPENIA (<100.000xmm<sup>3</sup>).

**CASO PROBABLE DENGUE GRAVE (1D22):** PACIENTE QUE CUMPLE CON LAS ANTERIORES DEFINICIONES Y ADEMÁS PRESENTA UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS (CHOQUE HIPOVOLEMICO POR FUGA DE PLASMA, DISTRESS RESPIRATORIO POR ACUMULACIÓN DE LÍQUIDOS, SANGRADO GRAVE, AFECTACIÓN DE ÓRGANOS).

1- Número del Caso:		2- Fecha de Elaboración:		3- Establecimiento de Salud:		4- Parroquia	
5- Municipio		6- Estado		7- Código		8- Fuente de Notificación: Público <input type="radio"/> Laboratorio <input type="radio"/> Búsqueda Activa <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Comunidad <input type="radio"/> otros <input type="radio"/>	
9- Primer Apellido:		10- Segundo Apellido:		11- Primer Nombre:		12- Segundo Nombre:	
13- C.I. Pasaporte <input type="radio"/> V <input type="radio"/> E		14- Nacionalidad:		15- Fecha de		16- Edad:	
18- Etnia		19- Nivel Educativo:		20- Años Aprobados:		21- Situación Conyugal:	
22- Profesión:		23- Ocupación:		24- Latitud		25- Longitud	
<b>Dirección de Habitación</b>		26- Entidad de Residencia:		27- Municipio de Residencia:		28- Parroquia de Residencia	
29- Localidad de Residencia		30- Urb./Sector/Zona Industrial:		31- Av./Carrera/Calle/Esquina/Vereda:		32- Casa/Edif./Quinta/Galpón:	
33- Piso/Planta/Local:		34- Teléfono de Habitación (fijo):		35- Teléfono Celular (móvil):		36- Punto de Referencia:	
37- Lugar donde el Paciente enfermo:		38- Nombre de la Madre:		39- Nombre del Padre:			
40- Sitio de trabajo:		41- Plantel Estudiantil:		42- Dirección y Punto de Referencia:		43- Fecha de Atención Médica	
44- Fecha de Inicio de Síntomas: (D/M/A) _____		45- Fecha de Toma de Muestra: (D/M/A) _____		46- Fecha de Denuncia o Notificación y Semana Epidemiológica: (D/M/A) _____, N° de Semana Epidemiológica: _____			

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

47- DATOS CLINICOS	SI	NO	ESPECIFIQUE
47- FIEBRE			
47- CEFALEA			
47- DOLOR RETROORBICULAR			
47- ARTRALGIAS			
47- MIALGIAS			
47- ERUPCIÓN			
47- HEMORRAGIAS CUTANEAS( PETEQUIAS, EQUIMOSIS)			
47- HEMORRAGIAS MUCOSAS (GINGIVORRAGIA, EPISTAXIS, MELENA, MERORRAGIA, OTRAS)			
47- DOLOR ABDOMINAL (CONTINUO E INTENSO)			
47- NAUSEAS O VOMITOS			
47- DIARREA			
47- SOMNOLENCIA y/o IRRITABILIDAD			
47- DISMINUCION DE LA DIURESIS			
47- HEPATOMEGALIA			
47- PRESENCIA DE ICTERICIA			
47- HEMATURIA			
47- DOLOR FARINGEO			
47- PRUEBA DE TORNQUETE			
47- HOSPITALIZACION			
47- AMBULATORIO			
47- PULSO			
47- TENSION ARTERIAL			
47- OTROS			

OBSERVACION:

---



---



---

48-RESULTADO DE LABORATORIO	VALORES			
FECHA D / M / A				
HEMATOCRITO				
HEMOGLOBINA				
LEUCOCITOS				
LINFOCITOS				
EOSINOFILOS				
MONOCITOS				
SEGMENTADOS				
PT				
P T T				
PLAQUETAS				
TRANSAMINASAS TGP				
TRANSAMINASAS TGO				

50- FACTOR DE RIESGO	SI	NO
CRIADEROS EN LA CASA O EN LOS VECINOS		
USA TAMBORES , PIPAS, PIPOTES		
PRESENCIA DE MOSQUITOS EN EL AREA		
AGUA POR ACUEDUCTO		
SUMINISTRO DE AGUA EN FORMA CONTINUA		
ALMACENA EL AGUA EN SU CASA		
DISPONIBILIDAD DE RECOLECCION DE BASURA		
NEUMATICOS O CAUCHOS EN SU CASA		
PROTECTORES EN LA VIVIENDA		
USO DE TELAS METALICAS EN VENTANAS		
USO DE INSECTICIDA EN LA CASA		
USO DE REPELENTE		
CUANTAS HORAS ESTA EN SU CASA		
CASA EN AREA NO PLANIFICADA		
NUMERO DE PERSONAS DEL GRUPO FAMILIAR		
NUMERO DE HABITACIONES PARA DORMIR		
FAMILIARES O VECINOS CON SINTOMAS PARECIDOS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		
LLUVIAS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		
VIAJES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS		
DONDE:		

48-RESULTADO DE LABORATORIO	VALORES			
FECHA D / M / A				
AMILASA				
PROTEINURIA				
OTROS				

49- TIPO DE PRUEBA	FECHA	RESULTADO
AISLAMIENTO VIRAL		
ANTIGENO NS1		
P C R		
ANTICUERPOS I g M		
ANTICUERPO I g G		
OTRO		

ESTATUS DE VACUNACIÓN	SI	NO
ANTIAMARILICA		
Fecha: ____ / ____ / ____		
Lote: _____		
Otras: _____		

51- COMORBILIDAD	SI	NO
ANTECEDENTES DE HIPERTENSION		
ANTECEDENTES DE ASMA		
ANTECEDENTES DE DIABETES		
ANTECEDENES DE DENGUE		
ANTECEDEBTES DE INSUFICIENCIA RENAL		
EMBARAZO		
OBESIDAD O SOBREPESO		
ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS		
CARDIOPATIAS		
ULCERA PEPTICA		
NEUROPATIAS		
VIVE SOLO		
CASO SOCIAL		
DOMICILIO LEJANO		
OTROS		

\* **Criadero:** Todo recipiente servible o no que contenga agua

CONDICIÓN DEL PACIENTE	SI	NO	FECHA
Hospitalizado			
Ambulatorio			

GRUPO A: DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA (DSSA)

GRUPO B: DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA (DCSA)

GRUPO C: DENGUE RAVE (DG)

53 CASO PROBABLE : _____	CASO CONFIRMADO: _____	CASO DESCARTADO: _____
--------------------------	------------------------	------------------------

54- LABORATORIO: FECHA DE RECEPCION DE MUESTRA (D / M / A) _____ F DE PROCESAMIENTO ( D / M / A ) _____ F DE ENTREGA DE RESULTADOS (D / M / A) _____
---

55- Fecha de Declaración del caso:	56-Medico/a Encuestador :	57- Enfermera / o que declara el caso:
------------------------------------	---------------------------	--

58- Epidemiólogo / a Regional:	59-Firma: _____ Fecha ( D / M / A ) _____
--------------------------------	--

**Instrucciones Generales:**

Escribir en letra de molde y con bolígrafo negro toda la información solicitada. En caso que un dato derive del anterior no dejar espacios vacíos

1. Registrar el número de caso.
2. Registrar la fecha de elaboración según formato d / m / a.
3. Registrar el nombre del establecimiento de salud donde se notificó el caso.
4. Registrar el nombre de la parroquia donde está ubicado el establecimiento de la salud.
5. Registrar el nombre del municipio donde está ubicado el establecimiento de salud.
6. Registrar el nombre del estado donde está ubicado el establecimiento de salud.
7. Registrar el código el cual tiene asignado el estado
8. Marque con una "X" en el óvalo correspondiente la fuente de Notificación.
9. Registrar el primer apellido del paciente tal como aparece en la cédula de identidad.
10. Registrar el segundo apellido del paciente tal como aparece en la cédula de identidad.
11. Registrar el primer nombre del paciente tal como aparece en la cédula de Identidad.
12. Registrar el segundo nombre del paciente tal como aparece en la cédula de Identidad.
13. Marcar con una "X" en el óvalo correspondiente, según la nacionalidad del paciente (V: si es de nacionalidad venezolana y E: si es de nacionalidad Extranjera), seguidamente colocar el número de cédula de identidad o pasaporte, utilizar una casilla para cada número. En caso de ser un niño y no poseer cédula de identidad colocar el número de Cédula de Identidad de la madre.
14. Registrar la nacionalidad en caso de ser venezolano o el país de origen en caso de ser extranjero.
15. Registrar en las casillas correspondientes el día, mes y año de nacimiento del paciente o usuario.
16. Registrar la edad del paciente.
17. Marcar en el óvalo correspondiente con una "X" el sexo al cual corresponde.
18. Indicar el nombre de la etnia o pueblo indígena a que pertenece el paciente.
19. Marcar una "X" en el óvalo correspondiente al nivel educativo en el cual se encuentra el paciente; I: si se encuentra en el nivel Inicial, P: si está cursando o cursó solo el nivel de Primaria, S: si se encuentra en el nivel de Secundaria, TM: si está cursando o curso el nivel de Técnico Medio, TSU/U: si está cursando o curso el nivel de Técnico Superior Universitario o Educación universitaria y EE: si se encuentra cursando o curso algún nivel de Educación Especial (incluye la educación recibida a través de las Misiones).
20. Registrar los años aprobados en el último nivel educativo cursado.
21. Marcar con una "X" en el óvalo correspondiente la alternativa que identifique la situación conyugal del usuario para el momento de la notificación de la enfermedad; S: soltero, C: casado, U: unido, D: divorciado, Se: separado, V: viudo.
22. Indicar la profesión desempeña el usuario.
23. Colocar la ocupación del usuario.
24. Registrar la latitud de la zona.
25. Registrar la longitud de la zona.
26. Escribir el nombre de la entidad de residencia del paciente.
27. Escribir el nombre del Municipio en que se encuentra la residencia del paciente.
28. Registrar el nombre de la parroquia donde se encuentra ubicada la residencia del paciente.
29. Indicar el nombre de la localidad en que se encuentra la residencia del paciente.

30. Indicar Urb./Sector/Zona Industrial en que se encuentra la residencia del paciente.
31. Indicar Av./Carrera/Calle/Esquina/Vereda en que se encuentra la residencia del paciente.
32. Indicar Casa/Edif./Quinta/Galpón en que se encuentra la residencia del paciente.
33. Escribir el número del piso, planta o local donde se encuentra ubicada la residencia del paciente.
34. Escribir el número de teléfono fijo donde habita el paciente.
35. Indicar el número de teléfono celular donde pueda ser ubicado el paciente.
36. Registrar un punto de referencia que facilite la ubicación de la residencia del paciente.
37. Indicar el lugar donde el usuario contrajo la enfermedad.
38. Escribir el nombre y apellido de la madre en caso de que el paciente sea menor de edad.
39. Escribir el nombre y apellido del padre en caso de que el paciente sea menor de edad.
40. Registrar el lugar o sitio de trabajo.
41. Registrar en caso de estudiante el plantel estudiantil donde cursa estudios.
42. Registrar la dirección y punto de referencia del plantel estudiantil .
43. Registrar la fecha de atención medica según formato (d/m/a).
44. Registrar la fecha de inicio de los síntomas según formato(d/m/a).
45. Registrar la fecha en que se realiza la toma de muestra según formato (d/ m/a).
46. Registrar la fecha en que se realiza la denuncia o notificación según formato (d/m/a) y el N° de la semana epidemiológica.
47. Marcar con una "X" en la casilla correspondiente de acuerdo al si, no, no precisa, los datos clínicos de la enfermedad.
48. Registrar en la columna correspondiente la fecha y los valores de los resultados de laboratorio ( los últimos 5 , o los que registre si son menos).
49. Registrar en la columna correspondiente la fecha y los valores de los tipos de prueba.
50. Marcar con una "X" en la casilla correspondiente de acuerdo al si, no los factores de riesgo y en caso de viajar en los últimos quince días registrar donde.
51. Marcar con una "X" en la casilla correspondiente a la comorbilidad que presente el paciente.
52. Colocar el Diagnostico ya sea Dengue sin Signos de Alarma, Dengue con Signos de Alarma o Dengue Grave.
53. Marcar con una "X" en la casilla correspondiente si el caso es probable confirmado descartado.
54. Registrar en los espacios correspondientes según formatos, las fechas de recepción, procesamiento y resultados de la muestra.
55. Registrar en el espacio correspondiente según formatos la fecha . de declaración del caso (d/m/a).
56. Registre en el espacio correspondiente nombre y apellido del medico encuestador.
57. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la enfermera que declara el caso.
58. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del Epidemiólogo/a Regional.
59. Registrar en el espacio correspondiente la firma del Epidemiólogo/a Regional.

## DENGUE

### DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA

**CASO PROBABLE :** PACIENTE CON ENFERMEDAD FEBRIL AGUDA CON DURACIÓN MÁXIMA DE 7 DÍAS, DE ORIGEN NO APARENTE Y CON DOS O MÁS DE LAS SIGUIENTES MANIFESTACIONES: CEFALEA, DOLOR RETROORBITARIO, MIALGIAS, ARTRALGIAS, ERUPCIÓN CUTÁNEA, MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS Y LEUCOPENIA, Y QUE RESIDA O HAYA ESTADO EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS EN ZONA CON CIRCULACIÓN DE VIRUS DE DENGUE

**Caso Confirmado:** Cumple con los criterios de Caso Probable, además de una de las pruebas de laboratorio positiva para dengue o criterio clínico epidemiológico por nexo epidemiológico con otros casos confirmados por laboratorio.

**Caso Notificado:** Todo caso que cumpla con los criterios de caso probable y / o caso confirmado por criterio de laboratorio o clínico - epidemiológico.

### DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA

**CASO PROBABLE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA:** PACIENTE QUE CUMPLE CON LA ANTERIOR DEFINICIÓN Y ADEMÁS PRESENTA CUALQUIERA DE LOS SIGNOS DE ALARMA: DOLOR ABDOMINAL INTENSO Y CONTINUO, VÓMITOS PERSISTENTES, DIARREA, SONNOLENCIA Y/O IRRITABILIDAD, HIPOTENSION POSTURAL, HEPATOMEGALIA DOLOROSA, 2 CMS, DISMINUCIÓN DE LA DIURESIS, CAÍDA DE LA TEMPERATURA, HEMORRAGIA EN MUCOSAS, LEUCOPENIA (<4000), TROMBOCITOPENIA (<100.000 XMM<sup>3</sup>).

**Caso Confirmado:** Cumple con los criterios de Caso Probable, además de una de las pruebas de laboratorio positiva para dengue o criterio clínico epidemiológico por nexo epidemiológico con otros casos confirmados por laboratorio.

**Caso Notificado:** Todo caso que cumpla con los criterios de caso probable y / o caso confirmado por criterio de laboratorio o clínico - epidemiológico.

### DENGUE GRAVE

**CASO PROBABLE :** PACIENTE QUE CUMPLE CON LAS ANTERIORES DEFINICIONES Y ADEMÁS PRESENTA UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS (CHOQUE HIPOVOLEMICO POR FUGA DE PLASMA, DISTRESS RESPIRATORIO POR ACUMULACIÓN DE LÍQUIDOS, SANGRADO GRAVE, AFECTACIÓN DE ÓRGANOS)

**Caso Confirmado:** Cumple con los criterios de Caso Probable, además de una de las pruebas de laboratorio positiva para dengue o criterio clínico epidemiológico por nexo epidemiológico con otros casos confirmados por laboratorio.

**Caso Notificado:** Todo caso que cumpla con los criterios de caso probable y / o caso confirmado por criterio de laboratorio o clínico - epidemiológico.

## TOMA Y ENVÍO DE MUESTRAS PARA DIAGNÓSTICO DE DENGUE

Extraer por lo menos 5 ml de sangre. NO USAR ANTICUAGULANTE. Separar el suero. En caso de no poder centrifugar, dejarlo reposar 2 horas.

Transferir a un tubo estéril (preferiblemente plástico)

Asegurar el cierre hermético

Rotular con tela adhesiva

Rótulo: Nombre y apellido, fecha de toma de la muestra, tipo de muestra (suero).

Refrigerar de inmediato en heladera (4°C). NO CONGELAR

**PARA EL SERODIAGNÓSTICO LA MUESTRA DEBE SER TOMADA A PARTIR DEL 5TO DÍA DEL INICIO DE LOS SINTOMAS. ( DEMOSTRACION DE ANTICUERPOS CLASE IgM, IgG, SIENDO LA IGM DETECTABLE HASTA POR UN PERIODO DE 3 MESES ).**

**ESTAS MUESTRAS SERÁN PROCESADAS EN EL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DE CADA ESTADO. PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL VIRUS, AISLAMIENTO VIRAL LA MUESTRA DEBE SER TOMADA ENTRE 48 -72 HORAS (< 3 DÍAS) DEL INICIO DE LOS SINTOMAS Y ENVIARLAS EN REFRIGERACIÓN A LA MAYOR BREVEDAD AL DEPARTAMENTO DE VIROLOGIA DE INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE "RAFAEL RANGEL"**

Si no se garantiza el envío inmediato, las muestras deben congelarse a -70°C transportarse en hielo seco. Es oportuno señalar que se pueden congelar muestras de suero. EVITE LA CONGELACIÓN DE SANGRE COMPLETA.

Muestra de autopsia: Hígado, Bazo, Pulmón, Corazón, Riñón, deben preservarse en solución salina refrigerada a 4°C.

**Nota: se recomienda no almacenar las muestras por más de 4 días.**

Acompañar la muestra con la ficha y todo los datos completos del paciente.

- **NO ADMINISTRAR ACIDO ACETIL SALICILICO (ASPIRINA), ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEOS (IBUPROFENO, DICLOFENAC, KETOPROFENO (PROFENIC) NIMESULIDE O DAPIRONA**
- **SOLO DEBE ADMINISTRARSE AL PACIENTE CON DENGUE "ACETAMINOFEN "**
- **SI LA MUESTRA ES PARA PRUEBAS DE INMUNOHISTOQUÍMICA DEBEN VENIR EN SOLUCIÓN DE FORMOL AL 10% A TEMPERATURA AMBIENTE**