

A large, semi-transparent graphic in the background features a detailed illustration of a mosquito on the left. To its right, the words 'VIRUS DEL' are written in a light, sans-serif font. Below this, the word 'ZIKA' is written in very large, bold, white, sans-serif capital letters. The entire graphic is set against a dark, rectangular background that is slightly tilted.

**Protocolo institucional
Vigilancia Epidemiológica
Enfermedad ZIKA
CCSS, 2016**

ZIKA

Definiciones de caso

Casos Sospechoso

Paciente que ha estado en zonas donde hay transmisión **y** presenta exantema maculopapular o elevación de temperatura corporal axilar ($>37,2\text{ }^{\circ}\text{C}$) 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



Procedimientos de Vigilancia Epidemiológica

- Notificarán todo **caso sospechoso** de ZIKA
- Debe llenar la boleta de notificación obligatoria VE 01
- Registrarlo en el SISVE bajo el código A92.8, «Otras fiebres virales especificadas transmitidas por mosquitos» en término de 24 horas
- Acciones de vigilancia epidemiológica y basada en laboratorio según la situación epidemiológica

Ministerio de Salud					
Boleta de Notificación Individual de Vigilancia Epidemiológica VE 01					
N° de cédula ó identificación					
Nombre del paciente					
Diagnóstico de notificación					
Diagnóstico específico					
Fecha inicio de síntomas					
	día	mes	año		
Fecha de diagnóstico					
	día	mes	año		
Sexo			Etnia		
	masculino	femenino			
Fecha de nacimiento					
	día	mes	año		
Edad cumplida					
	años	meses	días		
Nombre del padre, madre o encargado (sólo en caso de < 18 años)					
Residencia					
	Provincia	Cantón	Distrito	Localidad	
Dirección exacta					
Teléfono de casa o celular					
Lugar de trabajo					
Localización lugar trabajo					
	Provincia	Cantón	Distrito	Localidad	
Lugar de ocurrencia del evento					
	Provincia	Cantón	Distrito	Localidad	
Establecimiento que informa					
Nombre del notificador					

ZIKA

Caso Confirmado

Caso sospechoso con pruebas de laboratorio (Detección de ácidos nucleicos (RT-PCR) positivas para la detección específica de virus Zika.

Caso importado

Caso confirmado que se presenta en un área donde no hay evidencia de transmisión, pero que en el transcurso de 2 a 12 días anteriores estuvo en un área de transmisión comprobada por laboratorio.

- ***Toda persona que cumpla con estas definiciones debe notificarse en la VE01 de forma inmediata***
- *En caso de epidemia no es necesario realizar pruebas confirmatorias a todo caso sospechoso*
- **Los casos deben ser clasificados y cerrados en un periodo no mayor a dos semanas de acuerdo a las definiciones de caso**
- Casos que presente complicaciones se debe seguir los protocolos, lineamientos o guías de manejo correspondientes así como se deben notificar según la complicación que presente y siempre anotando “por ZIKA”

Vigilancia basada en laboratorio (CNRV), INCIENSA.

Basado en la literatura internacional y la experiencia que se ha obtenido respecto al diagnóstico por biología molecular (PCR) de los primeros casos autóctonos confirmados por virus Zika en nuestro país, se ha definido sistematizar para la vigilancia virológica, solicitar para **los casos sospechosos de Zika (que provengan de lugares con circulación autóctona)** lo siguiente:

A) Pacientes con 5 días o menos:

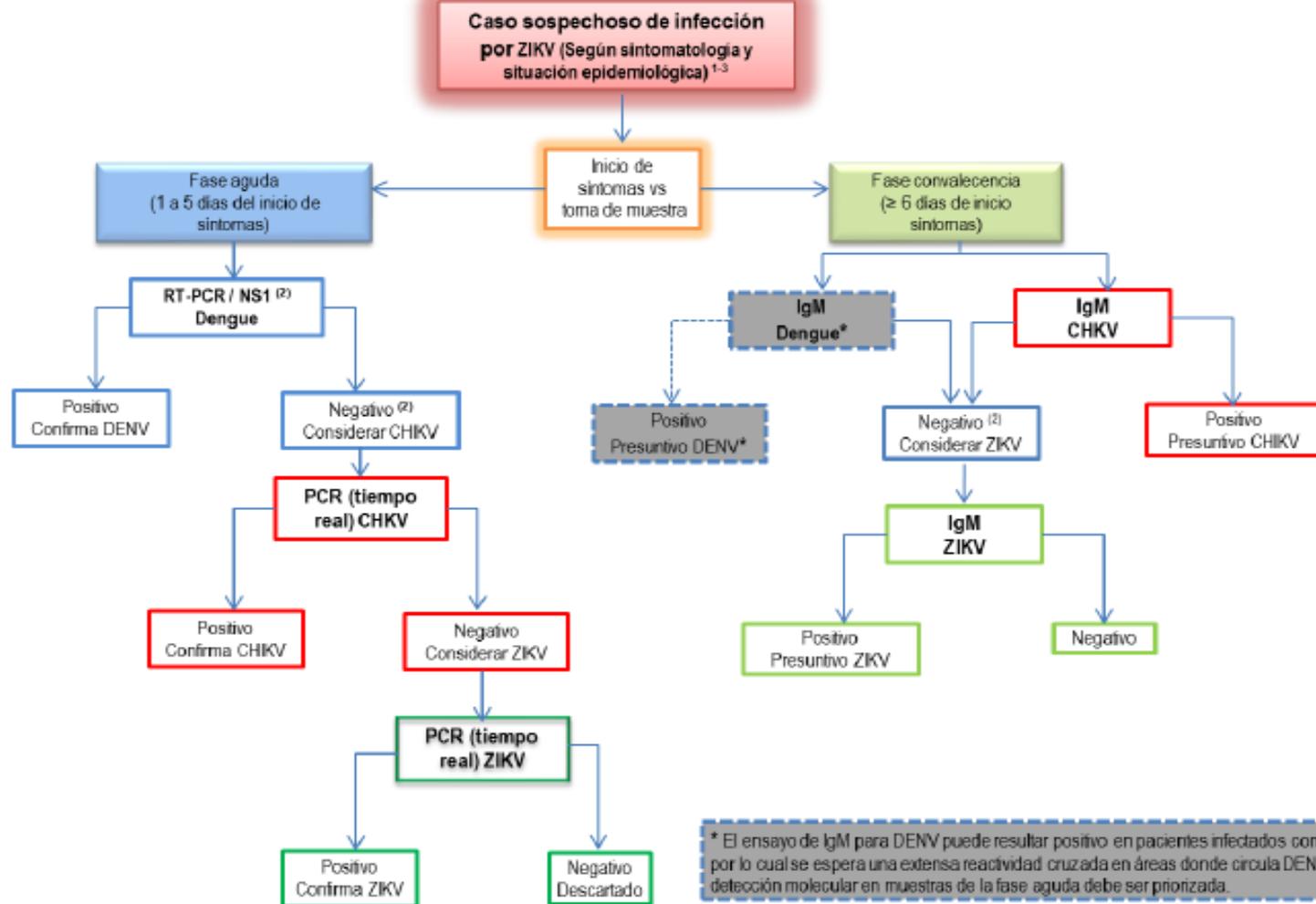
- Tomar muestra de suero y orina, en forma paralela (mismos días de evolución) para su procesamiento por PCR
- A los pacientes que resulten positivos por cualquier matriz (suero u orina) solicitar una segunda orina antes del décimo día

B) Pacientes con de 6 a 10 días de evolución (rango cerrado):

- Tomar una muestra de orina
- A los pacientes que resulten positivos, solicitar una segunda orina antes del 11 día

No se puede desvincular la vigilancia basada en laboratorio del Zika del sistema de vigilancia de dengue y chikungunya dado que realiza diagnóstico diferencial por lo que en casos que cumplan la definición de caso mayor a 5 días de inicio de los síntomas se debe descartar inicialmente Dengue y Chikungunya.

Algoritmo para detección de ZIKV



¹ Según el perfil epidemiológico del país y teniendo en cuenta las características clínicas de la infección, se debe considerar la inclusión de otros Arbovirus como parte del algoritmo diferencial para virus Zika.

² Este algoritmo no es exhaustivo, y la infección por dengue debe ser descartada según las guías de manejo clínico y algoritmo de laboratorio específico.

³ Estas recomendaciones son provisionales y están sujetas a modificaciones posteriores en función de los avances en el conocimiento sobre la enfermedad y el agente etiológico.



Instrumentos oficiales

Establecimiento que envía la(s) muestra(s)

Nombre del establecimiento: _____ N° Unidad Programática CCS: _____

Establecimiento de salud al cual se reportan los resultados
 Hospital _____ EBAS _____
 Área de Salud _____ Establecimiento privado u otro _____

Datos del paciente

Identificación: N° cédula _____ Otro: _____	N° Pasaporte _____ N° Cédula de identidad _____ N° Expediente _____ N° Autopsia _____ Sin identificación _____	Nombre Paciente: Primer apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombre completo _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Fecha de nacimiento: ____/____/____ (DD-MM-AAAA)
---	--	--

 Nacionalidad (país): _____ (Ha viajado en el último mes): No Sí
 Dentro del país, lugares visitados: _____

 Dirección del Paciente: _____
 Provincia: _____ Correo: _____ Distrito: _____ Barrio – Caserio: _____
 Otras señas (Dirección exacta): _____

Ocupación: _____ Lugar de trabajo / Centro de estudio: _____ Teléfono celular y/o fijo: _____

 Condición del paciente:
 Hospitalizado: no sí Servicio: Emergencia UC Salón General Albergamiento
 Fallecido: sí, indicar fecha de defunción: ____/____/____ (DD-MM-AAAA)

<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> Brucelosis	<input type="checkbox"/> Inf. Resp. Aguda Grave (IRAG)	<input type="checkbox"/> Enfermedad diarreica aguda	<input type="checkbox"/> Inf. de Chagas aguda	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Hansen
<input type="checkbox"/> Leptospirosis	<input type="checkbox"/> Paratifoidea aguda	<input type="checkbox"/> Enfermedad tipo Influenza (ETI)	<input type="checkbox"/> Cólera	<input type="checkbox"/> Inf. de Chagas crónica	<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> Caso nuevo
<input type="checkbox"/> Tarampsión	<input type="checkbox"/> Meningitis/espondilitis aguda	<input type="checkbox"/> Neumonia/ Bronconeumonía	<input type="checkbox"/> Intoxicación alimentaria	<input type="checkbox"/> Sepsis/septicemia	<input type="checkbox"/> Tránsito de leche de la lactante al bebé en lactancia	<input type="checkbox"/> Control de resaca/mesal
<input type="checkbox"/> Fiebre/SHC	<input type="checkbox"/> Virus del Nilo Occidental	<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Paratifoidea intestinal	<input type="checkbox"/> Síndr. pulmonar y/ o hemolítico	<input type="checkbox"/> Tránsito de leche materna	<input type="checkbox"/> Paciente inculcador
<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Meningitis bacteriana	<input type="checkbox"/> Tos ferina/Síndr. tosferinoso	<input type="checkbox"/> Angiostrongilosis	<input type="checkbox"/> Ántrax	<input type="checkbox"/> Historia de contacto de contactos previos	<input type="checkbox"/> Caso recurrente
<input type="checkbox"/> Chikungunya	Otro: _____					

Signos y síntomas

 Sintomático: no sí. Indique, Fecha de inicio de síntomas ____/____/____ (DD-MM-AAAA) y marque los signos/síntomas del paciente:

<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Chagoma de inoculación
<input type="checkbox"/> Erupción / rash	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Desorientación	<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Signos meningéicos	<input type="checkbox"/> Alaxia y/o Síndr. Guillain Barre
<input type="checkbox"/> Analgias	<input type="checkbox"/> Inestabilidad	<input type="checkbox"/> Deposiciones mucosanguinolentas	<input type="checkbox"/> Apnea	<input type="checkbox"/> Eructos/flatulencia	<input type="checkbox"/> Polidipsicomanía
<input type="checkbox"/> Migraja	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Deposiciones acuosas	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Signo de Rosoffe	<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____

 Hay otras personas con síntomas similares en: Casa Centro de estudio Trabajo Otro. Especifique: _____
 Antes de recolectar la muestra el paciente recibió: Antibióticos Antiparasitarios Anestésicos. Especifique: _____

Historia vacunal relacionada con el evento

Vacuna(s) relacionada(s) con el evento	Número de dosis	Fecha de última dosis (DD-MM-AAAA)

Exámenes que solicita el INCIENSA*: _____

Datos de la(s) muestra(s) (Completar en el laboratorio Clínico que envía)

N° de muestra cliente	Fecha de toma de la muestra (DD-MM-AAAA)	Días de evolución desde el inicio de síntomas	Origen de muestra
			Indique si la muestra es: sangre, orina, exudado nasofaríngeo, exudado o secreción bronquial, hisopado faríngeo, heces, hisopado fecal en medio de transporte, contenido de intestino delgado, contenido de intestino grueso, jugo gástrico, LCR, líquido articular/sinovial, líquido pleural, líquido peritoneal, alveolar, secreción de ojo, secreción de oído, secreción vaginal, secreción uretral, etc (Especifique) o hisopado, otro (especifique)

 Observaciones: _____
 Responsable solicitud/código: _____ Firma: _____ Fecha de solicitud: _____

**FICHA DE INVESTIGACION DE CASO PARA VIGILANCIA DE ENFERMEDADES VIRICAS TRANSMITIDAS POR ARTRÓPODOS
(DENGUE/ CHIKUNGUNYA/ENCEFALITIS)**

Fecha de ingreso (en caso de hospitalización): / /		Fecha de captación: / /		No de Caso: _____	
Establecimiento de Salud: _____			Médico a cargo: _____		
1. DATOS DEL PACIENTE					
Nombres y apellidos: _____		No. de Identificación: _____		Nacionalidad: _____	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha nacimiento: / /	Edad: Años _____	Meses _____	Días _____	
Residencia Provincia: _____		Cantón: _____		Distrito: _____	
Dirección exacta: _____		Teléfono _____		Nombre madre/padre/encargado: _____	
La paciente está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS Edad Gestacional (sem): _____ Hospital donde se atenderá el parto: _____					
2. DATOS CLINICOS					
Diagnóstico presuntivo: _____			Captación: Urgencias <input type="checkbox"/> Salón <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> EBA/S <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Fecha de Diagnóstico: / /		Fecha de Inicio de Síntomas: / /		Días de Evolución: _____	
Signos y síntomas	Sí	No	NS/NA		
Fiebre				Fecha Inicio fiebre: / / Temperatura Cuantificada _____ °C	
Artritis				Dónde: Manos <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Tobillos <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Edema Peri articular <input type="checkbox"/>	
Erupción				Tipo: <input type="checkbox"/> Macular / <input type="checkbox"/> Vesicular / <input type="checkbox"/> Maculopapular / <input type="checkbox"/> Petequial / <input type="checkbox"/> Pustular	
				Localización: <input type="checkbox"/> palmas / <input type="checkbox"/> plantas / <input type="checkbox"/> tronco / <input type="checkbox"/> extremidades	
Mialgias				Signos y Síntomas	Sí
Artralgia				Dolor Abdominal intenso	No
Cefalea				Conjuntivitis	NS/NA
Dolor Retro ocular				Nausea	
Dolor de espalda				Vómito	
Adenopatias				Neurológicas	
Sangrado Inusual				Manifestaciones atípicas renales	
Lesión vesiculobulosa				Manifestaciones atípicas oculares	
Fotofobia				Manifestaciones atípicas cardiovasculares	
3. ANTECEDENTES					
Viajó el paciente fuera del país o de su localidad en los últimos 30 días previos al inicio de síntomas.			Lugares visitados	Desde	Hasta
Ha estado en contacto con animales enfermos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				/ /	/ /
Comorbilidades: DM <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Inmunológicas <input type="checkbox"/> Reumatológicas <input type="checkbox"/>				/ /	/ /
4. MUESTRAS Y ANÁLISIS DE LABORATORIO Laboratorio que envía la muestra					
# Muestra	Tipo de Muestra		Fecha de toma de muestra	Fecha de envío de la muestra a INCIENSA	OBSERVACIONES
	Suero	Otra (Especifique)			
Primera			/ /	/ /	
Segunda			/ /	/ /	
5. INVESTIGACION Fecha de Investigación: / /					
En el último mes ha habido casos de:	Dengue	Chikungunya	Nilo Occidental	Otras Encefalitis	Especifique
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	
Otro(s): _____	Sí	No	En Caso Afirmativo Complete		
Búsqueda activa de casos			No. de casos encontrados en la búsqueda activa: _____		
Se observaron criaderos en el sitio y alrededores			Número aproximado de criaderos positivos: _____		
6. MEDIDAS DE RESPUESTA					
Se realizaron actividades de control vectorial		En Caso Afirmativo Complete			
		Eliminación de depósitos <input type="checkbox"/> Larvicida <input type="checkbox"/> Fumigación <input type="checkbox"/> Control Biológico <input type="checkbox"/>			
7. CLASIFICACION FINAL DEL CASO: Por CILOVIS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de clasificación final: / /					
Dengue <input type="checkbox"/> Chikungunya <input type="checkbox"/> Nilo Occidental <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Confirmado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/>					
Resultados de laboratorio que apoyan la clasificación				Contacto de otro caso	
Muestra	IgM	IgG	Aislamiento	PCR (Especifique)	<input type="checkbox"/> Si (Nombre y relación)
Primera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Relacionado a Caso Importado: (especifique) _____
Segunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autóctono
					<input type="checkbox"/> Desconocido
Paciente fallecido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha: / /			Causa de muerte: _____ Autopsia: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> N° Autopsia: _____		