



HOJA DE SEGUIMIENTO A EMBARAZADAS DE CASO PROBABLE DE DENGUE

1/ Tipo

Dengue No Grave

Dengue Con Signos de Alarma

Dengue Grave

I. Datos de Identificación de la Paciente

2/ Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre o Nombres
3/ Edad	4/SDG	5/ Fecha de Última Regla	
6/ Residencia Actual			
Estado	Jurisdicción	Municipio	
Localidad	Colonia		
Calle	Núm. Ext.	Núm. Int.	
Teléfono	Entre Calle	y Calle	C.P.

II. 7/ Cuadro Clínico

	Día	Mes	Año
Fecha de Inicio de Signos y Síntomas	/	/	
Fecha de Inicio de Fiebre	/	/	
Temperatura			

Dengue No Grave (DNG)

- 1) Dolor de cabeza
- 2) Dolor de músculos
- 3) Dolor de articulaciones leve/moderado
- 4) Dolor detrás de los ojos
- 5) Exantema
- 6) Náuseas
- 7) Vómito
- 8) Petequias
- 9) Torniquete positivo

Dengue Con Signos De Alarma (DCSA)

- 10) Vómito persistente
- 11) Dolor abdominal intenso y continuo
- 12) Edema
- 13) Sangrado de mucosas
- 14) Sangrado de encías
- 15) Sangrado de nariz
- 16) Somnolencia
- 17) Irritabilidad
- 18) Hipotensión postural

Dengue Grave (DG)

- 19) Frecuencia cardíaca >120lpm
- 20) Extremidades frías
- 21) Llenado capilar $\geq$ 3 seg.
- 22) Presión diferencial convergente $\leq$ 20mmHg
- 23) Hipotensión arterial en fase tardía
- 24) Dificultad para respirar
- 25) Vómito con presencia de sangre
- 26) Evacuaciones de color negro, viscosa con olor fétido
- 27) Evacuaciones con presencia de sangre fresca (roja)
- 28) Alteraciones de la conciencia

III. 8/ Seguimiento

Fecha	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9	Día 10
Tipo de Seguimiento										

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO
“HOJA DE SEGUIMIENTO A EMBARAZADAS DE CASO PROBABLE DE DENGUE”
(208C0101100000L-571-24)

Objetivo: Contar con un formato que permita dar un seguimiento de forma óptima a las mujeres embarazadas que cumplan con definición, operación de Dengue (DNG, DCSA y DG) con la finalidad de identificar riesgos con oportunidad, evitar complicaciones y brindar atención apropiada.

Distribución y Destinatario: Se genera en original, se integra en el expediente clínico de la paciente, brindando copia en electrónico al área de Salud Materna y Epidemiología

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE		
1	TIPO	Marcar con una “X” el recuadro de acuerdo al tipo del caso probable de dengue en paciente embarazada.
2	NOMBRE	Escribir el nombre completo de la paciente embarazada de caso probable de dengue comenzando por primer apellido, segundo apellido y nombre o nombres.
3	EDAD	Anotar la edad en años cumplidos de la paciente embarazada de caso probable de dengue.
4	SDG	Registrar el número de semanas de gestación de la paciente embarazada de caso probable de dengue.
5	FECHA DE ÚLTIMA REGLA	Escribir el día, mes y año (dd/mm/aaaa) de la última regla de la paciente embarazada de caso probable de dengue.
6	RESIDENCIA ACTUAL	Anotar el estado, jurisdicción, municipio, localidad, colonia, calle, número exterior, número interior, teléfono, entre que calles y código postal de residencia actual de la paciente embarazada de caso probable de dengue.
7	CUADRO CLÍNICO	Anotar el día, mes y año (dd/mm/aaaa) en la cual iniciaron los síntomas, en el cual se inició la fiebre y la temperatura al inicio de los síntomas.
8	SEGUIMIENTO	Colocar el día, mes y año (dd/mm/aaaa) en el cual se iniciaron los síntomas y conforme al día de seguimiento de la paciente, hacer el llenado de la tabla de la siguiente manera: • Tipo de Seguimiento: indicar con una “D” si el seguimiento es domiciliario o una “T” si es telefónico. • Signos de DNG: Señalar con número correspondiente de la sintomatología presentada (1-9). • Signos de Alarma: Señalar con número correspondiente de la sintomatología presentada (10-18). • Signos de Gravedad: Señalar con número correspondiente de la sintomatología presentada (19-28). *En caso de presentar algún signo de alarma o gravedad se deberá referencias a la paciente a una unidad de segundo nivel. • Estable: Señalar con una “X” si la paciente no presenta alguna complicación el día de la visita. • Asintomática: Señalar con una “X” si la paciente ya no presenta sintomatología el día de la visita. • Referida: Señalar con una “X” si la paciente presenta alguna complicación y requiere referencia a una unidad de salud el día de la visita.
9	FECHA DE CITA PARA VALORACIÓN HOSPITALARIA	Anotar el día, mes y año (dd/mm/aaaa) en la que se envió o refirió a la paciente a una unidad de salud para realizar su estudio hematológico. (obligatorio)
10	REFERENCIA A UNIDAD	Nombre de la unidad de salud a la que se refirió. (obligatorio)