

**MANEJO INTEGRADO,
DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DEL
SINDROME FEBRIL AGUDO
INESPECÍFICO (SFAI)
PRODUCIDO POR
ARBOVIRUS Y SUS
DIAGNOSTICOS
DIFERENCIALES**

AÑO 2023



**RECOPIACIÓN DE CIRCULARES
NORMATIVAS EPIDEMIOLÓGICAS PARA
EL MANEJO INTEGRADO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DEL SINDROME FEBRIL
AGUDO INESPECÍFICO (SFAI)
PRODUCIDO POR ARBOVIRUS, Y SUS
DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES**

AUTORIDADES

GOBERNADOR

Dr. Gustavo Sáenz

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Juan José Esteban Quinteros

DIRECTORA GENERAL DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Dra. Analía Acevedo

El presente manual entra en vigencia en la gestión del **Dr. Federico Alejandro Javier Mangione y el **Dr. Francisco Manuel García Campos** en funciones de Ministro de Salud Pública y Director General de Coordinación Epidemiológica respectivamente.*

ÍNDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO 1: GENERALIDADES	3
Características epidemiológicas de la provincia	3
Agentes Causales	7
Algoritmo para el diagnóstico diferencial de SFAI	8
Recursos diagnósticos. Vigilancia laboratorial	10
Red de laboratorio para el diagnóstico diferencial de SFAI	11
 CAPITULO 2: VIGILANCIA INTENSIFICADA CLÍNICA	
Y LABORATORIAL	16
Vigilancia intensificada	16
Definición de caso	17
 CAPÍTULO 3: MANEJO INTEGRADO ESTACIONAL	25
Manejo integrado estacional	25
Estratificación de áreas operativas según riesgo	
epidemiológico	25
Manejo integrado: definición	27
Acciones permanentes	28
Acciones ante emergencia	31
Preparación de los municipios en el marco de la EGI-ETM	32
Fases de trabajo	34
Fase invernal	34

Fase primaveral	36
Fase estivo-otoñal	38
Vigilancia entomológica de aedes aegypti (Antigua EPI N°7)	38
Levantamiento rápido de índices para aedes aegypti. LIRAA	41
CAPÍTULO 4: MANEJO DE PACIENTES	42
Diagnóstico	42
Tratamiento	48
Uso de repelentes	56
ANEXOS	
ANEXO 1: RED DE LABORATORIO	61
ANEXO 2: SELLADO Y TRATAMIENTO DE POZOS CIEGOS, CÁMARAS SÉPTICAS Y LETRINAS	63
ANEXO 3: HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES INTERNADOS CON DIAGNÓSTICO DE DENGUE Y OTRAS ETM	67
BIBLIOGRAFÍA	70
MATERIAL DE CONSULTA	72

INTRODUCCION

Las enfermedades virales responsables del SFAI, transmitidas por artrópodos (denominadas arbovirosis) y otros vectores (Hanta) tienen un gran potencial de convertirse en epidemias y eventualmente en pandemias. Por tanto, representan una constante amenaza a la seguridad de la salud a nivel mundial y regional¹.

En los últimos años, la Región de las Américas ha demostrado tener condiciones muy favorables para la introducción y propagación de infecciones virales transmitidas por artrópodos (enfermedades arbovirales). El dengue es la arbovirosis que causa el mayor número de casos, con epidemias que ocurren de manera cíclica cada 3 a 5 años. En cifras de morbilidad el dengue es actualmente la enfermedad vírica más importante de las transmitidas por vectores. Se estima que 80 millones de personas se infectan de dengue anualmente en 100 países, cerca de 550 mil enfermos necesitan hospitalización y 20.000 personas mueren como consecuencia de dengue (OMS)².

A pesar de que el dengue ha estado en circulación durante más de 400 años, el número de casos reportados desde el año 2000 aumentó de una manera sin precedentes, con la circulación de los cuatro serotipos. A pesar de la disminución en 23% de la tasa de letalidad de dengue en los últimos seis años (de 0,069% a 0,053%), el riesgo de padecer dengue grave y de que la

¹ Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales en las Américas. Washington D.C., 2019. ISBN: 978-92-75-32049-5

² <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000235cnt-01-directrices-dengue-2016.pdf>

enfermedad evolucione hasta la muerte sigue planteando un serio problema de salud pública en las Américas³.

El dengue continúa siendo la enfermedad arboviral más prevalente en las Américas. No obstante, en los últimos años nuestra región se ha visto particularmente afectada por la aparición de otros arbovirus, como el Chikungunya y el virus del Zika.

Las enfermedades causadas por hantavirus son zoonosis emergentes y originadas por virus que hoy conforman el género Orthohantavirus. Estos son transmitidos al ser humano por vía inhalatoria, mediante aerosoles de secreciones, de algunas especies de roedores⁴.

En Argentina se han definido cuatro regiones endémicas, geográfica y ecológicamente diferentes para la enfermedad: Noroeste (Salta, Jujuy y Tucumán); Noreste (Misiones); Centro (Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos), y Sur (Neuquén, Río Negro y Chubut)⁵.

La meta del presente documento es acercar a los agentes de salud involucrados en la tarea de reducir la carga de las enfermedades ocasionadas por arbovirus, un compendio de las principales líneas estratégicas disponibles en la provincia, con la finalidad de reducir la morbilidad, los efectos agudos y crónicos, los defectos congénitos y las muertes causadas por estas patologías y mencionar los diagnósticos diferenciales probables.

En el mismo, se vuelcan los contenidos de las antiguas Circulares Normativas Epidemiológicas (EPI) 5, 7, 8, 10, 26, 27 y 41, las que quedan sin vigencia a partir de la publicación del presente documento.

³ https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4494:situacion-epidemiologica-dengue-americas&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

⁴ <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/hantavirus>

⁵ https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001392cnt-analisis_de_situacin_de_salud_-_repblica_argentina_-_asis_2018_compressed.pdf

CAPÍTULO 1

GENERALIDADES

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA PROVINCIA DE SALTA

Desde un enfoque epidemiológico, la provincia de Salta resulta de gran relevancia debido a la distribución de enfermedades endémicas como las enfermedades transmitidas por mosquitos (Dengue, Zika y Chikungunya entre otras), y las transmitidas por otros vectores como el Hanta, por el gran impacto que tienen sobre la población.

La vigilancia de las arbovirosis se realiza de forma integrada, en el marco de la vigilancia de Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI) y de los casos que cumplen con definiciones específicas para cada una de las arbovirosis, y la notificación se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0).

Dengue, Chikungunya y Zika afectan a 129 países con más de 4 mil millones de personas en riesgo de estas enfermedades en todo el mundo.

La vigilancia integrada de arbovirosis incluye el estudio de Dengue, Zika, Chikungunya, Fiebre Amarilla, Encefalitis de San Luis y Fiebre del Nilo Occidental, entre otros agentes etiológicos; así mismo, la vigilancia del SFAI integra patologías como hantavirosis, leptospirosis y paludismo, de acuerdo con el contexto epidemiológico del área y de los antecedentes epidemiológicos⁶.

⁶ <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-08/BEN-613-SE-31.pdf>

Conceptos utilizados:

Síndrome febril agudo inespecífico: Todo paciente que presenta al momento de la consulta (o haya presentado en los últimos 15 días) fiebre aguda de menos de siete (7) días de duración mialgias o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida⁷.

Además, se puede acompañar de 2 o más de los siguientes signos⁸:

- dolor de cabeza y/o detrás de los ojos,
- malestar general,
- dolor articular y/o muscular,
- diarrea,
- vómitos,
- falta de apetito y náuseas,
- manchas en piel, petequias o prueba del torniquete positiva,
- leucopenia,
- plaquetopenia

Puede ser producida por virus transmitidos por artrópodos (ARBOVIRUS), como en el caso del Dengue, y las enfermedades de Zika, Chikungunya, Leptospirosis y Paludismo, y otros virus como el Hanta virus, transmitidos a través de roedores.

Área operativa: La provincia se encuentra dividida en cuatro regiones o zonas sanitarias, las que contienen a las diferentes Áreas Operativas. Las mismas son las unidades técnicas y administrativas para la programación, ejecución y evaluación de las actividades de atención de la salud y enfermedad y el medio ambiente

⁷ Definición de la Ficha de Notificación y pedido de análisis de laboratorio, del área de vigilancia de la salud. Dirección de epidemiología. Ministerio de Salud Pública de la República Argentina.
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-10/0000001526cnt-ficha-sfai_no-endemica.pdf

⁸ <https://msptucuman.gov.ar/vigilancia-de-sindrome-febril-inespecifico-7/>

Son conducidas por el Gerente General acompañado por los Gerentes de Atención a las Personas, Sanitario y Administrativo.

Cada Área Operativa dispone de un servicio de salud cabecera, el de mayor nivel de atención, a los que se suman servicios dependientes del primer nivel: Los Centros de Salud, Puestos Sanitarios y Puestos Fijos

Ejecuta un Programa de Extensión de Cobertura, con Agentes Sanitarios los que mediante visita domiciliaria realizan actividades de promoción y prevención.

Semana epidemiológica (SE): Se refiere al periodo de tiempo estándar para agrupar los padecimientos o eventos epidemiológicos. Este período es generalmente de una semana y se le conoce como semana epidemiológica. Las SE inician en domingo y terminan en sábado.

Vigilancia Epidemiológica: Recopilación sistemática, periódica y oportuna de datos, para convertirlos mediante el análisis, en información útil para incrementar el conocimiento y favorecer la toma de decisiones y acciones de prevención y control.

Vigilancia Sindrómica: Se trata de una estrategia de vigilancia de un grupo de enfermedades que tienen similitud de signos y síntomas y etiología diversa. Se refiere a hechos clínicos, o sea que prioriza la detección de síndromes clínicos fácilmente reconocibles que NO DEPENDE de diagnósticos de laboratorio, permitiendo la detección precoz de un brote y su comunicación (ALERTA), así como la implementación de medidas de prevención y control oportunas (RESPUESTA) para disminuir su impacto en la morbilidad y letalidad.

Vigilancia intensificada: Aquella en la cual existe la necesidad de reforzar los mecanismos de captura de casos, utilizando para ello definiciones de caso muy amplias que permiten detectar los eventos precozmente o descartar aquellos que no son.

Desarrolla actividades como respuesta a programas de control específicos, cuyos objetivos requieren de información de alta calidad, oportunidad, sensibilidad y especificidad.



Se realiza sobre enfermedades o eventos en salud que sean transmisibles y con potencial epidémico. La investigación de cada caso es exhaustiva.

La notificación es obligatoria e inmediata (dentro de las 24 horas de la sospecha) por el medio más rápido posible.

Desde el punto de vista de riesgo epidemiológico, la provincia de Salta se encuentra estratificada en zonas de alto y mediano riesgo.

a.- Áreas Operativas de alto riesgo.

Zona Sanitaria Norte: Colonia Santa Rosa, Pichanal, Morillo, Salvador Mazza, Santa Victoria Este, Embarcación, Orán, Tartagal, Rivadavia Banda Sud, General Mosconi, Aguaray, Hipólito Irigoyen, Urundel y La Unión.

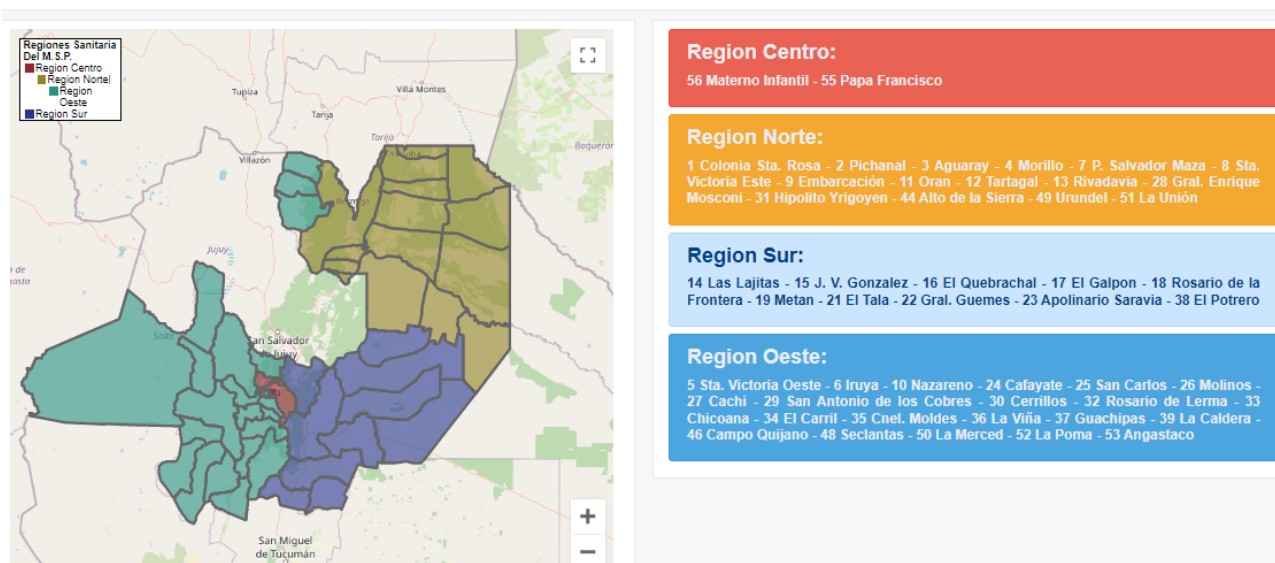
Zona Sanitaria Sur: Gral. Güemes, Metán, El Quebrachal, Joaquín V. González, Apolinario Saravia, R. de la Frontera, El Galpón, El Tala, El Potrero y Las Lajitas.

b.- Áreas Operativas de mediano riesgo.

Zona Centro: Regiones Sureste y Noroeste de Capital.

Zona Oeste: La Caldera, Cerrillos, R. de Lerma, Campo Quijano, El Carril, La Merced, Cnel. Moldes, La Viña, Chicoana y Guachipas.

Figura 1: Organización regional del sistema sanitario de la provincia de Salta.



AGENTES CAUSALES

A continuación, se exponen las principales características de los principales virus incluidos en la vigilancia integrada del Síndrome Febril Inespecífico que afectan a la provincia.

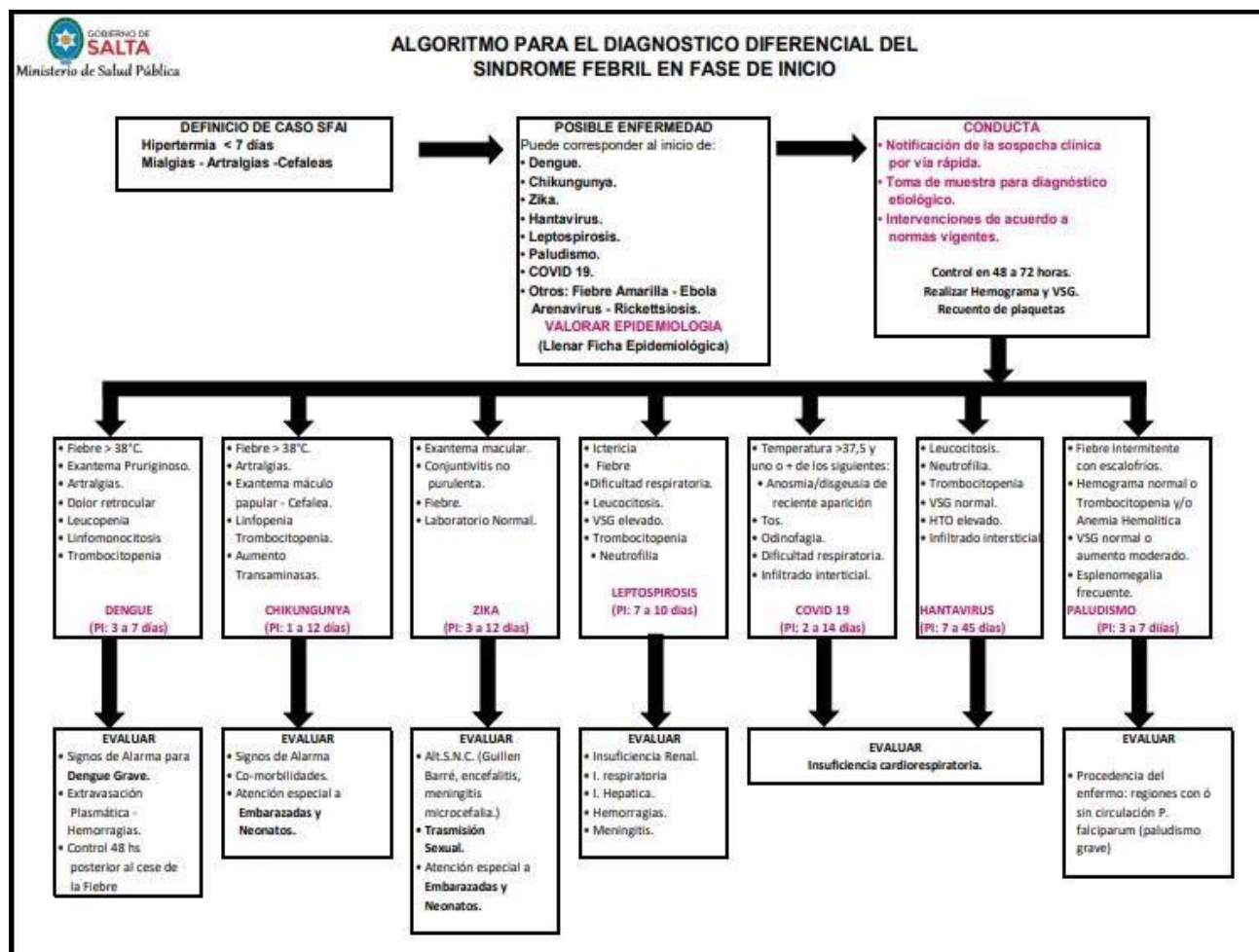
Tabla 1: Características principales de los diferentes virus responsables del SFAI.

	Tipo de virus	Reservorio	Mecanismo de transmisión
DENGUE	Dengue virus (DENV) Virus envuelto, ARN sc + Familia Flaviviridae Género Flavivirus 4 serotipos (DENV-1 a DENV-4) NS1 proteína extracelular	Humano Vector: Aedes aegypti, Aedes albopictus	Vector: mosquito-humano Vertical Trasplante de medula ósea
ZIKA	Zika virus (ZIKV) Virus envuelto, ARN sc + Familia Flaviviridae Género Flavivirus	- Humano Vector: Aedes aegypti, Aedes albopictus	Vector Vertical Sexual
CHIKUNGUNYA	Chikungunya virus (CHICK) Virus envuelto, ARN sc + Familia Togaviridae Género Alphavirus	Humano Vector: Aedes aegypti, Aedes albopictus	Vector Vertical

HANTAVIRUS	género Orthohantavirus, familia Hantaviridae, subfamilia Mammantavirinae	- Roedores: Oligoryzomys chacoensis para Orán, Oligoryzomys occidentalis para Bermejo	Inhalación de vapores de heces, orina de roedores infectados Contacto directo con roedores infectados vivos o muertos Mordedura de roedores infectados Persona a persona (sólo en virus Andes)
------------	---	--	---

Fuente: Elaboración propia Sala de Situación

Figura 2: Principales características para el diagnóstico diferencial del SFAI



Fuente: Dirección General de Coordinación Epidemiológica. MSP Salta

Periodos de incubación de los principales arbovirus incluidos en la vigilancia de SFAI⁹

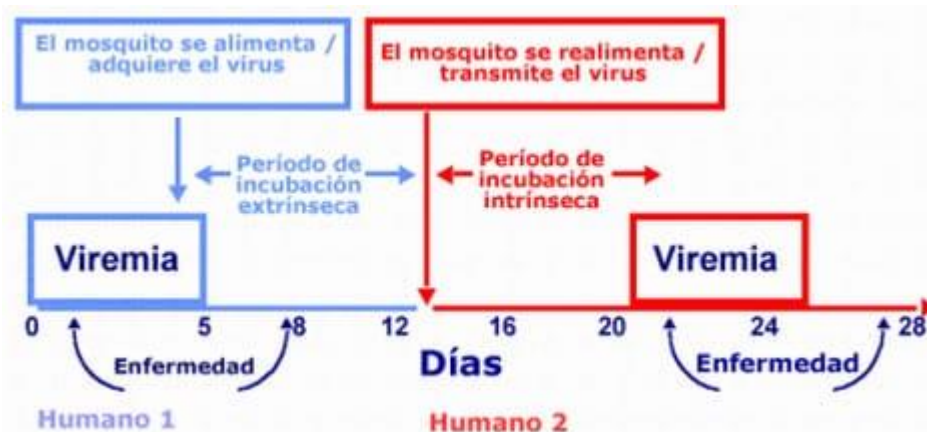
Intrínseco: es el que transcurre en la hembra de *Aedes aegypti*, luego de la alimentación con sangre infectada, y dependiendo del virus o serotipo (Dengue), durante 14 días estarán en condiciones de transmitirlo a un ser humano.

Extrínseco: es el que transcurre en el ser humano, y dependerá del inóculo y/o factores inmunológicos del huésped, este puede variar entre 3 y 14 días.

Viremia Es el tiempo en el cual el ser humano infectado se encuentra con virus circulando en sangre, y puede infectar a hembras de *Aedes aegypti* en el acto de pica (alimentación). Este periodo va a depender del tipo de virus:

- Dengue: hasta 5 días desde el inicio de la fiebre
- Chikungunya: hasta 9 días desde el inicio de la fiebre
- Zika: hasta el 5º o 7º días desde el inicio de la fiebre y/o exantema

Figura 3: Periodos de incubación intrínsecos, extrínsecos y viremia para las arbovirosis (Dengue, Chikungunya y Zika)



RECURSOS DIAGNÓSTICOS VIGILANCIA LABORATORIAL DE ARBOVIRUS

La provincia cuenta con un laboratorio de referencia ubicado en el Hospital Señor del Milagro y cuatro laboratorios de referencia regional con diferentes capacidades diagnósticas (ver tabla 2).

En el contexto epidemiológico actual, en el que aún no se ha decretado formalmente el fin de la pandemia de COVID-19, cabe mencionar la capacidad diagnóstica para el SARS-CoV-2.

- Hospital Señor del Milagro: dispone RT- PCR, y test rápidos para Ag.
- Hospital Papa Francisco: RT- PCR, y test rápidos para Ag.
- Laboratorio de Enfermedades Tropicales: RT- PCR, test rápidos de Ag.
- Hospital Materno Infantil y Hospital San Bernardo: RT-PCR y Test de Ag.
- El resto de hospitales de las Áreas Operativas, disponen de Test rápidos de Ag.

Tabla 2: Capacidades diagnósticas de los laboratorios de referencia provinciales y regionales para las distintas ETM

Establecimiento	HSM (Hospital Señor del Milagro)	L. E. T. Orán (Laboratorio de Enfermedades Tropicales de Orán)	Hospital de Embarcación	Hospital de Tartagal	Hospital de Salvador Mazza
Dengue	PCR-RT NS1 MAC ELISA IGM COMERCIAL	PCR CONVENCIONAL NS1 MAC ELISA IGM COMERCIAL	NS1 IGM COMERCIAL	NS1 IGM COMERCIAL	NS1 IGM COMERCIAL
Chikungunya	PCR MAC ELISA	IGM COMERCIAL	IGM COMERCIAL	IGM COMERCIAL	-
Zika	PCR MAC ELISA	IGM COMERCIAL	-	-	-
Hantavirus	ELISA IGM IGG	ELISA IGM IGG	-	-	-
Leptopirosis	ELISA IGM	ELISA IGM	-	-	-
Paludismo	GOTA GRUESA	GOTA GRUESA	-	GOTA GRUESA	GOTA GRUESA
Chagas	PCR CONVENCIONAL	PCR CONV. HAI- ELISA	HAI ELISA	HAI ELISA	HAI ELISA
Virus respiratorio y COVID	TEST RAPIDO LAM	TEST RAPIDO LAM	TEST RAPIDO	TEST RAPIDO LAM	TEST RAPIDO
	PCR	RT-PCR			
LEISHMANIA	ELISA PCR FROTIS	ELISA PCR	-	FROTIS	FROTIS

Fuente: Elaboración propia Programa Redes de Laboratorio. DGCE. MSP: Salta

RED DE LABORATORIO PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE SFAI EN EL CONTEXTO DE COVID

OBJETIVO GENERAL DE LA RED

Realizar el diagnóstico etiológico de los Flavivirus (Dengue, Fiebre Amarilla y virus de San Luis, Zika y Chikungunya), Hantavirus, Leptospirosis a los fines de lograr una vigilancia activa de estas patologías en la provincia de Salta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Disponer de un conjunto de Laboratorios Regionales en la Zona Norte de la Provincia de Salta, capaces de atender la demanda de las áreas de influencia. Procesar muestras para diagnóstico de patologías encuadradas dentro de los SFAI, conjuntamente con el diagnóstico diferencial con Covid-19. Lograr la equivalencia metodológica entre los distintos laboratorios miembros, generando información oportuna, comparable, reproducible y confiable. Fortalecer la cooperación científico-técnica con el máximo aprovechamiento de los recursos disponibles. Desarrollar y fortalecer los sistemas de gestión de calidad en los laboratorios de la Red Organizar y promover programas de capacitación continua y permanente, fomentando el intercambio de experiencias.

ACTIVIDADES

- Realización de todas las Técnicas disponibles para el Diagnóstico de Dengue, Fiebre Amarilla y Virus San Luis, Hantavirus, Leptospirosis, paludismo, etc. según el Manual de Normas Nacionales.
- Capacitación y transferencia de tecnología para el diagnóstico, a los laboratorios que conforman la red provincial mediante el dictado de cursos y pasantías y talleres provinciales.

- Difusión a la comunidad médica y general de los conocimientos mediante charlas, presentaciones en congresos, jornadas, etc.
- Participación en los Estudios Multicéntricos propuestos por la Red Nacional de Dengue y Arbovirus, Hantavirus, etc.
- Apoyo y asistencia técnica en situaciones de brotes epidémicos.
- Control de calidad interno: procesamiento diario de pool de suero de conocida absorbancia procesado diariamente
- Control externo: prueba de Proficiencia para la determinación de anticuerpos IgM contra virus dengue efectuada por el INEV

DETERMINACIONES QUE REALIZA

Laboratorio de Virología, Hospital Señor Del Milagro

- Determinación de Anticuerpos IgM para Dengue, Zika y Chikungunya, San Luis y Fiebre Amarilla (técnica: Elisa, comerciales e "in house").
- Determinación de Anticuerpos IgM (ELISA comercial) para Dengue y CHIK
- Determinación de Anticuerpos IgG para Dengue (técnica: Elisa) (sólo cuando nación le provee)
- Detección del Genoma viral del virus: Dengue, identificando los 4 serotipos, Técnica: RT- PCR
- Detección de Ag NS1, Técnica: Elisa
- Determinación de Ig M e Ig G para Hantavirus (Elisa in house)
- Detección del Genoma viral del virus de Fiebre Amarilla.
- Detección de Ig M para Leptospirosis, Técnica Elisa

Laboratorio de Enfermedades Tropicales. Orán

- Detección de Ag NS1 (ELISA Comercial)
- Detección de Genoma Viral para Dengue por RT- PCR (diagnostico en proceso a poner a punto)
- Técnica: Elisa Determinación de Anticuerpos IgM para Dengue (técnica: Elisa comercial)
- Detección de Ig M para Dengue, Zika (método in house MAC ELISA)
- Detección de Ig M e Ig G para Hantavirus (Elisa in house)

Laboratorio Hospital Juan D. Perón. Tartagal

- Detección de Ag NS1.
- Determinación de Anticuerpos IgM para Dengue (técnica: Elisa comercial)

Laboratorio Hospital San Roque. Embarcación

- Detección de Ag NS1, Técnica: Elisa
- Técnica: Elisa Determinación de Anticuerpos IgM para Dengue (técnica: Elisa comercial)

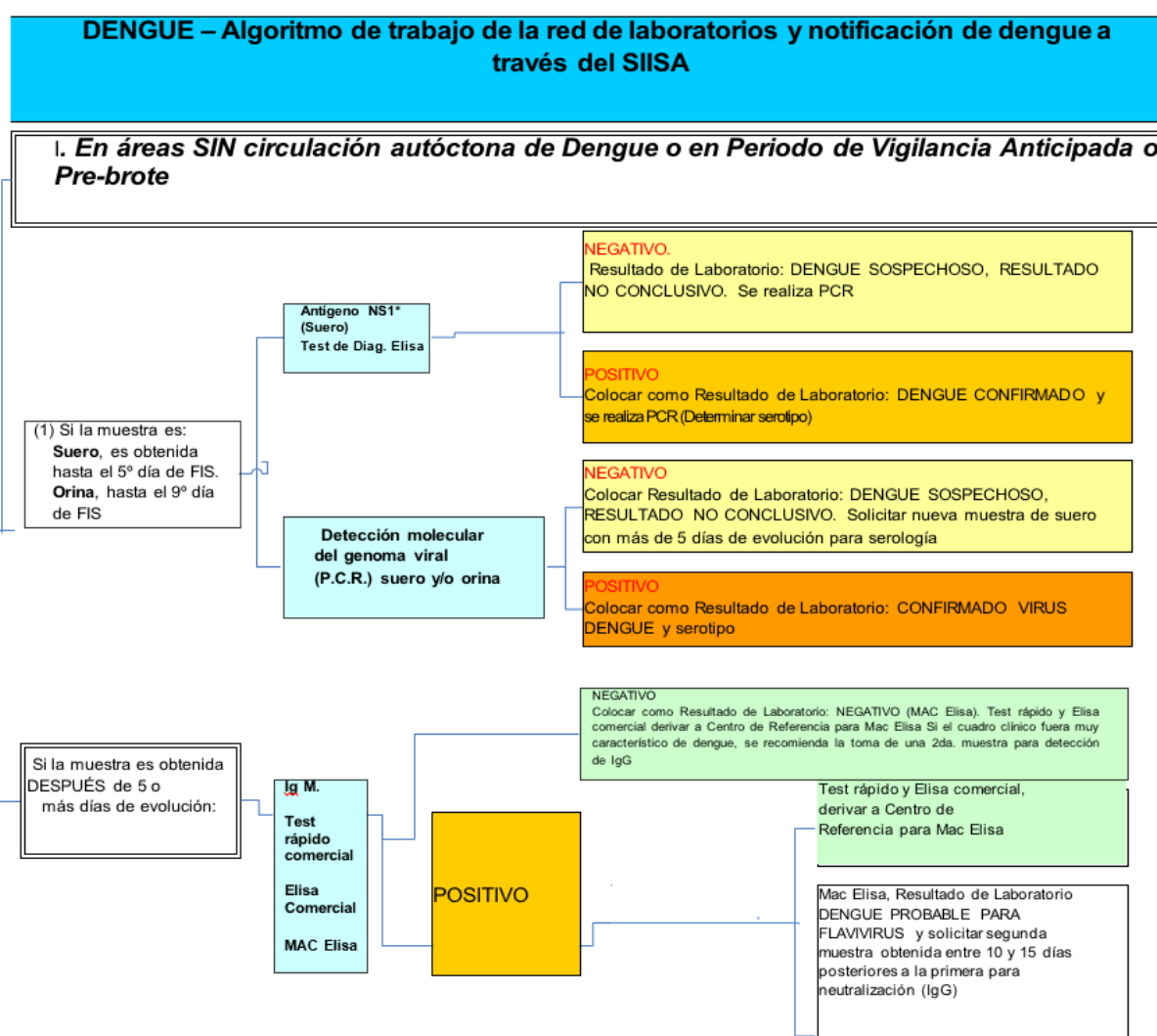
Laboratorio de Salvador Maza

- Detección de Ag NS1
- Técnica: Elisa Determinación de Anticuerpos IgM para Dengue (técnica: Elisa comercial)

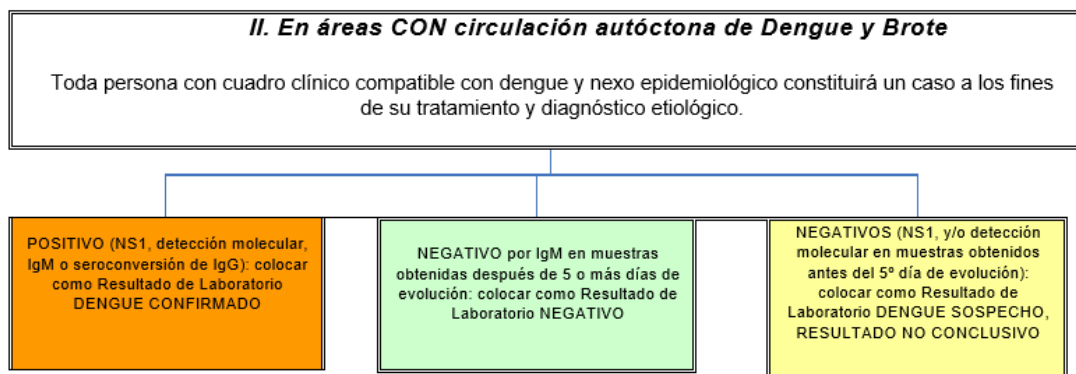
El Hospital Sr del Milagro, es el Centro de Referencia Provincial para todas las patologías encuadradas de SFAI, de Virus Respiratorio y Covid-19 entre otras

enfermedades de notificación obligatoria, que da respuesta a toda la provincia. El objetivo de los laboratorios regionales es dar respuesta a su Área y localidades cercanas para favorecer el diagnóstico y mejorar la calidad de servicio en tiempo y seguimiento del paciente, salvo en situaciones especiales que debidamente tienen la obligación de notificar a cada lugar y en este caso se realiza la derivación correspondiente al Centro de Referencia Provincial. En este contexto, cada laboratorio debe tener una cobertura organizada de manera que las muestras sean recibidas con un amplio margen de horarios, y procesadas en la brevedad.

Figura 4: DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO



*Ag NS1 se realiza hasta el 9º día



Fuente: Elaboración propia. Programa Redes de Laboratorio. DGCE. MSP. Salta

CAPÍTULO 2

VIGILANCIA INTENSIFICADA CLÍNICA Y LABORATORIAL

VIGILANCIA INTENSIFICADA

La vigilancia de las E.T.M (Enfermedades transmitidas por mosquitos) en la provincia se realiza de forma integrada. Desde el año 2015, ante los cambios en el comportamiento epidemiológico de las ETM, el período de vigilancia se extiende desde el 1 de octubre, al 30 de mayo del año siguiente.

Las estrategias utilizadas deben incluir: Vigilancia Clínica, Epidemiológica y por Laboratorio, a través de:

- Notificación negativa diaria.
- Notificación inmediata ANTICIPO del Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI) tanto en el componente clínico como de laboratorio.
- Notificación nominal en el SNVS 2.0 (componentes clínicas, epidemiológico, de laboratorio y anexos de investigación epidemiológica en terreno) diaria de casos de SFAI compatible con la definición de Dengue, Chikungunya, Zika, Fiebre Amarilla, Paludismo y COVID-19.
- Declaración de brote a través del formulario de notificación de brote ¹⁰

En este punto es importante tener presente, que la provincia realiza sistemáticamente, la vigilancia activa de Paludismo y EFE (enfermedades febriles exantemáticas)

¹⁰

https://docs.google.com/forms/d/1vZiYxGT7RruKNp0zif9VDpGUS_B_nUItg5AHfWxOpR8/viewform?edit_requested=true

Para mayor información al respecto, dirigirse a los siguientes enlaces:

- Paludismo

<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/salasituacion/documentos/paludismo/paludismo.rar>

- EFE

http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/vigilancia/documentos/notificacion_eфе_src.pdf

DEFINICIÓN DE CASO¹¹

Caso sospechoso de dengue:

Resida o haya viajado en los últimos 14 días a un área con circulación viral de dengue o presencia del vector y presente fiebre, de menos de siete (7) días de duración, sin síntomas de vías aéreas superiores (síndrome febril agudo inespecífico -SFAI) y presente dos o más de los siguientes signos y síntomas (sin etiología definida):

- Náuseas/vómitos
- exantema (erupciones cutáneas),
- mialgias, artralgias
- cefalea/dolor retro ocular,
- petequias/prueba del torniquete positiva,
- leucopenia,
- anorexia, malestar general, diarrea, plaquetopenia;

¹¹ <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-enfermedades-de-notificacion>

- Cualquier signo de alarma

1. Dolor abdominal intenso o dolor a la palpación del abdomen
2. Vómitos persistentes
3. Acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico)
4. Sangrado de mucosas
5. Letargo / irritabilidad
6. Hipotensión postural (lipotimia)
7. Hepatomegalia >2 cm
8. Aumento progresivo del hematocrito

- Cualquier criterio de gravedad:

1. Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma.
2. Choque evidenciado por: pulso débil o indetectable, taquicardia, extremidades frías y llenado capilar >2 segundos, presión de pulso ≤ 20 mmHg: hipotensión en fase tardía.
3. Sangrado grave: según la evaluación del médico tratante (ejemplo: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del sistema nervioso central [SNC])
4. Compromiso grave de órganos, como daño hepático (AST o ALT ≥ 1000 UI), SNC (alteración de conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos

Periodos de incubación (ver capítulo 1. Características de los agentes)

Caso probable de dengue: Caso sospechoso con resultados positivos para la detección de anticuerpos IgM. *NO SE RECOMIENDA LA APLICACIÓN DE TEST RÁPIDOS EN PERIODO DE INTERBROTE.*

Caso confirmado por laboratorio: Caso sospechoso o probable de dengue con resultados positivos¹²

Caso confirmado por nexa epidemiológico: en una situación de brote o epidemia, luego de la confirmación de la circulación del virus por pruebas de laboratorio, los casos posteriores, se considerarán casos de dengue confirmados por criterios clínico epidemiológicos.

Caso no conclusivo de dengue: Caso sospechoso con resultados negativos para la detección de genoma viral o para la detección de antígeno NS1 o para anticuerpos IgM en una muestra temprana (con menos de 5 días de evolución), los cuales no permiten descartar la infección.

Caso descartado de dengue: todo caso con

- resultados negativos para la detección de anticuerpos IgM en muestras de 6 (seis) o más días de evolución o prueba de neutralización (PRNT) en muestras pareadas negativas o sin seroconversión (tener en cuenta que deben ser considerados los días de evolución y las fechas de toma de muestras en el par serológico)
- resultados de laboratorio específicos para dengue negativos y confirmación para otro agente etiológico que explique el cuadro clínico.
- todo caso sospechoso con resultados de laboratorio No Conclusivos e imposibilidad de obtener nuevas muestras, en ausencia de nexa epidemiológico con casos confirmados en zonas sin circulación viral dentro de los 30 días antes o después del inicio de los síntomas

Clasificaciones de caso según sitio probable de contagio:

- **Caso importado:** se considerará importado cuando el sitio posible de contagio corresponde a áreas de transmisión fuera de su jurisdicción de

¹² Ver CAPÍTULO 2. Diagnóstico de Laboratorio

residencia (en el que haya permanecido dentro de los 15 días previos al inicio de los síntomas).

- **Caso autóctono:** se considerará autóctono cuando el sitio posible de contagio corresponde a la jurisdicción de residencia habitual donde se comprobó circulación viral (sin viaje fuera de la misma).

Definición de brote de dengue: Dos casos relacionados en lugar y tiempo con al menos uno sin antecedentes de viaje y al menos uno confirmado por laboratorio; o un caso confirmado por laboratorio sin antecedentes de viaje en el que la autoridad sanitaria provincial pueda certificar el carácter de autóctono.

Para la definición de casos de las demás arbovirosis, consultar en :
[http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/vigilancia/documentos/manual eno_2022.pdf](http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/vigilancia/documentos/manual_eno_2022.pdf)

VIGILANCIA LABORATORIAL. (Ver CAPÍTULO 1. RECURSOS DIAGNÓSTICOS)

Una vez reconocido oficialmente un brote tras la identificación del o los serotipos del virus circulante y dependiendo de la Fecha de Inicio de Síntomas:

- Las muestras tempranas deben discontinuarse excepto para pacientes sospechosos que ingresan desde otras zonas epidémicas, todos aquellos enfermos internados por sospecha de Dengue Grave y en muestras cadavéricas en caso de fallecimiento.
- Se tomará 1ª muestra serológica para IgM de 1 (uno) de cada 10 (diez) sospechosos clínicos ambulatorios, de la totalidad de los internados por cuadros compatibles con signos de alarma para Dengue Grave y cuando el comportamiento epidemiológico de curva de brote así lo aconseje.

Recomendaciones para el cierre de casos de dengue y rol del laboratorio etiológico según diferentes escenarios epidemiológicos¹³

Las recomendaciones para el estudio por laboratorio en casos con sospecha de dengue en base a los diferentes escenarios epidemiológicos

Zonas sin circulación viral y presencia del vector

- Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje

En este escenario TODO CASO SOSPECHOSO DEBE SER ESTUDIADO POR LABORATORIO y se debe procurar concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar la infección.

- Casos sospechosos CON antecedentes de viaje (a zonas con circulación viral de dengue conocida):

En este escenario TODO CASO SOSPECHOSO DEBE SER ESTUDIADO POR LABORATORIO, pero NO es necesario concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar el caso. Los casos deberán cerrarse teniendo en cuenta el cuadro clínico, el antecedente epidemiológico y los datos de laboratorio. Por ejemplo, un caso con antecedente de viaje en el período de incubación a una zona con circulación viral activa de dengue, con un cuadro clínico sin signos de alarma ni criterios de gravedad y una prueba serológica positiva deberá cerrarse como un caso de Dengue con nexo epidemiológico y laboratorio positivo (no es necesario procurar confirmar la infección por laboratorio con métodos directos como PCR o indirectos como NT).

¹³ Boletín Epidemiológico. Ministerio de salud Pública de la República Argentina. N 617. SE 35. Año 2022

Zonas con circulación viral (contexto de brote)

- Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:

Deberán considerarse “Caso de dengue por nexo epidemiológico” a todos los casos con clínica compatible y relacionada al brote.

NO se recolectarán muestras para el diagnóstico etiológico en todos los casos sino solo en una porción de los mismos y con exclusivos fines de vigilancia. Las áreas de “Atención de pacientes”, “Epidemiología” y “Laboratorio” deben coordinar en base a capacidades y magnitud del brote epidémico el porcentaje de pacientes que estudiarán por laboratorio atendiendo dos situaciones:

-Toma de muestras agudas tempranas (0-3 días de evolución preferentemente) para monitorear el serotipo viral circulante y la posible introducción de nuevos serotipos.

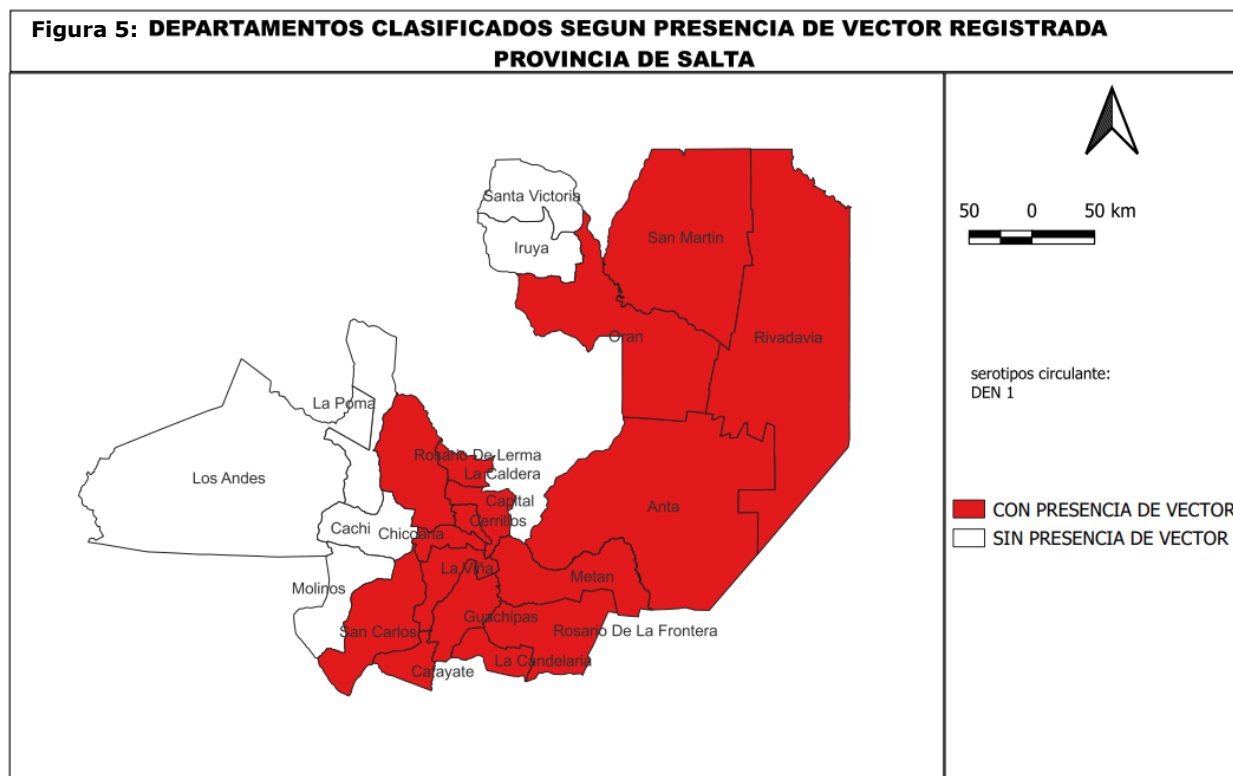
-Toma de muestras agudas tardías (de 6 o más días de evolución) para realización de IgM y seguimiento temporal de la duración del brote.

Zonas SIN presencia del vector

Todo caso sospechoso CON antecedentes de viaje:

En este escenario TODO CASO SOSPECHOSO DEBE SER ESTUDIADO POR LABORATORIO, pero NO es necesario concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar el caso. Los casos deberán cerrarse teniendo en cuenta el cuadro clínico, el antecedente epidemiológico y los datos de laboratorio. Por ejemplo, un caso con antecedente de viaje en el período de incubación a una zona con circulación viral activa de dengue, con un cuadro clínico sin signos de alarma ni criterios de gravedad y una prueba serológica positiva deberá cerrarse como un caso de dengue con nexo epidemiológico y laboratorio positivo (no es necesario procurar confirmar la infección por laboratorio con métodos directos como PCR o indirectos como NT).

En los distintos escenarios todos los casos graves, atípicos o fatales serán estudiados por laboratorio procurando confirmar o descartar el caso.



Fuente: Programa de Vectores (ETVyOR). Noviembre de 2022.

Búsqueda activa de casos

Ante la notificación de un caso sospechoso de Síndrome Febril Agudo, compatible con Dengue, u otros virus transmitidos por mosquitos, se debe realizar:

- Notificación del caso sospechoso en el SNVS2.0 Componente Clínico/Epidemiológico.
- Notificación del caso a A.P.S. para que se realicen las visitas domiciliarias (búsqueda de nuevos febriles/rastrillaje en el barrio y/o zona en donde reside el caso notificado)
- Extracción de muestras de sangre y orina, según corresponda, y notificación en el SNVS2.0 Componente Laboratorio.
- Indicación de repelente al caso y a los convivientes.

- Investigación de campo (Esta actividad estará a cargo del Vigilante Epidemiológico, Agentes Sanitarios, Enfermeros y/o personal del equipo de salud que se haya determinado en el Plan de Contingencia local):
- Visita al domicilio del paciente, a los fines de realizar una entrevista minuciosa al enfermo y/o familiares, para establecer con la mayor precisión posible el o los sitios probables de infección.
- Indagar sobre los lugares frecuentados por el enfermo durante el período de incubación más el periodo de viremia, para determinar otros posibles sitios a bloquear.
- Buscar otras personas con fiebre en el lugar (aún si fueran rumores o comentarios) y tomar nuevas muestras ante sospecha.
- Reportar por escrito el evento al responsable local de Control de Vectores de Nación, indicando los domicilios a intervenir.
- Reiterar el rastillaje entre los 12 y 24 días después de la intervención (búsqueda de febriles e intervenciones de bloqueo). Este cronograma debe quedar registrado en un panel o “bolsillo de revisitas”.

CAPÍTULO 3

MANEJO INTEGRADO ESTACIONAL

Como se dijo antes, desde el punto de vista de riesgo epidemiológico, la provincia de Salta se encuentra estratificada en zonas de alto y mediano riesgo. (Ver Figura 1)

a.- Áreas Operativas de alto riesgo.

Zona Sanitaria Norte: Colonia Santa Rosa, Pichanal, Morillo, Salvador Mazza, Santa Victoria Este, Embarcación, Orán, Tartagal, Rivadavia Banda Sud, General Mosconi, Aguaray, Hipólito Irigoyen, Urundel y La Unión.

Zona Sanitaria Sur: Gral. Güemes, Metán, El Quebrachal, Joaquín V. González y Apolinario Saravia, R. de la Frontera, El Galpón, El Tala, El Potrero y Las Lajitas.

b.- Áreas Operativas de mediano riesgo.

Zona Centro: Regiones Sureste y Noroeste de Capital.

Zona Oeste: La Caldera, Cerrillos, R. de Lerma, Campo Quijano, El Carril, La Merced, Cnel. Moldes, La Viña, Chicoana y Guachipas.

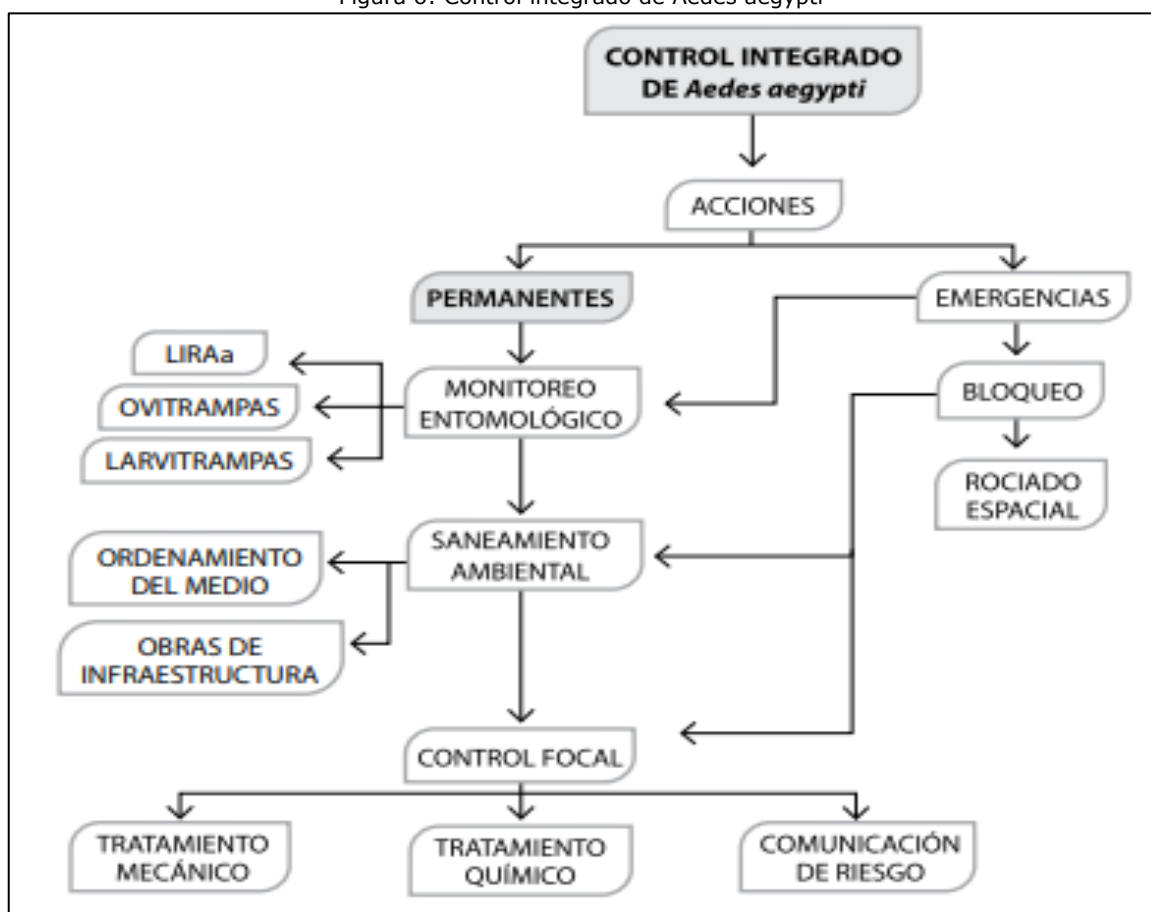
Dengue, Chikungunya y Zika son las principales Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM) notificadas en nuestro medio, y que se encuentran integradas en el marco de la Vigilancia del Síndrome Febril Agudo Inespecífico, con formas clínicas y vías de transmisión características, siendo la vectorial (a través de mosquitos) común a los tres eventos, la que se produce por medio de mosquitos infectados pertenecientes principalmente al género Aedes; en nuestro país, Aedes aegypti es el principal responsable de

la transmisión vectorial, con una distribución geográfica comprendida entre los 35° de latitud norte y 35° de latitud sur, pudiendo extenderse hasta los 45° norte y 40° sur, por debajo de los 1.200 msnm (Nación, Directrices para la prevención y control de *Aedes aegypti*, 2016). En otros países del mundo, principalmente asiáticos, también se identificó como mosquito vector *Aedes albopictus*, cuya presencia se documentó en la provincia de Misiones. Los virus Chikungunya y Zika, fueron aislados de mosquitos de otros géneros (no aédicos), entre los que se incluye *Mansonia*, *Culex* y *Anopheles*, sin que esto signifique que sean especies que se comporten como vectores (Nación, Guía para la vigilancia integrada de infección por Virus Zika y recomendaciones para el equipo de salud, 2016) (OPS-CDC, 2011). Estas ETM deben manejarse en el marco de una Estrategia de Gestión Integrada de Prevención y Control (EGI-ETM), abordando en conjunto todos sus componentes: Comunicación y Movilización Social, Vigilancia Epidemiológica, Vigilancia Entomológica, Medio Ambiente, Atención al paciente, y Laboratorio; ésta estrategia se viene implementando en nuestra provincia desde el año 2007 como EGI-Dengue. La Vigilancia Entomológica, pilar fundamental en la prevención y control de las ETM, está directamente relacionada con el Medio Ambiente, teniendo el municipio un rol primordial para hacer frente a estas situaciones, de manera de disminuir las poblaciones del mosquito vector, manteniendo un medio ambiente ordenado, impactando directamente en los índices aédicos (Índice de Vivienda e Índice de Breteau) y en la aparición de casos relacionados con la transmisión vectorial. El modelo de manejo integrado estacional, puesto en práctica en nuestra provincia desde el año 2007 en los 28 municipios de alto riesgo, logró reducir significativamente los índices aédicos durante las estaciones lluviosas, permitiendo mejorar la efectividad de las intervenciones ante situaciones de brote. La inclusión de la vigilancia de “Pozos Ciegos y Letrinas” como focos potenciales de cría y refugios de mosquitos actuó en forma sinérgica con la disminución de los índices aédicos (Serrat, Cardozo, & Gentile, 2014). La presente Norma Técnica tiene por objeto ordenar el conjunto de procedimientos necesarios para llevar a cabo el manejo integrado estacional en el marco de la EGI-ETM, teniendo que ser adaptada a la situación de cada municipio.

DEFINICIÓN

El manejo integrado estacional para el control del mosquito vector del Dengue, Fiebre Chikungunya, Fiebre Zika y Fiebre Amarilla es un conjunto de acciones que se deben realizar para disminuir las poblaciones de mosquitos y que tienen carácter preventivo, disminuyendo notablemente el riesgo de ocurrencia de brotes epidémicos¹⁴; las que deben ser Permanentes y sostenidas en el tiempo, y las eventuales o ante Emergencias como respuesta ante la aparición de casos sospechosos y/o confirmados de ETM.

Figura 6: Control integrado de *Aedes aegypti*



Fuente: directrices para prevención y control de *Aedes aegypti*. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.

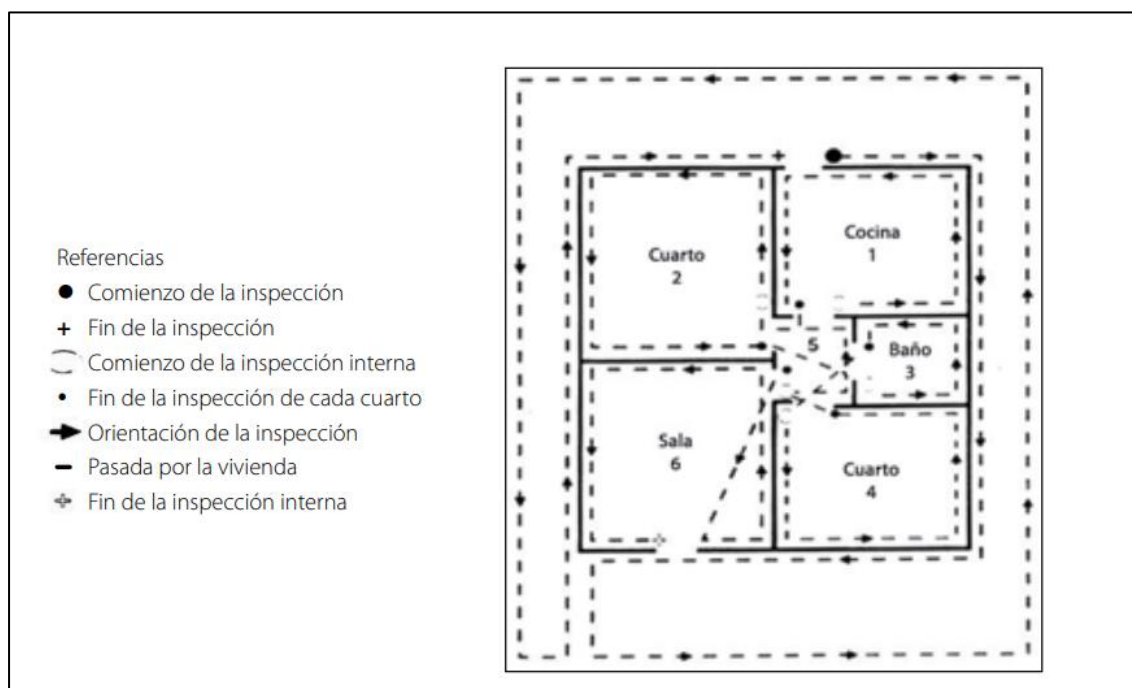
¹⁴ <https://www.paho.org/es/temas/vectores-manejo-integrado-entomologia-salud-publica>

ACCIONES PERMANENTES

Conjunto de actividades que los municipios deben realizar durante todo el año y en las que se deben incluir:

Evaluación de la vivienda: En la vivienda visitada se debe realizar una inspección cuidadosa para localizar criaderos de *Aedes aegypti* reales y potenciales, actividad que tiene que estar acompañada con el morador de la vivienda con el objeto de informarlo e instruirlo sobre la actividad que se está realizando. La inspección se inicia por la parte externa o peri domicilio (jardín y/o patio), comenzando siempre por la mano derecha, finalizada la misma, se procede a visitar el interior de la vivienda iniciando el recorrido desde el cuarto más alejado de la entrada, y en cada uno la inspección se inicia por la derecha, tal como se muestra en la siguiente figura (Nación, Directrices para la prevención y control de *Aedes aegypti*, p.44, 2016).

Figura 7: Inspección de la vivienda.



Monitoreo entomológico

Relevamiento periódico de Índices aédicos (Índice de Vivienda e Índice de Breteau).

La utilización de estos índices proporciona una evaluación satisfactoria de la densidad vectorial, ofreciendo un parámetro de riesgo de transmisión de ETM siempre que los índices sean adecuadamente interpretados (LIRAA, 2013), considerando bajo riesgo de transmisión cuando los índices son menores al 1 %, mediano riesgo si se encuentran entre el 1 y el 5 %, y de alto riesgo, cuando superan el 5 %.

Los índices más utilizados para la evaluación de la situación de riesgo de transmisión del Dengue y las otras ETM son el Índice de Vivienda y el Índice de Breteau, también es útil el Índice por tipo de recipiente.

- Índice de Vivienda: Es la relación en porcentaje entre el número de viviendas y baldíos positivos (con focos aédicos) y el número de viviendas y baldíos revisados o inspeccionados.

-Índice de Vivienda =

$$\frac{\text{Número de Viviendas y Baldíos Positivos}}{\text{Número de Viviendas y Baldíos Inspeccionados}}^{15} \times 100$$

- Índice de Breteau: Es la relación expresada en porcentaje entre el número de recipientes positivos y el número de viviendas visitadas.

¹⁵ Nota: Viviendas y/o Baldíos que tienen pozos ciegos, letrinas o cámaras sépticas en mal estado "Pozos no sellados" se consideran "Positivo", y se debe incluir en el numerador de la fórmula del Índice de Vivienda.

Este índice es utilizado para evaluar la densidad larvaria de *Aedes aegypti*.

-Índice de Breteau =

Número de Recipientes Positivos / Viviendas y Baldíos Inspeccionados x 100

- Número de Índice por tipo de Recipiente: es la relación porcentual entre el número de recipientes positivos sobre el total de recipientes positivos revisados

-Índice por tipo de Recipiente =

Número de Recipientes de un mismo tipo Positivos / Número total de
Recipientes Positivos x 100

Saneamiento y ordenamiento ambiental

Gestión integral del agua, excretas, residuos sólidos urbanos, limpieza de espacios públicos (desmalezado y eliminación de recipientes que pueda ser potenciales criaderos para *Aedes aegypti*), vigilancia permanente de "Puntos críticos" (gomerías, cementerios, chatarrerías, desarmaderos, etc.), eliminación de "inservibles domiciliarios, comúnmente denominado "descacharrado".

Control focal

Dirigido a la fase inmadura acuática del mosquito, considerando como "foco" a todo recipiente con agua que contiene larvas de *Aedes aegypti* y sobre los que se realizará el tratamiento mecánico (eliminación o neutralización) o aplicación de biolarvicidas, o en la Fase Invernal, con la aplicación de Hipoclorito de Sodio en recipientes secos potenciales criaderos de *Aedes aegypti*.

Consiste en la inspección minuciosa del interior de la vivienda, incluyendo patios, jardines y techos, a fin de eliminar aquellos recipientes que el morador

considere inútiles, tales como botellas, tapitas de gaseosas, juguetes, latas, macetas o baldes, por ejemplo. En el caso de recipientes útiles que contienen o pueden contener agua, se debe intentar primero impedir la entrada del mosquito o de agua de lluvia o riego (neutralización), tapándose o colocando la boca de los mismos hacia abajo, reemplazando el agua de los floreros por arena, etc. Cuando no es posible eliminar o neutralizar los recipientes, se los debe tratar con larvicidas registrados para su uso en salud pública. Sólo se pueden usar en agua para consumo humano, aquellos que están expresamente autorizados para tal fin.

Control y sellado de Pozos Ciegos. Ver Anexo.

Educación, Participación Comunitaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que una de las formas para fortalecer el programa de prevención y control de Dengue, debe estar basado en la participación activa de las familias y la comunidad, en la eliminación y control de criaderos de mosquitos.

Se deben realizar campañas de promoción radial, televisiva, en escuelas, en eventos políticos y religiosos, talleres de capacitación a profesionales de la salud y técnicos de campo. Organización y construcción de redes de información para la "acción ", preparación para actuar ante un caso probable.

ACCIONES ANTE EMERGENCIA

Conjunto de actividades que se realizan cuando existe la sospecha clínica o en casos de brotes confirmados de ETM, las que se conocen como "Bloqueo" y en las que se incluyen el Monitoreo entomológico, Saneamiento Ambiental y Control focal. Las acciones de BLOQUEO DE CASO SOSPECHOSO deben iniciarse inmediatamente, dentro de las 48 horas de detectado el caso y consisten en la búsqueda, control y eliminación de los recipientes que resulten criaderos para el vector (eliminar objetos en desuso,

neutralizar aquellos que no puedan ser eliminados y tratar con larvicida los recipientes que no) y aplicación de adulticidas mediante ROCIADO INTRADOMICILIARIO y peri domiciliario.

Todas acciones se realizan en la vivienda del caso sospechoso, como así también de todas las viviendas de la manzana y de las ocho manzanas circundantes.

Tratamiento adulticida (Rociado espacial)

Estará a cargo ÚNICAMENTE por la Coordinación Nacional de Control de Vectores, y solo se aplicará de acuerdo con las Normas Nacionales en las situaciones que así lo requieran y "Tiene como objetivo cortar el ciclo de transmisión de la enfermedad a través de la disminución/eliminación de los mosquitos adultos. NO TIENE PODER RESIDUAL Y DEBE SER ACOMPAÑADO DE ACCIONES DE CONTROL DE FOCO, ELIMINACIÓN DE INSERVIBLES, COMUNICACIÓN SOCIAL Y EDUCACIÓN" (Nación, Directrices para la prevención y control de *Aedes aegypti*, 2016).

No se debe realizar tratamiento espacial desde vehículos aéreos ya que el procedimiento es altamente riesgoso, poco eficaz y sumamente costoso. Por otra parte, se debe considerar el efecto perjudicial sobre el ambiente y los riesgos de intoxicación sobre las personas. (Nación, Directrices para la prevención y control de *Aedes aegypti*, 2016. Anexo VII p.64)

Preparación de los municipios en el marco de la EGI-ETM.

El municipio debe contar con:

- Cartografía actualizada de las zonas urbanas del ejido municipal. La urbanización sobre la que se realizarán periódicamente las actividades de "vigilancia entomológica", debe estar geolocalizada y subdividida en "manzanas técnicas", entendiéndose como tal a la agrupación de 18 a 20 predios (viviendas o baldíos) colindantes, y se tendrá en cuenta:

-Barrios diferenciados con o sin conexión de agua de red, cloacas y recolección de residuos, domicilios con pozos ciegos activos o inactivos, espacios Públicos: Plazas, Plazoletas, Parques, Canales, Fuentes, etc.

-Establecimientos Educativos.

-Terminal de colectivos.

-Cementerio

-Puntos críticos (Gomerías, chatarrerías, desarmaderos, etc.).

- Plan Estratégico-Operacional Anual

Debe estar dirigida a mantener el ordenamiento del medio ambiente, planificando actividades que se realizarán periódicamente, en forma sostenida, y de acuerdo con las actividades propuestas en las “Fases de trabajo”, en las que se deben considerar:

-Descacharrado periódico del ejido municipal, priorizando sectores de alto riesgo.

-Limpieza y desmalezado de espacios verdes.

-Limpieza y desmalezado de cursos y cuerpos de agua (canales, alcantarillas, lagunas, piletas, etc.).

-Erradicación de micro basurales.

-Creación o fortalecimiento de “Mesas de Gestión Integrada” con participación multidisciplinaria e interinstitucional para tratar temas relacionados con las ETM.

-Ordenanzas Municipales que garanticen el ordenamiento del medio ambiente.

FASES DE TRABAJO

Teniendo en cuenta el ciclo biológico estacional del mosquito vector, el año calendario se divide en tres fases importantes: Invernal, Primavera y Estivo-Otoño.

Fase invernal

Comprende la estación seca (julio a septiembre) donde las precipitaciones son esporádicas y de muy baja intensidad, coincide con una etapa de inactividad fisiológica de los mosquitos del género *Aedes* (Diapausa), la cual sobrevive principalmente en forma de huevos, adheridos a los recipientes colonizados durante la estación de lluvias, habiendo un grupo reducido de adultos, denominados población residual, que se adaptan a la estación seca, sobreviviendo en refugios naturales como oquedades de árboles, cuevas, etc. o refugios artificiales como pozos secos de letrinas, pozos ciegos o cámaras sépticas.

-Actividades

Aplicación de Hipoclorito de Sodio (NaClO-Lavandina)

El Hipoclorito de Sodio (NaClO) conocido comúnmente como "Lavandina", tiene acción efectiva sobre los huevos de especies de *Aedes*, que se encuentran depositados sobre las paredes de recipientes que hayan sido potenciales criaderos de mosquitos y que no pudieron ser eliminados de las viviendas (tachos, bebederos, cubiertas, macetas, canaletas, etc.). Se utiliza una solución de 3,5 gramos de Hipoclorito de Sodio por cada 100 ml de agua. La aplicación se realiza sobre todo tipo de recipientes secos mediante rociado con pulverizador manual, si el recipiente a tratar contiene agua y no pueda eliminarse, se procederá a rociar únicamente las paredes por encima del nivel del agua. Esta actividad se realiza durante la estación invernal, POR ÚNICA VEZ, en la totalidad de los recipientes encontrados en los predios (viviendas, sitios baldíos, comercios, etc.) asignados a la vigilancia.

Educación Familiar

Forma parte de los componentes de la EGI-ETM, y debe realizarse en el momento de la visita, con énfasis en las actividades que la familia tiene que conocer para mantener el "Patio Ordenado" sobre el Conocimiento acerca del vector y su relación con estas enfermedades, la Actitud frente a las situaciones planteadas y la Práctica para mantener el ordenamiento del medio.

Descacharrado

Es una actividad sistematizada que el municipio debe propiciar en la comunidad, de manera de crear conciencia sobre la eliminación de elementos en desuso o inservibles, a los fines de evitar su acumulación en los domicilios; es una tarea que se debe realizar en forma ordenada, trabajando hasta su eliminación final, asegurando un tratamiento adecuado (destrucción, perforaciones, aplastamiento, etc.), evitando así, la recirculación de los mismos desde el vertedero municipal hacia los domicilios.

Desmalezado de terrenos baldíos y espacios públicos.

Sellado y control de Pozos Ciegos y Letrinas

Aplicación de biolarvicidas: BTI¹⁶(ANEXO). Sellado y Tratamiento de Pozos ciegos, Cámaras sépticas y Letrinas.

Relevamiento mensual de los índices aélicos

Relevamiento de los Índice de Viviendas e Índice de Breteau por el método LIRAA (Levantamiento de índices rápidos de Aedes aegypti) (LIRAA, 2013) o por conglomerados (Antigua Circular Normativa EPI 7 4º versión: Vigilancia Entomológica de Aedes aegypti), con informe mensual a la Dirección General de Coordinación Epidemiológica

¹⁶ BacillusThuringiensis variedad israelensis serotipo H-14 al 0.6%

Fase primaveral

En esta época del año, la población de mosquitos se incrementa gradualmente a partir de ejemplares adultos que sobrevivieron a la estación seca, tanto en los refugios naturales como artificiales; se observa un incremento en la actividad reproductiva, favorecida por la progresiva elevación de la temperatura y la humedad relativa por lluvias ocasionales.

-Actividades

Aplicación de larvicidas

BTI⁸: Es un biolarvicidas cuyo principio activo es una bacteria entomopatógena, específica para larvas de mosquitos, con muy baja toxicidad para mamíferos, aves, peces e insectos adultos (Nación, Directrices para la prevención y control de *Aedes aegypti*, 2016). Su aplicación debe realizarse en las primeras horas de la mañana, debido a que los rayos solares actúan sobre el producto inactivando el principio activo; si el espejo de agua es muy grande, puede producir su precipitación rápidamente.

- **Producto provisto por Ministerio de Salud de la Nación:**

Presentación: Suspensión acuosa o anillos de liberación constante. La aplicación del BTI se debe realizar de acuerdo con las indicaciones del fabricante; la dosis estándar para soluciones acuosas es de 19 gotas por metro cuadrado de superficie de espejo de agua a tratar, con un poder residual de 7 días; en el caso de utilizar anillos de liberación constante, se debe tener en cuenta el espejo de agua a tratar y considerar que el poder residual (liberación) es hasta 60 días.

- **Producto provisto por Laboratorio LIPBioc-MSP Salta**

Bacillus thuringiensis variedad israelensis (Bti)

El formulado producido por LIPBioc posee 1,5% de ingrediente activo y una potencia de por lo menos 1500 UIT/mg, de acuerdo a los estándares establecidos por la Organización Mundial de Salud.

Presentación

El formulado líquido de Bti se entrega en frascos goteros de 30ml, los mismos deben conservarse a 4°C hasta su uso en terreno.

Aplicación

Al momento de ser transportado para su aplicación, se solicita llevar los frascos provistos, en caja conservadora con gel refrigerante, si esto no fuese posible, los operarios no deben llevar los frascos en los bolsillos del pantalón o camisa para evitar la exposición del bioinsumo a una temperatura como la corporal. Los aplicadores deben planificar las actividades diarias para evitar salir a terreno con frascos excedentes.

Medida de Proporción

Una vez que han seleccionado los recipientes donde se realizarán el control focal, deben aplicar los formulados en las proporciones que se especifican:

- En agua limpia: se aplica 4 a 5 gotas por m²
- En aguas negras de pozo ciego: 30 a 40 gotas por pozo ciego

Todo en acuerdo a la guía y capacitación para aplicar, realizada por LIPBioc.

Provisión

Los Municipios bajo convenio efectúan solicitud de provisión a LIPBioc, de acuerdo a relevamiento de cantidad de pozos ciegos y letrinas existentes, él envío se realiza según existencia y producción.

Durante esta fase también se desarrollarán las actividades propuestas en los puntos 2 a 6 de la Fase Invernal.



Fase estivo-otoñal

Esta fase coincide con el inicio del verano, época en que se incrementa la frecuencia de lluvias, aumentando la oferta de recipientes con agua para el desarrollo del ciclo acuático del vector, con el consiguiente incremento explosivo de la población de Aedes. Históricamente, se ha observado que el pico máximo se produce a mediados de enero, extendiéndose hasta fines de abril.

-Actividades: Son las mismas que se describen en la fase primaveral, con la salvedad que se deben realizar dos ciclos de Descacharrados; uno entre el 1 de diciembre y el 28 de febrero y otro entre el 1 de marzo y 31 de mayo. Puntos 1.1 y 1.2 de la fase primaveral.

VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA DE AEDES AEGYPTI (Antigua EPI N°7)

Fundamentación

La vigilancia entomológica constituye uno de los componentes de la Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y Control del Dengue¹⁷. La sistematización de las mediciones para conocer la distribución espacial, densidad, estacionalidad, etc. de las poblaciones de Aedes aegypti en las áreas operativas de alto y mediano riesgo, permiten monitorear el impacto de las medidas de control implementadas en nuestra provincia y anticipar decisiones e intervenciones.

¹⁷

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34859/OPSCHA17039_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y



Objetivo general

Conocer la evolución de los índices de infestación por *Aedes aegypti*, a fin de monitorear el impacto de las medidas de control.

Objetivos específicos

Conocer el Índice de Infestación de Viviendas y sitios baldíos.

Conocer el Índice de Breteau.

Meta

Mantener el índice de infestación de viviendas por debajo del 5 %.

Metodología

Se seleccionarán puntos (viviendas) de muestreo, donde se efectuará la búsqueda de larvas. La selección debe hacerse por simple azar, para lo cual se deben delimitar 33 conglomerados urbanos (los que se obtienen numerando y sorteando luego las manzanas o barrios, según el tamaño de la urbanización). Una vez obtenidos los conglomerados, se procede del siguiente modo:

- 1.- Manzanas: se recorre la manzana seleccionada a partir de una esquina - en sentido horario - y se incluyen 11 (once) viviendas de la misma, las que se seleccionarán una de por medio.
- 2.- Barrios: se numeran las manzanas de cada conglomerado (barrio) y se extrae una por azar, procediendo luego como en el punto anterior. Quedan así conformados 363 puntos de evaluación de infestación para *Aedes*, puntos que deben ser cambiados a casas inmediatamente vecinas cada cuatro evaluaciones, a fin de asegurar la calidad del dato (para evitar sesgos o distorsiones que pueden ocurrir si siempre se evalúan las mismas viviendas).

3.- Urbanizaciones pequeñas: se deben muestrear por simple azar hasta un 20 % de las viviendas nucleadas.

4.- Sitios baldíos: se relevará la totalidad de los sitios baldíos registrado en la planificación y se tomarán por separado de los índices relevados en las viviendas.

La evaluación debe ser hecha por el personal de APS capacitado en Control Focal, de modo de asegurar la confiabilidad de los índices.

Cuando exista capacitación en Levantamiento de Índices Rápidos (método LIRAa), la vigilancia entomológica debe hacerse utilizando esa herramienta.

Índice de Infestación de Viviendas:
$$\frac{\text{Nº de viviendas evaluadas positivas} \times 100}{\text{Total de viviendas evaluadas}}$$

Índice de Breteau:
$$\frac{\text{Nº de recipientes con larvas} \times 100}{\text{Total de viviendas evaluadas}}$$

Índice de Infestación de Baldíos (IIB):
$$\frac{\text{Nº de sitios baldíos evaluados positivos} \times 100}{\text{Total de sitios baldíos evaluados}}$$

Índice de Bretau de Baldíos (IBB) :
$$\frac{\text{Nº de recipientes con larvas} \times 100}{\text{Total de sitios baldíos evaluados}}$$

Frecuencia mínima: enero, marzo, septiembre y noviembre de cada año.

Comunicación

Los dos índices obtenidos serán remitidos a:

Nivel local: Gerencia General del AO é Intendente Municipal.

Nivel central: Dirección de Coordinación Epidemiológica.

Responsabilidad: El Vigilante Epidemiológico, en coordinación con la Gerencia Sanitaria, instrumentará la Vigilancia Entomológica del AO.

Control de Gestión: Programa de Vigilancia Epidemiológica - Dirección de Coordinación Epidemiológica.

LEVANTAMIENTO RÁPIDO DE ÍNDICES PARA AEDES AEGYPTI – LIRAA – PARA VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA DE AEDES AEGYPTI

Los métodos simplificados de muestreo han sido propuestos con el objetivo de facilitar la obtención, por parte de los servicios de salud, de informaciones que contribuyan a la evaluación de programas a través de investigaciones sistemáticas y periódicas. Se denominan métodos simplificados porque permiten obtener estimaciones asociadas a errores aceptables y vicios despreciables, de forma simple, rápida y económica.

La Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han estimulado la adopción de tales métodos en la realización de levantamientos entomoepidemiológicos.

Para detalles metodológicos ver:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/levantamiento_rapido_indices_aedes_aegypti_liraa.pdf

CAPITULO 4

MANEJO DE PACIENTES

DIAGNÓSTICO

Características clínicas del dengue

El dengue es una enfermedad infecciosa sistémica y dinámica. La infección puede cursar de forma asintomática o manifestarse con un espectro clínico amplio, que incluye manifestaciones graves y no graves¹⁸.

Después del período de incubación (de 4 a 10 días), la enfermedad comienza abruptamente y pasa por tres fases: febril, crítica y de recuperación (Figura 7)¹⁹.

Fase febril

Algunos pacientes pueden presentar odinofagia e hiperemia en faringe y conjuntivas. Los trastornos gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómito y evacuaciones líquidas) son comunes. En la fase febril temprana puede ser difícil distinguir clínicamente el dengue de otras enfermedades febriles agudas. Una prueba de torniquete (PT) positiva en esa fase indica un aumento de la probabilidad de que los pacientes tengan dengue, aun cuando hasta 21% de los casos PT positiva luego no tengan dengue confirmado²⁰.

Además, al comienzo de la etapa febril, esas características clínicas son indistinguibles entre los casos de dengue y los que más tarde evolucionan a

¹⁸ <https://www.paho.org/es/temas/dengue>

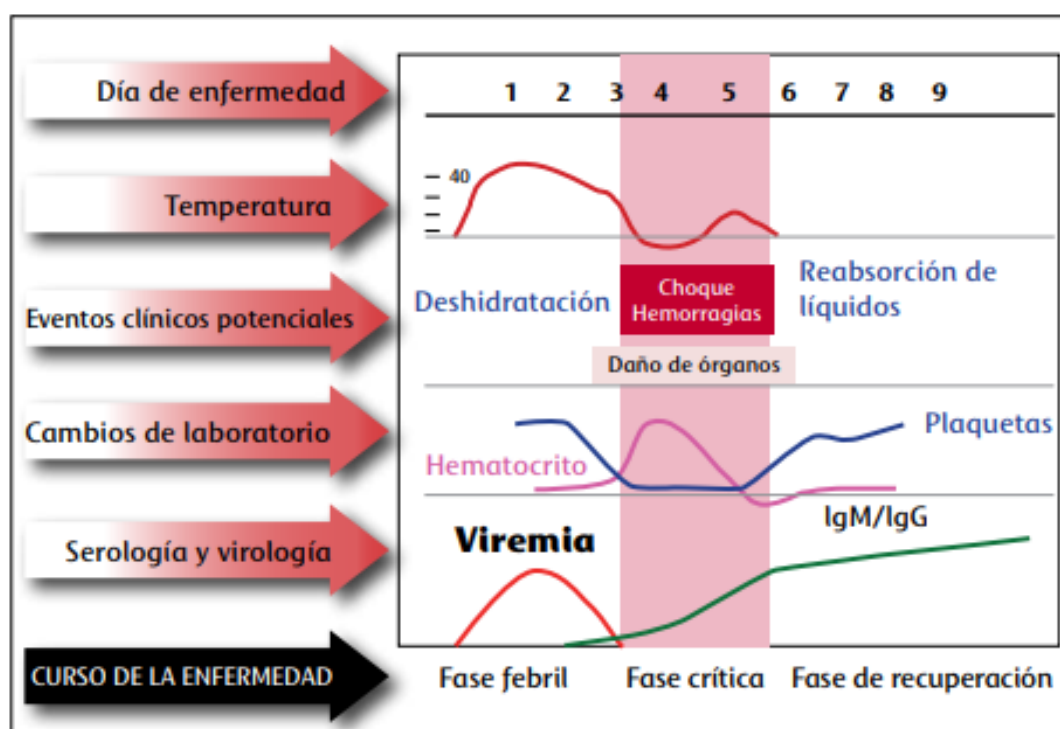
¹⁹ Dengue: guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas. 2.ed. Washington, DC: OPS, 2016.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28232/9789275318904_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

²⁰ <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Guias-atencion-enfermos-Americas-2010-esp.pdf>

dengue grave; la PT por sí misma no es útil para diferenciarlos. Por lo tanto, la vigilancia de los signos de alarma y de otros parámetros clínicos es crucial para el reconocimiento de la progresión a la fase crítica.

A los pocos días del inicio de la enfermedad pueden presentarse manifestaciones hemorrágicas menores, como petequias y equimosis en la piel. Asimismo, puede haber un aumento del tamaño del hígado, que puede ser doloroso a la palpación. La primera anomalía del hemograma es una disminución progresiva del recuento total de glóbulos blancos, que debe poner al médico sobre alerta, dada la alta probabilidad de infección por dengue. La bradicardia relativa es común en esta fase, ya que la fiebre no eleva sustancialmente la frecuencia cardíaca.

Figura 8: Dengue. Curso de la enfermedad



Frase crítica

Cuando en algunos pacientes en los primeros 3 a 7 días de la enfermedad la temperatura desciende y se mantiene a 37,5 °C o menos, por lo general, puede haber un aumento de la permeabilidad capilar; paralelamente, incrementan los niveles de hematocrito.

Esto marca el comienzo de la fase crítica, o sea, el de las manifestaciones clínicas debidas a la extravasación de plasma, que por lo general dura de 24 a 48 horas y puede asociarse con hemorragia de la mucosa nasal (epistaxis) y de las encías (gingivorragia), así como con sangrado transvaginal en mujeres en edad fértil (metrorragia o hipermenorrea). No hay pruebas de que el virus infecte las células endoteliales y solamente se han encontrado cambios inespecíficos en los estudios histopatológicos de carácter microvascular. El fenómeno de la permeabilidad microvascular y los mecanismos tromborregulatorios se deben a causas inmunopatogénicas que no están totalmente explicadas, pero la información de la cual se dispone sugiere una interrupción transitoria de la función de membrana del glucocálix endotelial.

La leucopenia con neutropenia y linfocitosis con 15% a 20% de formas atípicas, seguida de una rápida disminución del recuento de plaquetas, suele preceder la extravasación de plasma. En este punto, los pacientes sin un gran aumento de la permeabilidad capilar mejoran, mientras que aquellos con mayor permeabilidad capilar pueden empeorar como resultado de la pérdida de volumen plasmático y llegar a presentar signos de alarma.

Si no se restaura la volemia de manera oportuna y correcta, “pocas horas después” esos pacientes suelen presentar signos clínicos de hipoperfusión tisular y choque hipovolémico.

El derrame pleural y la ascitis pueden detectarse clínicamente en función del grado de pérdida de plasma y del volumen de los líquidos administrados.

La radiografía de tórax, la ecografía abdominal o ambas son herramientas útiles para el diagnóstico temprano de derrames en las cavidades serosas, así como del engrosamiento de la pared de la vesícula biliar producido por la

misma causa. La progresión de la intensidad de la extravasación de plasma se refleja también en un incremento progresivo de los niveles del hematocrito; esto repercute en la hemodinámica del paciente que, en una primera etapa, puede durar horas y expresarse en alteración de la presión arterial por estrechamiento de la presión arterial diferencial o presión de pulso, acompañada de taquicardia y de otros signos iniciales de choque, sin caída de la tensión arterial.

Entre los niños es más importante determinar alteraciones del estado mental (irritabilidad o letargo) y taquipnea, además de taquicardia.

En una segunda etapa, el paciente puede cursar con franca descompensación hemodinámica, caída de la presión sistólica, de la presión arterial media y choque, que pueden agravarse por la presencia de alteración miocárdica en algunos pacientes.

El choque ocurre cuando se pierde un volumen crítico de plasma por extravasación y, por lo general, es precedido por signos de alarma.

Cuando se produce el choque, la temperatura corporal puede estar por debajo de lo normal. Si el período de choque es prolongado o recurrente, produce hipoperfusión de órganos, con hipoxia y deterioro progresivo del paciente. Puede, entonces, presentarse un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y daño orgánico múltiple, que se acompañan de acidosis metabólica y coagulopatía de consumo.

Los signos y síntomas señalados anteriormente pueden conducir a hemorragia grave que causa disminución del hematocrito, leucocitosis y agravamiento del estado de choque. Las hemorragias en esta fase se presentan principalmente en el aparato digestivo (hematemesis, melena), pero pueden afectar también los pulmones, el sistema nervioso central o cualquier otro órgano.

Cuando la hemorragia es grave, en lugar de leucopenia puede observarse leucocitosis.

Con menor frecuencia, la hemorragia profusa también puede aparecer sin extravasación de plasma evidente o choque.

Algunos pacientes con dengue pueden tener varios órganos afectados desde las fases tempranas de la infección por acción directa del virus, por apoptosis y por otros mecanismos, que pueden causar encefalitis, hepatitis, miocarditis y nefritis; anteriormente esos se describían como casos atípicos; estos casos pueden presentar daño grave de órganos.

El riñón, los pulmones y los intestinos también podrían sufrir daños por la misma causa, así como el páncreas, aunque aún se dispone de poca información sobre la repercusión en ese último órgano. Los pacientes que mejoran después de la caída de la fiebre se consideran casos de dengue sin signos de alarma (DSSA). Al final de la fase febril, algunos pacientes pueden evolucionar a la fase crítica de fuga de plasma sin que se resuelva la fiebre, que desaparecerá algunas horas después. En estos pacientes, deben usarse la presencia de signos de alarma y los cambios en el recuento sanguíneo completo para detectar el inicio de la fase crítica y extravasación del plasma. Los pacientes que empeoran con la caída de la fiebre y presentan signos de alarma son casos de dengue con signos de alarma (DCSA).

Esos pacientes casi siempre se recuperan con la rehidratación intravenosa temprana. No obstante, algunos casos que no reciben tratamiento oportuno y adecuado, ya sea porque consultan tardíamente al centro de tratamiento, porque no son diagnosticados tempranamente, porque se le administran soluciones inadecuadas (en composición, volumen, velocidad) o porque no tienen seguimiento del personal de salud durante las diferentes etapas de la enfermedad, son los que corrientemente evolucionan a las formas graves de la enfermedad.

Fase de recuperación

Cuando el paciente sobrevive la fase crítica, pasa a la fase de recuperación, que es cuando tiene lugar una reabsorción gradual del líquido extravasado, que retorna del compartimiento extravascular al intravascular. Esta etapa de reabsorción de líquidos puede durar de 48 a 72 horas. En estos casos, mejora del estado general, se recupera el apetito, mejoran los síntomas

gastrointestinales, se estabiliza el estado hemodinámico y aumenta la diuresis. Algunas veces puede presentarse una erupción tardía denominada “islas blancas en un mar rojo” acompañada de prurito generalizado.

Durante esa etapa pueden presentarse bradicardia sinusal y alteraciones electrocardiográficas. El hematocrito se estabiliza o puede ser más bajo debido al efecto de dilución causado por el líquido reabsorbido. Normalmente, el número de glóbulos blancos comienza a subir con el aumento de los neutrófilos y la disminución de los linfocitos. La recuperación del número de plaquetas suele ser posterior a la de los glóbulos blancos. El número de plaquetas circulantes incrementa rápidamente en la fase de recuperación y, a diferencia de otras enfermedades, ellas mantienen su actividad funcional eficiente.

La dificultad respiratoria, el derrame pleural y la ascitis masiva se pueden producir en cualquier momento de la fase crítica o de recuperación, generalmente asociados a la administración de líquidos intravenosos excesiva, muy rápida o cuando la misma se ha prolongado más allá del fin de la etapa de extravasación de plasma o fase crítica. Ese fenómeno también se puede presentar en pacientes con alteración renal, miocárdica o pulmonar por dengue o en aquellos con nefropatía o miocardiopatía anteriores y representa la causa principal de insuficiencia cardíaca congestiva o edema pulmonar o ambas.

En pacientes con choque hipovolémico de otro origen esos efectos indeseables en el pulmón se han asociado a la utilización de solución salina y no se ha observado cuando se administra lactato de Ringer.

Para más información referida al diagnóstico etiológico, laboratorio y clínico, ver **características de los principales virus y diagnósticos diferenciales de SFAI** del Capítulo 1; y **definiciones de caso** del Capítulo 2.

TRATAMIENTO²¹

Dengue: clasificación de gravedad, categorías de intervención y atención de casos.

Taba 3: Clasificación modificada de la gravedad del dengue, OPS/OMS

Dengue sin signos de alarma - DSSA	Dengue con signos de alarma - DCSA	Dengue grave - DG
Persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de dengue y presenta fiebre habitualmente de 2 a 7 días de evolución y 2 o más de las siguientes manifestaciones: 1. Náuseas / vómitos 2. Exantema 3. Cefalea / dolor retroorbitario 4. Mialgia / artralgia 5. Petequias o prueba del torniquete (+) 6. Leucopenia También puede considerarse caso	Todo caso de dengue que cerca de y preferentemente a la caída de la fiebre presenta uno o más de los siguientes signos: 1. Dolor abdominal intenso o dolor a la palpación del abdomen 2. Vómitos persistentes 3. Acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico)	Todo caso de dengue que tiene una o más de las siguientes manifestaciones: 1. Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma. Choque evidenciado por: pulso débil o indetectable, taquicardia, extremidades frías y llenado capilar >2 segundos, presión de pulso ≤ 20 mmHg: hipotensión en fase tardía. 2. Sangrado grave: según la evaluación del médico

²¹ Algoritmo de clasificación de casos extraído de la Guías de la organización Panamericana de la Salud "DENGUE: GUÍAS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS". Segunda edición.

todo niño proveniente o residente en zona con transmisión de dengue, con cuadro febril agudo, usualmente entre 2 a 7 días y sin foco aparente.	4. Sangrado de mucosas 5. Letargo / irritabilidad 6. Hipotensión postural (lipotimia) 7. Hepatomegalia >2 cm 8. Aumento progresivo del hematocrito	tratante (ejemplo: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del sistema nervioso central (SNC) 3. Compromiso grave de órganos, como daño hepático (AST o ALT ≥ 1000 UI), SNC (alteración de conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos
---	--	---

Dengue: definiciones clínicas, categorías de intervención y atención de casos

Definiciones clínicas

Caso sospechoso de dengue: es la persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de dengue y presenta fiebre aguda, habitualmente de 2 a 7 días de evolución, y dos o más de las siguientes manifestaciones: náusea/vómitos, exantema, cefalea/dolor retroorbitario, mialgia/artralgia, petequias o prueba de torniquete positiva (+), leucopenia, con cualquier signo de alarma o de gravedad o sin ellos.

También se considera caso sospechoso a todo niño que reside o haya viajado en los últimos 14 días a una zona con transmisión de dengue que presenta cuadro febril agudo, por lo general, de 2 a 7 días de evolución, sin signos de focalización neurológica.

Pregunte: ¿Tiene el paciente algún signo de alarma o de gravedad?

No

Dengue sin signos de alarma (DSSA)

Si

Dengue con signos de alarma (DCSA)

Dengue grave (DG)

Pregunte:
¿Hay condiciones asociadas o riesgo social?

No

Categoría de intervención A

Cuidados mínimos en el hogar por la familia, evaluación cada 24-48 horas por el personal de salud de las unidades de dengue ubicadas en el primer nivel de atención.

Si

Categoría de intervención B1

Cuidados mínimos supervisados por personal de salud. Internar en las unidades de dengue del primer y segundo nivel de atención durante la jornada matutina, mientras dure la fiebre y hasta 48 horas después de ella se acabe.

Categoría de intervención B2

Cuidados intermedios y evaluación horaria por personal de salud calificado en unidades de dengue ubicadas en los tres niveles de atención, preferiblemente en hospitales básicos y de segundo nivel de atención.

Categoría de intervención C

Evaluación minuto a minuto por personal altamente calificado. Estabilizar en el lugar donde se hace el diagnóstico y continuar el tratamiento durante el traslado a un hospital de mayor complejidad.

Todo paciente clasificado como DCSA o DG requiere observación estricta e intervención médica inmediata.

Categorías de intervención



Categoría de intervención A - DSSA

Manejo de casos

Criterios de grupo

- paciente sin signos de alarma
- sin condiciones asociadas
- sin riesgo social
- tolera plenamente administración por la vía oral y
- micción normal en las últimas 6 horas

Pruebas de laboratorio

- hemograma completo al menos cada 48 horas (hematocrito, plaquetas y leucocitos)
- IgM a partir del quinto día de inicio de la enfermedad

Tratamiento

- reposo en cama
- uso estricto de mosquitero durante la fase febril
- ingesta de líquidos adecuada

adultos: cinco vasos de 250 ml o más por día

niños: líquidos abundantes por vía oral

- paracetamol

adultos: 500 mg/dosis cada 6 horas; dosis máxima diaria: 4 g

niños: 10mg/kg/dosis c/6 horas

- no administrar aspirina ni antiinflamatorios no esteroideos
- no administrar corticoides
- no administrar antibióticos
- contraindicada la vía intramuscular o rectal
- siempre se acompañará de un adulto entrenado en el manejo de dengue
- pacientes con hematocrito estable pueden continuar su atención en el hogar

Citas de control

Evaluar inmediatamente si:

- presenta un signo de alarma o choque
- presenta criterios de hospitalización (véase el Anexo F)
- no orina en 6 horas o más
- el paciente se siente peor o así lo indica quien lo atiende

Evaluar cada 48 horas en ausencia de los puntos anteriores

Qué habrá que evaluar en cada una de las citas de control

- la evolución de la enfermedad
- el hematocrito en cuanto se disponga del informe (observar si aumenta progresivamente)
- si la enfermedad continua activa (las plaquetas siguen disminuyendo)
- la leucopenia
- detectar signos de alarma, si los hay

En estas citas de control también habrá que

- recalcar al paciente o a quienes tienen a cargo su cuidado que regresen urgentemente a las unidades de dengue u hospital si se presenta uno o más de los signos de alarma y
- proporcionar por escrito una lista de los cuidados que el paciente requiere en el hogar.

Notificación a epidemiología en un plazo de 24 horas.



Categoría de intervención B1 - DSSA y condiciones asociadas

Manejo de casos

Condiciones asociadas: embarazo, niño menor de 1 año de edad, adulto mayor de 65 años de edad, obesidad mórbida, hipertensión arterial, diabetes mellitus, daño renal, enfermedades hemolíticas, hepatopatía crónica, paciente que recibe tratamiento anticoagulante, otras.

Riesgo social: vive solo o lejos de donde puede recibir atención médica, falta de transporte, pobreza extrema.

Pruebas de laboratorio

- hemograma completo en los primeros tres días de iniciada la enfermedad
- IgM a partir del quinto día de inicio de la enfermedad

Tratamiento

- Mantener hidratado al enfermo por vía oral. En caso de intolerancia a la vía oral, iniciar tratamiento intravenoso con cristaloides (lactato de Ringer o solución salina (0,9%) a dosis de mantenimiento: (2 a 4 ml/ kg/hora) y reiniciar la vía oral lo más pronto posible.
- Dar tratamiento sintomático igual al Grupo A.

Además, el paciente

- hará uso estricto de mosquitero en la fase febril
- recibirá información como en el Grupo A.

Para la condición asociada dar atención específica supervisada Vigilar/evaluar

- signos vitales: pulso, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial
- curva de temperatura
- equilibrio hídrico: ingresos y egresos (informar las veces que orina)
- signos de alarma (principalmente el día que cae la fiebre)
- laboratorio: según el tipo de condición asociada (hematocrito, leucocitos, glucosa, electrolitos, entre otros).
- hematocrito, plaquetas y leucocitos cada 24 a 48 horas
- educación sobre los signos de alarma

Citas de control

- Ver Grupo A.

Criterios de referencia al hospital (véanse más detalles en el anexo F)

- presencia de cualquier signo de alarma
- presencia de cualquier signo o síntoma relacionado con la extravasación de plasma (posible hipotensión)
- sangrado espontáneo
- cualquier dato de disfunción orgánica
- presencia de enfermedad concomitante (embarazo complicado, infección asociada)

Notificación a epidemiología en un plazo de 24 horas.

Categoría de intervención B2 - DCSA

Manejo de casos

Criterios de grupo

Es todo caso de dengue que presente uno o más de los siguientes signos o síntomas cerca de la caída de la fiebre y preferentemente a la caída de la fiebre:

- dolor abdominal intenso o a la palpación del abdomen
- vómitos persistentes
- acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural o pericárdico)
- sangrado de mucosas
- letargo/irritabilidad
- hipotensión postural (lipotimia)
- hepatomegalia > 2 cm
- aumento progresivo del hematocrito

Pruebas de laboratorio

- hemograma completo antes de hidratar al paciente
- muestra para RT-PCR, NS1, IgM, e IgG al primer contacto. Repetir IgM, IgG de 10 a 14 días después de la primera muestra, si ninguna de las pruebas virales fue positiva

Tratamiento

El no disponer de un hematocrito no debe retrasar el inicio de la hidratación.

- Administrar lactato de Ringer o Hartmann o solución salina 0,9%: 10 ml/kg en 1 h.
- Reevaluar: si persisten los signos de alarma y la diuresis es de menos de 1 ml/kg/h, repetir la carga con cristaloides isotónico 1 o 2 veces más.
- Reevaluar: si se observa mejoría clínica y la diuresis es $\geq$ de 1 ml/kg/h, reducir el goteo a 5-7 ml/kg/h y continuar por 2 a 4 h. Si continúa la mejoría clínica, reducir a 3-5 ml/kg/h por 2 a 4 h. Luego continuar el goteo a razón de 2-4 ml/kg/h por 2 a 4 horas según las necesidades del paciente.
- Reevaluar el estado clínico del paciente. Repetir el hematocrito y, si continúa igual o tiene un aumento mínimo, continuar el goteo a razón de 2-4 ml/kg/h por 2 a 4 h más.
- Si hay deterioro de signos vitales o incremento rápido del hematocrito: tratar como Grupo C y referir al siguiente nivel de atención.
- Reevaluar el estado clínico del paciente, repetir el hematocrito y modificar la velocidad de infusión de líquidos.
- Reducir gradualmente la velocidad de los líquidos cuando el volumen de fuga de plasma disminuya o haya finalizado la fase crítica.

Criterios de mejoría clínica

- desaparición progresiva de los signos de alarma
- remisión progresiva de la sintomatología general
- signos vitales estables
- diuresis normal o aumentada
- disminución del hematocrito a menos del valor base en un paciente estable
- buena tolerancia a la vía oral
- recuperación del apetito

Evaluación horaria de

- signos vitales y perfusión periférica hasta 4 h después de finalizada la fase crítica
- diuresis hasta 4 a 6 h después de finalizada la fase crítica
- hematocrito antes y después de la reanimación con líquidos, luego cada 12 a 24 h
- glicemia cada 12 o 24 h
- otros estudios (según órgano afectado y enfermedad asociada)

Notificación a epidemiología en un plazo de 24 horas.



Categoría de intervención C - DG

Criterios de grupo

Todo caso de dengue que tenga una o más de las siguientes manifestaciones:

1. Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma. Choque evidente por: pulso débil o indetectable, taquicardia, extremidades frías y llenado capilar >2 segundos, presión de pulso ≤ 20 mmHg: hipotensión en fase tardía.
2. Sangrado grave: según la evaluación del médico tratante (ejemplo: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del sistema nervioso central).
3. Compromiso grave de órganos: tales como daño hepático (AST o ALT ≥ 1000 UI), sistema nervioso central (alteración de conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos.

Pruebas de laboratorio

Hemograma completo, RT-PCR o NS1 (primeros cuatro días de la enfermedad) e IgM/IgG (a partir del quinto día del inicio de la enfermedad). Si los resultados de las pruebas RT-PCR o NS1 son negativos, repetir IgM e IgG 14 a 21 días después de haber tomado la primera muestra. Otras pruebas según el órgano afectado, por ejemplo, transaminasas, gases arteriales, electrolitos, glicemia, nitrógeno ureico y creatinina, enzimas cardíacas, cultivos, radiografía de tórax, ultrasonografía torácica o abdominal o ambas, ecocardiograma, electrocardiograma.

Tratamiento del choque

Obtener un hematocrito antes de hidratar al paciente; el no disponer de hematocrito no debe retrasar el inicio de la hidratación.

- ABC y monitoreo de signos vitales cada 5 a 30 minutos
- Oxigenoterapia
- Iniciar hidratación intravenosa con cristaloides (lactato de Ringer o solución salina 0,9%) a 20 ml/kg en 15 a 30 min. (a la embarazada y a los adultos mayores de 65 años los bolos se administran a 10 ml/kg en 15 a 30 minutos).
- Si desaparecen los signos de choque, disminuir el volumen de líquido a 10 ml/kg/h; continuar por 1 a 2 h. Repetir el hematocrito.
- Si la evolución es satisfactoria, disminuir el goteo a razón de 5-7 ml/kg/h, por 4 a 6 h; continuar a razón de 3-5 ml/kg/h por 2 a 4 h, luego mantener a 2-4 ml/kg/h, por 24 a 48 h.
- Si no hay mejoría, administrar un segundo bolo con lactato de Ringer o solución salina 0,9% a 20 ml/kg en 15 a 30 min. (a la embarazada y los adultos mayores de 65 años, 10 ml/kg). Si hay mejoría, disminuir el goteo a 10 ml/kg/h y continuar por 1 a 2 horas. Si continúa la mejoría, disminuir el goteo a 5-7 ml/kg/h, por 4 a 6 h y continuar la hidratación como se señaló anteriormente.
- Si no hay mejoría repetir un tercer bolo con lactato de Ringer o solución salina 0,9% a 20 ml/kg en 15 a 30 minutos
- Si hay mejoría, disminuir el goteo a 10 ml/kg/h y continuar el goteo por 1 a 2 horas. Si continúa la mejoría, disminuir el goteo a 5-7 ml/kg/h, por 4 a 6 h y continuar la hidratación como se señaló anteriormente.
- Repita el hematocrito. Si continúa alto en comparación con el de base, se puede continuar con cristaloides o cambiar la solución IV a coloide. Reevaluar después de la reanimación. Si se observa mejoría, cambiar a solución cristaloides 10 ml/kg/h, por 1 a 2 h y continuar la reducción del goteo como se mencionó antes.
- Si el paciente continúa en choque, administrar coloide por segunda vez en la misma dosis y tiempo ya señalados. Continuar con cristaloides, según se indicó anteriormente.

Manejo de casos



Categoría de intervención C - DG

(Continuación)

Manejo de casos

- Si el paciente sigue inestable, revisar al hematocrito tomado después de cualquier bolo anterior. El hematocrito que ha disminuido bruscamente y la inestabilidad hemodinámica sugieren sangrado y la necesidad urgente de tomar una prueba cruzada y transfundir sangre o derivados inmediatamente.

Tratamiento de la hemorragia: glóbulos rojos 5-10 ml/kg o sangre fresca a 10-20 ml/kg

- Si el paciente no mejora, evaluar nuevamente la situación hemodinámica.
- Evaluar la función de bomba (miocardiopatía, miocarditis) defina el uso de aminos.
- Evaluar las condiciones médicas concomitantes (cardiopatía, neumopatía, vasculopatía, nefropatía, diabetes, obesidad, embarazo). Estabilizar la afección de base.
- Valorar la acidosis persistente y el riesgo de hemorragia oculta y tratarlas.

Notificar a epidemiología en un plazo de 24 horas.

Criterios de alta para las categorías B1, B2 y C (Anexo G)

Todos estos criterios deben cumplirse a la vez:

- ausencia de fiebre por 48 horas, sin haberse administrado antipiréticos
- mejoría del estado clínico
 - bienestar general
 - buen apetito
 - estado hemodinámico normal
 - diuresis normal o aumentada
 - sin dificultad respiratoria
 - sin evidencia de sangrado
- recuento de plaquetas con tendencia ascendente
- hematocrito estable sin administración de líquidos intravenosos

USO DE REPELENTES EN PACIENTES SOSPECHOSOS DE DENGUE, FIEBRE CHIKUNGUNYA y FIEBRE ZIKA²²

Fundamentación

De la experiencia adquirida en terreno en bloqueos contra la transmisión de Virus Dengue, es frecuente constatar la asociación intrafamiliar de casos, previo a la extensión del brote al vecindario colindante. En este sentido, es necesario considerar los riesgos sanitarios adicionales relacionados a la alta tasa de transmisión vertical de Virus Chikungunya, más la repercusión sobre la salud fetal recientemente comunicada por autoridades sanitarias brasileñas, por presunta infección de embarazadas por Virus Zika durante las primeras semanas de gestación, expresada en un inusitado número de recién nacidos con microcefalia

El uso normatizado de repelentes puede contribuir a disminuir significativamente la velocidad de propagación de estas enfermedades, como medida complementaria a las acciones de bloqueo concomitantes y obligatorias de control del vector. En pacientes infectados, su efecto protector tiene relación directa con la extensión del período de viremia durante el cual fue utilizado.

Objetivo general

Mitigar la propagación de brotes de enfermedades transmitidas por mosquitos mediante el uso racional de repelentes.

²² EPI 8. DGCE. MSP. Salta

Objetivo específico

Contribuir a evitar la transmisión vertical de la infección por CHIKV y ZIKAV.

Indicación prioritaria

Para las urbanizaciones de Alto Riesgo ubicadas en zonas sanitarias Norte y Sur, únicamente, *a partir de la declaración oficial de brote de cualquiera de estas tres enfermedades*

- a. Mujeres embarazadas. Aquellas que se detecten durante la búsqueda activa de pacientes febriles, serán provistas de un envase del producto distribuido por el MSP é instruidas en el modo de uso. La entrega debe hacerse en planilla especial, donde quedarán registrados, fecha de entrega, datos completos de filiación, mes de gestación, condición de febril o no y firma de la embarazada, sin excepción.
- b. Pacientes febriles. A todo paciente ambulatorio o internado que concuerde que la definición de caso sospechoso, se deberá prescribir bajo receta, alguno de los productos distribuidos por el MSP é instruido en el modo de uso.

Administración

a) Embarazadas. Mientras se mantenga el riesgo de transmisión local o cuando la embarazada deba desplazarse a otros sitios de alto riesgo.

b) Pacientes febriles. La indicación más racional es tratar a quienes estén cursando el cuadro febril y a sus contactos directos.

Síndrome febril agudo ambulatorio: la aplicación del producto debe prolongarse por 8 días a partir de la fecha de inicio de los síntomas.

Convivientes: durante 12 días después del inicio del cuadro febril del primer caso sospechoso en la familia.

Internados por cuadro compatible con Dengue, CHIK o Zika: por 8 días a partir de la fecha de inicio de los síntomas (no excluye el uso obligatorio de tul).

Productos a proveer

Esencia de citronella (*Cymbopogon nardus*), formulada en loción libre de alcohol, agua desmineralizada 92%, metilparabeno sódico 0,2%, silicona 4%, Muristato de isopropilo 0,8 %, Pemulen TR2 0,15 %, trietanolamina 0,1%, EDTA disódico 0,1 % y esencia de Citronella 5 %. Está recomendado en menores de 2 años o en personas alérgicas a DEET. Leer cuidadosamente las indicaciones en el envase y verificar la fecha de vencimiento.

DEET (N,N – Diethyl-m- toluamida) al 23,8%; no está recomendado su uso en niños < de 2 años. No debe ser aspirado. Es más seguro si el aerosol se aplica sobre la palma de la mano y luego se pasa por las partes del cuerpo a proteger. Leer cuidadosamente las indicaciones en el envase y verificar la fecha de vencimiento.

Dosificación. Basados en la actividad hematofágica del *Aedes aegypti*, la loción en base a esencia de citronella, debe contemplar tres aplicaciones matutinas y tres vespertinas, separadas de 1 hora cada una. En el caso de la Dietiltoluamida (DEET), una aplicación matutina y otra vespertina, cubren aceptablemente los horarios de mayor actividad del mosquito.

Modalidad de prescripción.

Debe seguirse el procedimiento de rutina que se utiliza en el servicio de salud para todo medicamento. (En el caso de los envases destinados a pacientes en espera, la Gerencia Gral. debe establecer el procedimiento de entrega). El Farmacéutico (o Responsable de Farmacia del Área Operativa), es el responsable de la disponibilidad de stock permanente y debe coordinar con el Vigilante Epidemiológico para estimar el Punto de Pedido, el que deberá estar acorde al Reporte Diario y Semanal de Sospechosos. El pedido de

reposición debe enviarse a la Dirección de Coordinación Epidemiológica, TEL. 0387- 4324522 o al programa Vectores TEL. 0387-4360996.

Responsabilidades

Las devengadas de las normas legales vigentes en la Provincia de Salta.

Control de Gestión

Dirección General de Coordinación Epidemiológica. Programa de Enfermedades por Vectores y Otros Reservorios.

ANEXOS

ANEXO 1

RED DE LABORATORIO

Laboratorio de Referencia provincial:

Laboratorio de Virología, Hospital Sr. Del Milagro, Sarmiento 557 Salta CP
4.400

TE: 0387-4317400/20 y 4213148 Interno 283

MAIL: labvirusdm@gmail.com ; arbovirus.hantasalta@gmail.com.

Laboratorio de Leptospirosis

Laboratorio De Bacteriología

Mail: hsmbacterio@gmail.com

Horario de atención:

Lunes a viernes de 7 a 17 hs

Fuera de ese horario, sábados, domingos y feriados: Laboratorio de Guardia
que funciona en el Laboratorio Central

Laboratorios de Referencia Regional:

Laboratorio de Enfermedades Tropicales. Orán

Pueyrredón 701. San Ramón de la Nueva Orán

Tel. 03878-427790

Correo electrónico: labtrop.oran@yahoo.com.ar

Laboratorio Hospital Juan D. Perón. Tartagal

Avda. Alberdi 855. Tartagal.

Tel. 03873-421648

Laboratorio Hospital San Roque. Embarcación

Entre Ríos S/N. Embarcación

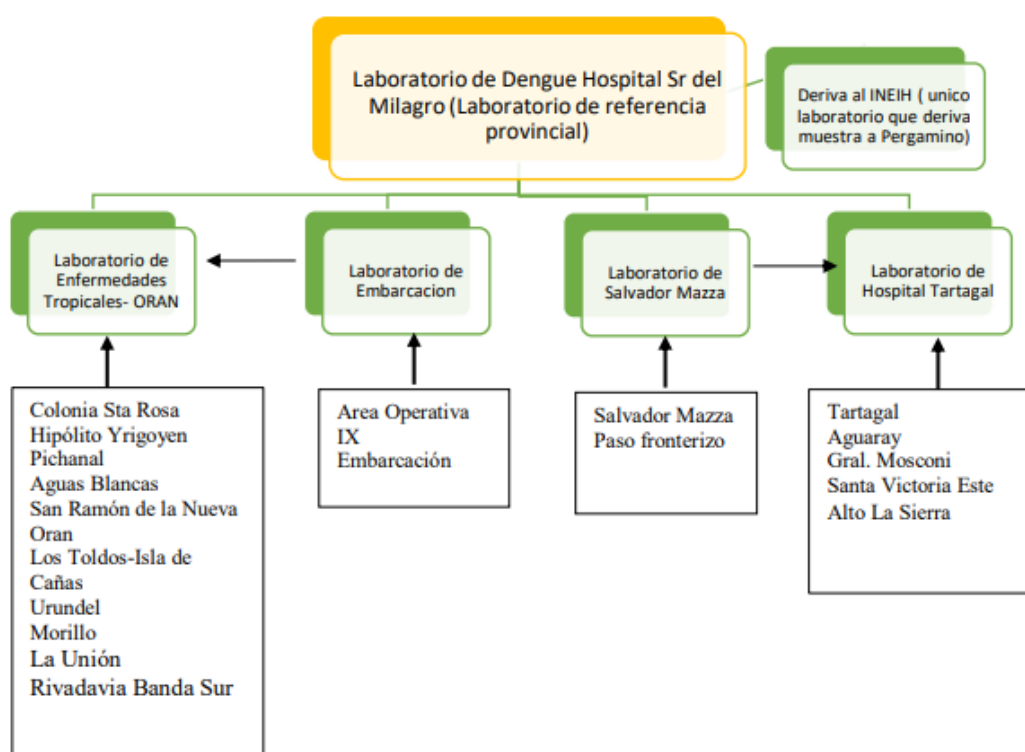
Tel. 03878-471015

Laboratorio Hospital Salvador Mazza

Bioquímico Responsable: Raúl Britos

Mail: rolyh45@yahoo.com.ar

FLUJOGRAMA DE DERIVACION DE MUESTRAS PARA DENGUE- ETM



ANEXO 2

SELLADO Y TRATAMIENTO DE POZOS CIEGOS, CÁMARAS SÉPTICAS Y LETRINAS

Los pozos ciegos, cámaras sépticas y letrinas representan grandes sitios de cría y refugio para el mosquito vector que transmiten las ETM; por lo que es muy importantes que los mismos se encuentren en buen estado a fin de evitar la proliferación de los mismos. Como apoyo a la vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* cada municipio debe contar con cartografía actualizada identificando los predios con pozos ciegos, cámaras sépticas y/o letrinas y evaluar el estado de mantenimiento y funcionamiento de los mismos.

Pozos ciegos ²³

Se considera que un pozo ciego está en buen estado cuando tiene tapa y tubo que no presentan grietas ni perforaciones por donde puedan ingresar mosquitos; los que no tuvieran tapas reglamentarias o que las mismas presenten grietas y/o perforaciones se lo considera como pozos en mal estado ya que presentan lugares por donde pueden ingresar los mosquitos, los que se indican en la Fig. 1:

²³ EPI 41. DGCE. MSP. Salta

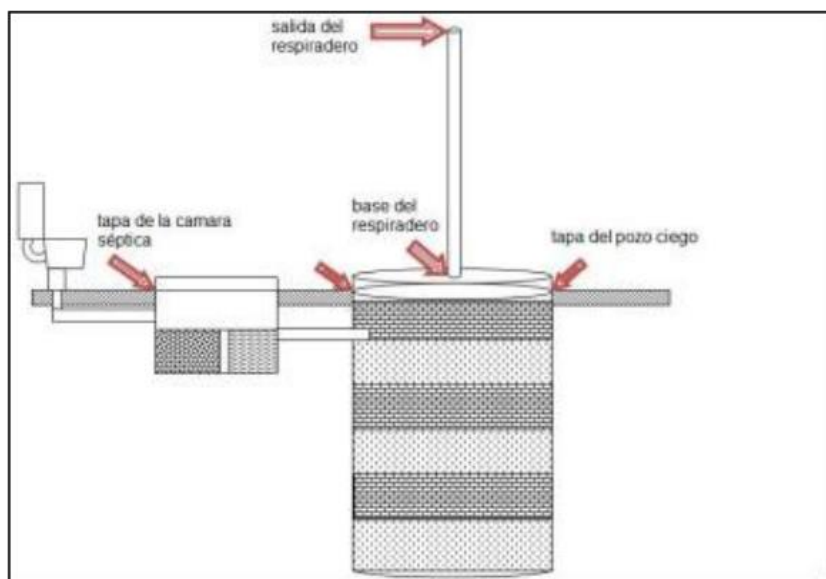


Fig. 1: lugares de entrada y salida de mosquitos en un pozo ciego

La evaluación minuciosa permite verificar su hermeticidad; se considera que un "pozo está sellado" cuando no están descalzados sus bordes y las tapas no presentan perforaciones ni grietas que permita el tránsito de los mosquitos; el tubo de ventilación se debe encontrar sano y con tela mosquitera colocada y sujeta en su boca superior, cuando estas condiciones no están presentes, se los deben tratar con biolarvicidas teniendo las siguientes consideraciones: Iniciar el tratamiento del pozo ciego con tapa y tubo de respiración en mal estado inmediatamente de detectado el mismo. Se recomienda una aplicación inicial de BTI Bactivec ® é Introban ® y una nueva aplicación a los 30 días de la primera (Con BTI Bactivec ® é Introban ® o con otro tipo de larvicida según disponibilidad), realizando esta dosificación hasta que se logre el sellado definitivo del pozo ciego.

Se recuerda que los biolarvicidas y larvicidas orgánicos solo se usan cuando los pozos se encuentran en mal estado y hasta su sellado definitivo.

Pasos a seguir en el tratamiento de pozos ciegos

BTI en suspensión acuosa (BT líquido):

- Con una jeringa o frasco dosificador diluir 4 ml (una cucharada sopera u 80 gotas) de BTI en 1 litro de agua utilizando un recipiente descartable (botella de plástico)

- Verter la mezcla de agua con BTI dentro del pozo ciego asegurándose que la totalidad del líquido llegue al agua del pozo y que no quede en las paredes del mismo. En lo posible retirar el tubo de ventilación y verter el preparado de BTI por el orificio del tubo de ventilación.

En caso de que el pozo ciego cuente con cámara séptica y la misma se encuentre con la tapa en malas condiciones, colocar un poco del preparado de agua con BTI en la cámara séptica. BTI en anillos de liberación constante (briquetas):

- Colocar una briqueta en el interior del pozo a tratar (una briqueta por pozo tratado).

Actividades que se deben realizar para garantizar el sellado de los pozos ciegos luego de ser tratados con biolarvicidas

Sellado del tubo de respiración: Retirar el sombrerete del tubo, colocar en el extremo superior un cuadrado de tela mosquitera (aprox. 25 cm x 25 cm), luego vuelva a colocar el sombrerete de manera dejarlo sujetado; en caso de que el tubo no tenga sombrerete, se debe colocar la tela mosquitera y sujetarla con alambre o algún tipo de hilo plástico reforzado (tipo embalaje).

Sellado de grietas y/o perforaciones: se recomienda utilizar materiales disponibles en el lugar; para tapar grietas, es útil el barro amasado solo, o con una pequeña proporción de cemento. Para roturas en la pared del caño, se sugiere colocar un trozo de tela mosquitera, paño o cualquier otro material que pueda sellar las perforaciones.

Pozos y cámaras con daños graves

Se debe notificar a Obras Públicas del municipio para que intervenga sobre el particular.

Es muy importante realizar la capacitación familiar indicando la importancia de mantener los pozos ciegos sellados y en buen estado estructural para evitar la proliferación de mosquitos.

Letrinas

Cuando el sistema de eliminación de excretas es mediante "letrina de hoyo seco", se debe aplicar larvicidas cada 30 días, dado la frecuencia con la que el agua de lluvia se acumula en los pozos (Epidemiológica, Articulación normativa sobre intervenciones destinadas al manejo de poblaciones de mosquitos durante la estación lluviosa. Nota Técnica N° 01/2015, 2015).



ANEXO 3

HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES INTERNADOS CON DIAGNÓSTICO DE DENGUE Y OTRAS ETM

DENGUE

Nombre y apellido _____
M ☐ F ☐ H Clínica N° _____ Edad: _____ años _____ meses _____ días.
Peso _____ kg Talla _____ cms
Dpto. _____ Municipio/distrito _____ Barrio _____
Dirección _____
Teléfono: _____ Datos referidos
por: _____
Motivo de consulta: _____
Fecha de inicio de los síntomas ____ / ____ / ____
Hora de inicio: ____ AM ☐ PM ☐
Padeció Dengue antes: Si ☐ No ☐ Especifique en que año: _____
Hay casos Dengue en la familia Si ☐ No ☐ escuela Si ☐ No ☐
barrio Si ☐ No ☐
Padeció Dengue la madre anteriormente (en el primer año de vida) Si ☐ No ☐
Día de síntomas al momento de hospitalización: _____ (.....)



Signos / Síntomas a evaluar c/ día	No	Si	1	2	3	4	5	6	≥7	Observaciones*
Fiebre referida ☐ medida ☐										
Hipotermia (caída en crisis de T°)										
Cefalea										
Mialgias/artralgias										
Dolor retroocular										
Exantema										
Diaforesis profusa										
Edema clínico										
Sangrado por historia ☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Espontáneo ☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Provocado ☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Dolor abdominal										
Dolor hepático a la percusión										
Vómitos: Número										
Lipotimia										
Astenia										
Somnolencia										
Irritabilidad										
Diarrea										
Frialdad de miembros										
Cianosis										
Palidez										
Taquipnea										
Taquicardia										
Taquisfigmia										
Ictericia										
Hepatomegalia										

Signos / Síntomas a evaluar c/ día	No	Si	1	2	3	4	5	6	≥7	Observaciones *
Rx. tórax:										
Derrame der ☐										
Derrame izq ☐										
Ambos ☐										
Hemorr. pul ☐										
Edema pul. ☐										
Derrame peric. ☐										
Ecopleura: hidro										
tórax der ☐										
izq ☐										
ambos ☐										
Ecografía abdom:										
Ed.perivesic ☐										
Ascitis ☐										
Ed. Páncreas ☐										
Ed. peri renal ☐										

Presión de pulso, la menor de cada día (en mm Hg) A: (≤ 10). B: ($10 < a \leq 15$) C: ($16 < a \leq 20$)			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Hipotensión (para edad)										
Duración del shock: A: < 6 h B: 6 a <12 h C: 12 <24h D: 24 a < 48h E: 48 horas o +			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Clasificación según riesgo A B C D			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Otros síntomas (citar): _____

Complicaciones (citar): _____

Ingreso hospital periférico: No ☐ Si ☐ fecha ____/____/____

fecha de referencia ____/____/____

Motivo de la referencia: presencia de uno mas signos de alarma: Si ☐ No ☐

explicar _____

Datos de laboratorio: Serología No ☐ Si ☐

Primera muestra fecha de toma: _____, No se tomo ☐

BIBLIOGRAFIA

Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales en las Américas. Washington D.C., 2019. ISBN: 978-92-75-32049-5

Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria. Actualización 2022. Ministerio de salud. Argentina.

Circulares normativas de la Dirección General de Coordinación Epidemiológica. Ministerio de Salud Pública de Salta:

EPI 5 (Sitios centinela para la vigilancia epidemiológica de dengue (9 a versión),

EPI 7 (Vigilancia entomológica de *Aedes aegypti*),

EPI 8 (Uso de repelentes en pacientes sospechosos de dengue, fiebre Chikungunya y fiebre Zika (séptima versión),

EPI 10 (Guía para el tratamiento del dengue (tercera versión), búsqueda activa de casos sospechosos de enfermedades transmitidas por mosquitos (ETM). dengue. Chikungunya. Zika actualización 2020),

EPI 27 (Organización de la atención ambulatoria del síndrome febril agudo durante brotes de dengue (tercera versión),

EPI 41 (Manejo integrado estacional para el control del mosquito vector del dengue, fiebre Chikungunya, fiebre Zika y fiebre amarilla año 2017).

Elaboração, e. e. (2013). Diagnóstico Rápido nos Municípios para Vigilância Entomológica do *Aedes aegypti* no Brasil – LIRAA. Brasília, Brasil. Obtenido de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_liraa_2013.pdf

Epidemiológica, D. G. (2009). Circular Normativa EPI 7 (4º versión). Vigilancia Entomológica de *Aedes aegypti*.



Epidemiológica, D. G. (2015). Articulación normativa sobre intervenciones destinadas al manejo de poblaciones de mosquitos durante la estación lluviosa. Nota Técnica N° 01/2015. Salta.

MSP-Salta, D. G. (2013). Manejo integrado estacional ara el control de poblaciones de *Aedes aegypti*. Segunda versión. Circular Normativa EPI 35. Resolución Ministerial N° 1936/2013. Salta, Salta, Argentina.

Nación, M. d. (2016). Directrices para la prevención y control de *Aedes aegypti*. Buenos Aires. Obtenido de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000235cnt-01-directrices-dengue-2016.pdf>

Nación, M. d. (2016). Guía para la vigilancia integrada de infección por Virus Zika y recomendaciones para el equipo de salud. Buenos Aires. Obtenido de www.msal.gob.ar:

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000933cnt-2017-01-25-zika-guiapara-equipos-de-salud.pdf>

OPS-CDC. (2011). Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus Chikungunya en las Américas. Washington, D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. Dengue: guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas. 2.ed. Washington, DC: OPS, 2016.

World Health Organization, Special Programme for Research, Training in Tropical Diseases, World Health Organization. Department of Control of Neglected Tropical Diseases, World Health Organization. Epidemic, Pandemic Alert. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. World Health Organization; 2009.

GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ: British Medical Journal. 2004 Jun 19;328(7454):1490.

Horstick O, Farrar J, Lum L, Martinez E, San Martin JL, Ehrenberg J, et al. Reviewing the development, evidence base, and application of the revised

Dengue case classification. Pathogens and global health. 2012; 106(2): 94-101.

Lye DC, Lee VJ, Sun Y, Leo YS. Lack of efficacy of prophylactic platelet transfusion for severe thrombocytopenia in adults with acute uncomplicated dengue infection. Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2009;48(9):1262-5.

Material de consulta

Métodos de vigilancia entomológica y control de los principales vectores en las Américas. OPS 2021:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55241/9789275323953_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Guía operativa basada en el tablero de mandos en línea. Sistema de alerta y respuesta temprana ante brotes de dengue. OPS 2021:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53961/9789275323175_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

**La redacción del presente documento
fue realizada por integrantes de los
siguientes Programas pertenecientes
a la Dirección General de
Coordinación Epidemiológica:**

Programa Sala de Situación

salasituacionmsp@yahoo.com.ar

Programa de Vigilancia Epidemiológica

vigiepide@gmail.com

Programa de Vectores (ETVyOR)

vigivectores@gmail.com

**Programa de Vigilancia por Redes
Laboratoriales**

vigilanciaredes@gmail.com