

## Recomendaciones para la Vigilancia de Hanta virus

Los **hantavirus** son virus ARN que pertenecen a la familia *Bunyaviridae*. Esta familia incluye agentes causales de dos graves enfermedades humanas, la Fiebre Hemorrágica con Síndrome Renal en Asia y Europa y el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus en América.

Las infecciones por hanta virus representan una **zoonosis emergente**, transmitida al hombre por roedores infectados por dichos virus.

Los reservorios naturales de la infección son ciertos roedores silvestres, que presentan una infección crónica asintomática con viremia persistente y eliminan el virus a través de la orina, saliva y excretas.

Los cambios climáticos, los predadores, la intervención del hombre en talas o desmontes y la introducción de especies exóticas o cambios en la agricultura y urbanización, podrían alterar la dinámica poblacional de los roedores silvestres que actúan como reservorios, favoreciendo el aumento del número de los mismos y como consecuencia, **la emergencia de las infecciones por hantavirus en humanos**.

### DEFINICIONES DE CASO Y CONTACTO EN EL CONTEXTO DEL BROTE DE HANTAVIROSI.

#### Caso sospechoso de hantaviriosis:

Persona de cualquier edad y sexo, que presente:

- Síndrome febril agudo de menos de 7 días de evolución; o
- Uno o más de los siguientes signos o síntomas: cefalea, mialgias, náuseas, vómitos, diarrea o dolor abdominal, decaimiento, dificultad respiratoria.

Y

- Al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos:
  - antecedente de viaje o estadía dentro de las 6 semanas previas al inicio de los síntomas a zonas endémicas, en especial Epuyén, Chubut, y haber realizado tareas laborales o recreativas de riesgo (\*)
  - haber tenido contacto estrecho con un caso confirmado de hantavirus.

(\*) Se consideran actividades de riesgo todas las que se realicen en ambientes con potencial presencia de roedores, como limpieza de galpones o lugares que hayan permanecido cerrados, actividades de desmalezamiento, tareas agropecuarias, acampar o transitar en zonas no habilitadas.

**Contacto:** Toda persona asintomática conviviente de un caso confirmado o que mantuvo contacto estrecho (\*\*) con un caso confirmado dos días antes del inicio de la fiebre y hasta dos días posteriores de la aparición de la misma.

(\*\*)Cercanía a menos de 1 metro de distancia durante 30 minutos o más en un ambiente cerrado, (incluye compartir elementos como utensilios de cocina, vasos, tazas, mate, etc.)

### NOTIFICACIÓN

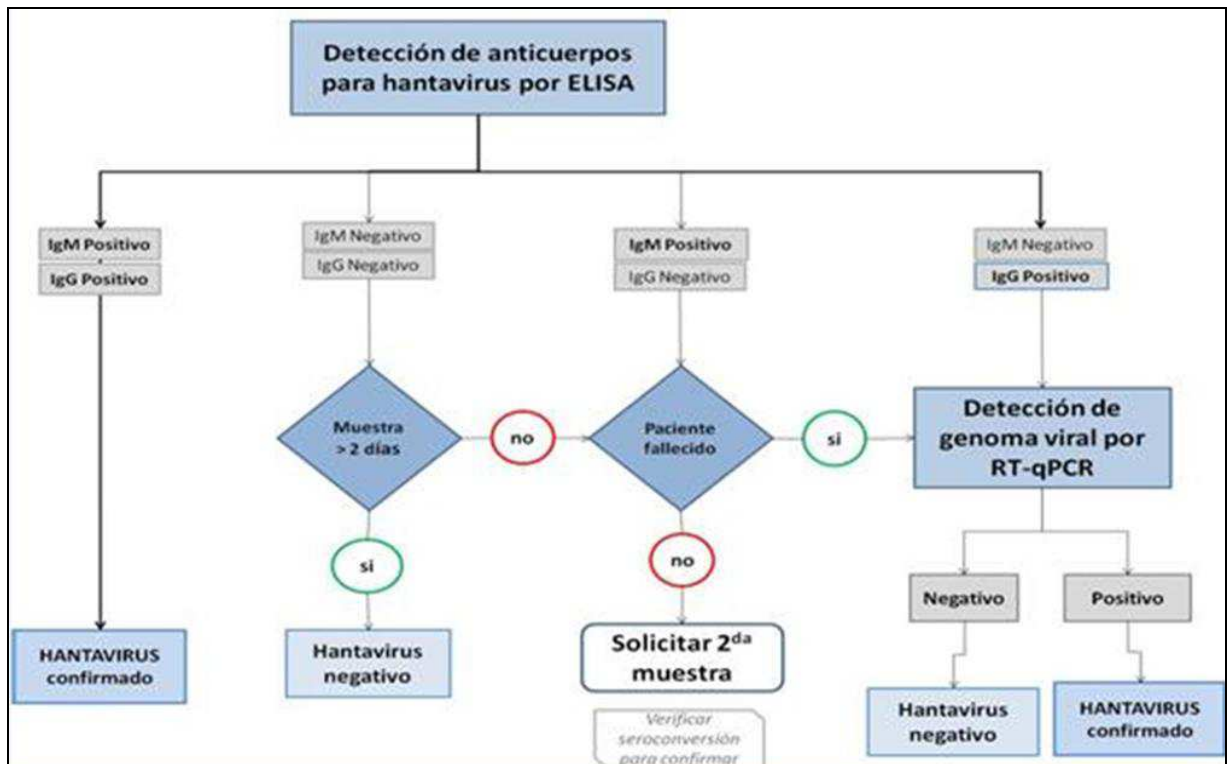
- 1- Comunicar de manera **INMEDIATA** todo **CASO SOSPECHOSO** de infección por Virus hanta, en forma nominal, SISA 2.0 (grupo de eventos hantavirosis) y por la vía más rápida disponible al nivel superior que corresponda y al **DEPARTAMENTO de EPIDEMIOLOGÍA**.
- 2- Remitir al DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA, por fax, e-mail o correo la **Ficha Clínico – Epidemiológica de HANTA**  
Av. España 1425 – 1º piso - Ciudad de Mendoza  
Tel.: 0261- 4250486 (fax); 0261-4132442 (directo)  
Mail: epidemiologia@mendoza.gov.ar
- 3- Incluir la notificación en el **INFORME EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL-C2**
- 4- Consultas referidas al control del vector:

### DEPARTAMENTO de ZOONOSIS Y VECTORES

Teléfono: 0261-4235527  
email: zoonosis@mendoza.gov.ar

### PROCEDIMIENTOS DEL LABORATORIO.

#### Algoritmo diagnóstico en el caso de sospecha de hantavirosis



**Toma de muestras:**

Se requiere muestra de sangre entera (5-10 ml), y otra de sangre con EDTA, 10 ml. Ambas deben remitirse en tubos estériles cónicos con tapa hermética, rotulada y fecha de toma de muestra.

**Bioseguridad:** Las muestras deben enviarse en triple envase, asegurando de colocar los refrigerantes correspondiente para garantizar la conservación entre 0°/4°c

**Antes de cerrar verificar:**

- (a) Que no haya derrame de la muestra
- (b) Que los geles refrigerantes estén congelados.
- (c) Controlar que la ficha del paciente esté completa y colocarla dentro del triple envase en el espacio entre el frasco estanco y la cubierta de telgopor.
- (d) Ingresar los datos de la muestra/s a derivar en: SISA 2.0 .

Es imprescindible el llenado de la Ficha de Hantavirus, en su defecto la muestra no será recibida.

**-IMPORTANTE:** El traslado de las muestras queda bajo exclusiva responsabilidad del Jefe de Área o Director del Hospital.

**REMISIÓN DE LAS MUESTRAS PARA DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO.**

Toda **muestra clínica** de caso sospechoso debe ser remitida al **Laboratorio de Salud Pública de la Provincia de Mendoza**, ubicado en el predio del Hospital José N Lencinas.

**Dirección.** Calle Talcahuano 2194.Villa Hipódromo Godoy Cruz.Telefono:0261.4270792.Cel (261)4719985.

**Horarios de recepción** de lunes a viernes de 8:00Hs a 13.00HS

**Fines de semanas y/o feriados** no se reciben muestras. Refrigerar entre 0°/4° (heladera, no congelador ni freezer) hasta el primer día hábil.

## **RECOMENDACIONES PARA EL LLENADO DE LAS FICHAS**

- Llenar todos los datos solicitados con letra legible
- Consignar el domicilio es importante para las tareas de control, ubicación del paciente para la 2ª muestra, identificación de contactos, etc.
- En observaciones se solicita consignar los traslados de la persona en estudio.
- Las fechas de inicio de los síntomas y de la toma de las muestras son muy importantes para seleccionar las técnicas de laboratorio a utilizar e interpretar los resultados.
- El llenado completo de los signos y síntomas permitirá caracterizar el cuadro más frecuente en la zona y ajustar la definición de casos.
- El médico actuante debe firmar y sellar la ficha: se trata de un instrumento de registro con validez como DOCUMENTO PÚBLICO.
- Los datos epidemiológicos permiten planificar las tareas de control y búsqueda activa de contactos así como informar al Área Departamental de Atención Primaria de donde proviene el caso.

## **RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO DE SALUD**

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de casos sospechosos de hantavirus con antecedentes de estadía o viaje en los últimos 45 días previos al inicio de los síntomas a zonas endémicas, en especial a Epuyén, Chubut.
- Seguimiento clínico (como mínimo 30 días) de los contactos de casos confirmados relacionados con el brote de Epuyén que se encuentren en otras localidades de la provincia de Chubut, como en otras provincias del país.
- Implementar en forma activa las medidas de bioseguridad y control de infecciones en los establecimientos de salud donde se asistan casos sospechosos o confirmados.
- Las muestras de casos sospechosos para el diagnóstico etiológico deberán ser remitidas a través del Laboratorio de salud Pública de la provincia.
- Difundir las medidas de prevención adecuadas a las personas que visiten zonas de riesgo para la transmisión de hantavirus, tanto para evitar la transmisión ambiental, como interhumana de la enfermedad

### **IMPORTANTE:**

**Las recomendaciones, pueden estar sujetas a modificaciones, de acuerdo a la dinámica de la enfermedad.**

## FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR HANTAVIRUS

Laboratorio Nacional de Referencia de Hantavirus  
 Servicio Biología Molecular, Dto. Virología – I.N.E.I. – A.N.L.I.S. “Dr. Carlos G. Malbrán”  
 Av. Velez Sarsfield 563, C.A.B.A. – Tel/Fax: (011) 4301-3146

**Definición de Caso Sospechoso de Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH):** persona previamente sana, con antecedentes de síndrome pseudogripal (fiebre persistente por más de 48 horas, mialgias, cefalea y/o malestar gastrointestinal); o en fase avanzada, con distress respiratorio e infiltrado pulmonar bilateral; o pacientes fallecidos por enfermedad pulmonar de progresión brusca y de etiología desconocida; y con antecedentes de viaje a regiones endémicas o contacto con algún caso confirmado de SPH reciente dentro de los 35 días previos al comienzo de los síntomas.

### DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ D. N. I.: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono de un contacto cercano: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

Hospital / Clínica / Sanatorio: \_\_\_\_\_  
 Sala o sector: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Apellido y nombre del médico: \_\_\_\_\_ Tel / Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_

Inicio de síntomas: \_\_/\_\_/\_\_. Hospitalización: \_\_/\_\_/\_\_ Muestra enviada para diagnóstico \_\_/\_\_/\_\_.  
 (las fechas son indispensables para la correcta interpretación diagnóstica – no omitir)

### DATOS CLÍNICOS

Marcar con una "X" lo que corresponda		Describir	Fecha
Síndrome pseudo gripal (cefalea, mialgias, artralgias, fiebre)			
Síntomas hemorrágicos			
Shock séptico			
Compromiso	Respiratorio		
	Renal		
	Neurológico		
	Hepático		
	Hemodinámico		
	Digestivo		
	Otro		

Rx de Tórax: Normal  Patológica

Descripción de Rx de tórax patológica (marque con una "X" las opciones que correspondan)			
Infiltrado			
Alveolar		Unilateral	N° de Cuadrantes comprometidos
Intersticial		Bilateral	Presencia de derrame pleural
Patrón Mixto			

**Tratamiento** (marque con una "X" la opción que corresponda)

Máscara O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/>	Asistencia respiratoria no invasiva	<input type="checkbox"/>
ARM	<input type="checkbox"/>	Indique qué tipo de asistencia.	

Indicar si se administra otro tratamiento: \_\_\_\_\_

**Datos de laboratorio al momento de ingreso, fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Hematocrito	<input type="checkbox"/>	LDH	<input type="checkbox"/>	TGO	<input type="checkbox"/>	Bilirrubina	<input type="checkbox"/>
Glóbulos Blancos	<input type="checkbox"/>	T. de protrombina	<input type="checkbox"/>	TGP	<input type="checkbox"/>	Uremia	<input type="checkbox"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	CPK	<input type="checkbox"/>	Fosfatasa	<input type="checkbox"/>	Creatinemia	<input type="checkbox"/>
Colesterol Total	<input type="checkbox"/>	Colesterol HDL	<input type="checkbox"/>	Triglicéridos	<input type="checkbox"/>		

**Datos de laboratorio posterior al ingreso, fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Hematocrito	<input type="checkbox"/>	LDH	<input type="checkbox"/>	TGO	<input type="checkbox"/>	Bilirrubina	<input type="checkbox"/>
Glóbulos Blancos	<input type="checkbox"/>	T. de protrombina	<input type="checkbox"/>	TGP	<input type="checkbox"/>	Uremia	<input type="checkbox"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	CPK	<input type="checkbox"/>	Fosfatasa	<input type="checkbox"/>	Creatinemia	<input type="checkbox"/>
Colesterol Total	<input type="checkbox"/>	Colesterol HDL	<input type="checkbox"/>	Triglicéridos	<input type="checkbox"/>		

Antecedentes patológicos: \_\_\_\_\_

En caso de óbito indicar fecha de defunción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ . En caso de alta médica indicar fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo (indicar localidad y provincia): \_\_\_\_\_

¿Realizó algún viaje durante los últimos 35 días? ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Indique con una "X" si realizó alguna de las siguientes actividades durante los últimos 45 días:

	Indicar lugar y fecha de posible exposición	
Trabajo rural	<input type="checkbox"/>	
Caza	<input type="checkbox"/>	
Pesca	<input type="checkbox"/>	
Camping	<input type="checkbox"/>	
Picnic	<input type="checkbox"/>	
Ingreso a galpón o cabaña cerrada	<input type="checkbox"/>	
Otra actividad de riesgo	<input type="checkbox"/>	

¿Observó roedores, o rastros de ellos, que indiquen presencia de roedores en su domicilio, lugar de trabajo o

en algún otro lugar que usted frecuente? SI  NO

¿Fuma? SI  No  ¿Toma alguna medicación? SI  NO  Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tuvo contacto con algún caso similar en el último mes? SI  NO

¿Tuvo contacto con paciente de Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH) con diagnóstico confirmado?  SI  NO

En caso afirmativo indique relación.

Firma y aclaración del encuestador, indicar un teléfono de contacto