



Recomendaciones para el Manejo de Dengue en la Provincia de Mendoza

Versión 1: 11 de Marzo 2024



MENDOZA

MINISTERIO
DE SALUD
Y DEPORTES



AUTORES

- Dirección General de Epidemiología , Calidad y Control de Gestión
 - Departamento de Laboratorio de Salud Pública
 - Unidad de Supervisión y Seguimiento de Laboratorios Públicos
- Servicio de Infectología Hospital José N. Lencinas
- Dirección de Planificación y Articulación Sanitaria
 - Departamento de Bioquímica

» | ÍNDICE

<u>AUTORES</u>	2
<u>ÍNDICE</u>	3
<u>PROPÓSITO Y OBJETIVOS</u>	4
<u>AGENTE CAUSAL Y TRASMISIÓN</u>	3
<u>MANIFESTACIONES CLÍNICAS</u>	5
<u>DEFINICIONES DE CASO</u>	8
<u>RECOMENDACIONES DE MANEJO PARA EQUIPOS DE SALUD</u>	11
<u>NOTIFICACIÓN</u>	16
<u>DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO DE DENGUE</u>	17
<u>RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL</u>	25
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	29
<u>ANEXOS</u>	30
<u>ANEXO 1:</u> Ficha de notificación de Síndrome Febril Agudo inespecífico.....	30
<u>ANEXO 2:</u> Documento técnico de orientación en las acciones de bloqueo	33

1 | PROPÓSITO Y OBJETIVOS

PROPÓSITO: Proporcionar directrices para la organización de la atención de casos de Dengue en la provincia de Mendoza.

OBJETIVOS

- Mantener activa la vigilancia de esta enfermedad a través de la notificación oportuna y de calidad en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.
- Orientar el diagnóstico de la enfermedad teniendo en cuenta la Red de Laboratorio de la Provincia.
- Brindar recomendaciones para orientar el desarrollo de las acciones de control y bloqueo

2

AGENTE CAUSAL Y TRANSMISIÓN

AGENTE CAUSAL

El Dengue es una enfermedad englobada dentro de las enfermedades vectoriales. Es causada por un virus que **se transmite a través de la picadura de un mosquito perteneciente al género *Aedes***, principalmente el *Aedes aegypti*.

El virus del dengue pertenece a la familia *Flaviviridae* y existen cuatro variantes, los serotipos 1, 2, 3 y 4. La inmunidad es serotipo-específica por lo que la infección con un serotipo determinado confiere inmunidad permanente contra el mismo (inmunidad homóloga) y sólo por unos meses contra el resto de los serotipos (inmunidad heteróloga).

Aunque, en teoría, una persona podría padecer dengue hasta cuatro veces a lo largo de su vida (una por cada serotipo), hasta el momento solo se han comprobado hasta tres infecciones en un mismo individuo.

Cualquier serotipo puede producir formas graves de la enfermedad, aunque los serotipos 2 y 3 han sido asociados a la mayor cantidad de casos graves y fallecidos.

Transmisión

En América solamente ha sido demostrada la transmisión del dengue a través de mosquitos *Aedes aegypti*. El *Aedes albopictus*, relacionado a la transmisión de la enfermedad en otros continentes, solo es un vector potencial en las Américas.

El *Aedes aegypti* se ha reintroducido en la Argentina a partir del año 1984, luego de su eliminación en el país y Latinoamérica en la década del 60. Se adapta a nuevos ambientes y ciclos de transmisión, encontrándose en un proceso de expansión de su rango geográfico. Actualmente se encuentra desde el norte del país hasta las provincias de Neuquén y Río Negro. El *Aedes albopictus* se encontró en las provincias de Misiones y de Corrientes, pero no asociado a la transmisión del dengue.

Aedes aegypti tiene hábitos domiciliarios, por lo que la transmisión es predominantemente doméstica. Pueden picar a cualquier hora del día aunque

generalmente lo hacen en las primeras horas de la mañana y en las últimas horas de la tarde. En algunas ocasiones, el *Aedes aegypti* puede picar en los ambientes interiores durante la noche si hay luces encendidas.

Para que ocurran casos autóctonos de dengue en una población se requiere la presencia del virus, del mosquito y de personas susceptibles. Esto está influenciado por algunos factores ambientales como la temperatura media que modifica las condiciones para la supervivencia del vector y su transmisión.

El dengue se transmite por la picadura de un mosquito infectado con el virus que, para estarlo, debe haber picado previamente a una persona infectada en período de viremia. Existen además evidencias de la transmisión del virus dengue entre generaciones de mosquitos a partir del desarrollo de huevos infectados por transmisión vertical en los vectores (transmisión transovárica).

Las personas infectadas presentan viremia desde un día antes y hasta cinco o seis días posteriores a la aparición de la fiebre. Si durante la viremia el mosquito pica a esta persona, se infecta. Luego de un periodo necesario para el desarrollo de la infección viral en el mosquito (período de incubación extrínseco), éste permanecerá infectante el resto de su vida y con capacidad de infectar a individuos susceptibles. La duración del período de incubación extrínseca es variable, 7 a 14 días y, entre otros factores, depende de la temperatura media ambiental.

La enfermedad no se transmite de persona a persona, ni a través de objetos, ni por vía oral, respiratoria ni sexual. Sin embargo, aunque es infrecuente, también están descritas la transmisión durante el embarazo y la vía transfusional.

3 | MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La infección por dengue puede ser clínicamente inaparente o puede causar una enfermedad de variada intensidad. El **período de incubación** que puede ser de **5 a 7 días** aunque se han observado casos con un período de incubación de 3 hasta 14 días.

Las infecciones sintomáticas pueden variar desde **formas leves**, que solo se manifiestan con un **cuadro febril agudo, de duración limitada (2 a 7 días)** a otros cuya fiebre se asocia a intenso malestar general, cefalea, dolor retro ocular, dolor muscular y dolores articulares. En no más del 50% de los casos estos síntomas pueden acompañarse de un exantema, en la mayoría de los casos pruriginoso, no patognomónico.

Algunos casos de dengue pueden evolucionar a **formas graves** (dengue grave) en las que hay **manifestaciones hemorrágicas, pérdida de plasma debida al aumento de la permeabilidad vascular (lo que ocasiona un incremento del hematocrito) y presencia de colecciones líquidas en cavidades serosas (derrame pleural, ascitis y derrame pericárdico), lo que puede llevar a un cuadro de shock.**

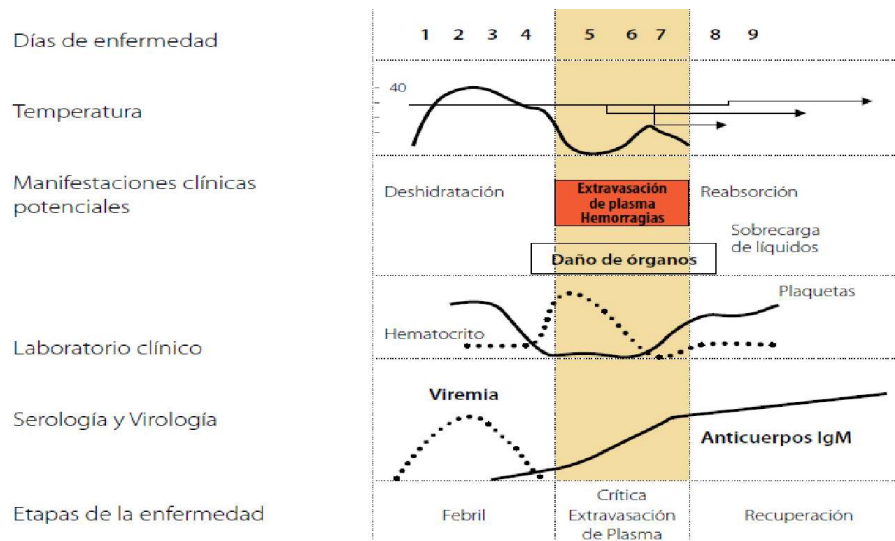
Los casos de dengue grave son más frecuentes en personas que ya padecieron dengue por un serotipo (infección primaria) y se infectan nuevamente (infección secundaria) con un serotipo diferente al que le ocasionó el primer cuadro. Este fenómeno puede ocurrir hasta muchos años después de ocurrida la infección primaria, pero no implica necesariamente que toda infección secundaria conduzca a dengue grave. No obstante, también la infección primaria puede asociarse a dengue grave, en relación a virulencia de la cepa o a otros factores del hospedero.

Existen formas clínicas menos frecuentes, que se caracterizan por la afectación especialmente intensa de un órgano o sistema: encefalitis, miocarditis, hepatopatía, y afectación renal con insuficiencia renal aguda.

Es una enfermedad sistémica muy dinámica, en la que en pocas horas un paciente puede pasar de un cuadro leve a un cuadro grave. Al inicio de la fiebre, no es posible predecir si el paciente tendrá síntomas y signos leves todo el tiempo, o si evolucionará a una forma grave de la enfermedad. Por lo tanto, el equipo de salud debe realizar un seguimiento estricto controlando a todo paciente con dengue hasta al menos 48 horas posteriores a la finalización de la etapa febril. Los

pacientes y su grupo familiar deben estar atentos a la aparición de signos de alarma.

Etapas de la enfermedad



Etapas de la enfermedad

- Duración variable: entre 3 a 6 días en niños y 4 a 7 días en adultos
- Se asocia a la viremia: existe una alta posibilidad de transmisión de la enfermedad si la persona es picada por un mosquito vector.
- Síntomas (además de la fiebre): dolor muscular y articular, cefalea, astenia, exantema, prurito y síntomas digestivos (dolor abdominal y diarrea)
- Laboratorio: Leucopenia con linfocitosis relativa, trombocitopenia e incremento de las transaminasas.

Etapas de la enfermedad

El período durante el cual se produce la caída de la fiebre y hasta 48 horas después es la etapa de mayor riesgo de aparición de complicaciones y cuando hay que estar más atento a la aparición de signos de alarma. Esta etapa coincide con el 4to y 7mo día de iniciado el cuadro clínico.

En esta etapa la extravasación de plasma se hace más intensa y es capaz de conducir al shock hipovolémico por dengue (piel fría, pulso débil, taquicardia, hipotensión).

Debido a la extravasación de plasma el hematocrito sube, lo que constituye un método confiable para el monitoreo de la fuga de plasma. Durante o después del shock es el momento cuando se producen con mayor frecuencia las grandes hemorragias (hematemesis, melena y otras).

Etapa de recuperación

Se hace evidente la mejoría del paciente pero, en ocasiones, existe un estado de sobrecarga de volumen, así como alguna infección bacteriana agregada. En esta etapa es importante vigilar sobre todo a aquellos pacientes que tengan dificultades en el manejo de los líquidos (insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca, pacientes ancianos).

También puede aparecer en esta etapa un exantema tardío entre el 6º y 9º hasta incluso el 15º día que, con frecuencia, afecta las palmas de las manos y las plantas de los pies, asociado a un intenso prurito.

4

DEFINICIONES DE CASO

Caso Sospechoso de Dengue

Toda persona que presente **fiebre de menos de siete (7) días de duración, sin síntomas de vías aéreas superiores, sin etiología definida** +

Dos o más de los siguientes:	Ó cualquiera de los siguientes signos de alarma:	Ó cualquiera de los siguientes criterios de gravedad:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Náuseas/vómitos ▪ Exantema (erupciones cutáneas), ▪ Mialgias, artralgias ▪ Cefalea/dolor retroocular, ▪ Petequias/prueba del torniquete positiva, ▪ Leucopenia, plaquetopenia ▪ Anorexia, malestar general, diarrea. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor abdominal intenso o dolor a la palpación del abdomen, ▪ Vómitos persistentes ▪ Acumulación de líquidos(ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico) ▪ Sangrado de mucosas ▪ Letargo/irritabilidad ▪ Hipotensión postural (lipotimia) ▪ Hepatomegalia >2 cm. ▪ Aumento progresivo del hematocrito 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma. ▪ Choque evidenciado por: pulso débil o indetectable, taquicardia, extremidades frías y llenado capilar>2segundos, presión de pulso≤20mmHg: hipotensión en fase tardía. ▪ Sangrado grave:(ejemplo: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del sistema nervioso central[SNC]) ▪ Compromiso grave de órganos, como daño hepático (AST o ALT≥1000UI), SNC (alteración de conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos.

Según la situación epidemiológica el antecedente de viaje debe o no considerarse para la definición de caso sospechoso. Una vez que existen casos autóctonos (sin **antecedentes de viaje**) y que la autoridad sanitaria lo define **no es necesario este antecedente para considerar los casos sospechosos**. Esto es lo que se observa **actualmente en nuestra provincia**. Es importante remarcar que la situación epidemiológica del dengue es dinámica y así como actualmente no se requiere el antecedente de viaje para definir el caso sospechoso puede suceder que en otra situación, por ejemplo una vez superado el brote actual, si se lo requiera.

ACTUALMENTE DEBIDO A LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA NO SE REQUIERE EL ANTECEDENTE DE VIAJE PARA DEFINIR AL CASO COMO SOSPECHOSO, SÓLO CON LOS SÍNTOMAS ANTES DESCRIPTOS

¿Cómo se clasifica el caso sospechoso de Dengue?

Según la presencia o no de Signos de alarma, se clasifica en:

- Dengue Sin Signos de alarma
- Dengue Con Signos de alarma

Signos de alarma:

- Dolor abdominal intenso y sostenido.
- Vómitos persistentes.
- Derrame seroso (en peritoneo, pleura o pericardio) detectado por clínica, por laboratorio (hipoalbuminemia) o por imágenes (ecografía de abdomen o Rx de tórax).
- Sangrado de mucosas.
- Cambio en el estado mental del paciente: somnolencia o irritabilidad.
- Hepatomegalia (> 2 cm): la hepatomegalia brusca se observa sobre todo en niños
- Si está disponible: incremento brusco del hematocrito concomitante con rápida disminución del recuento de plaquetas.

Dengue sin signos de alarma

Pueden ser tratados de manera ambulatoria, excepto que presenten condiciones coexistentes o de riesgo social que dificulten el manejo ambulatorio.

EVALUAR CONDICIONES CO-EXISTENTES O RIESGO SOCIAL:

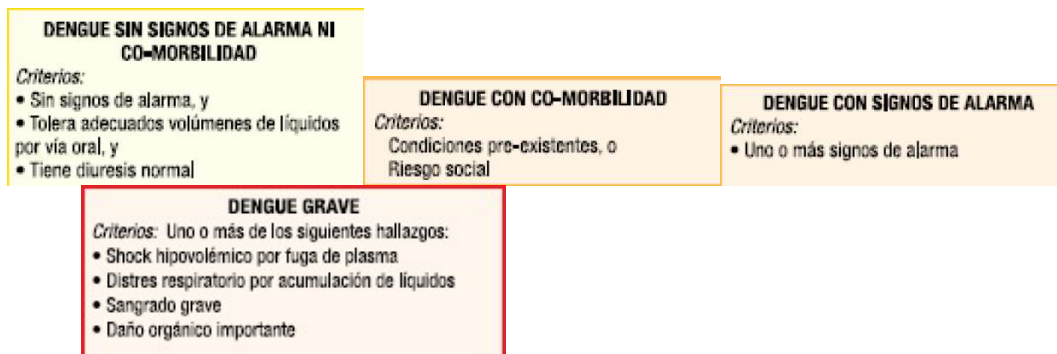
Condiciones co-existent: Embarazo, niños, adultos mayores, obesidad, diabetes mellitus, cardiopatías, otras condiciones clínicas (hemoglobinopatías, etc.)

Riesgo social: vivir solo, difícil acceso al hospital, pobreza extrema, otros.

Dengue con signos de alarma

Estos pacientes deben ser referidos al hospital. Allí se debe evaluar la presencia o no de criterios de **Dengue Grave**

En RESUMEN luego de la evaluación, los pacientes pueden clasificarse en cuatro categorías para definir conducta a seguir:



5

RECOMENDACIONES DE MANEJO PARA EQUIPOS DE SALUD

Ámbito de tratamiento del paciente con Dengue

Categoría de la Clasificación	Lugar de Tratamiento
Dengue sin signos de alarma ni co-morbilidades	Ambulatorio
Dengue con co-morbilidades	Seguimiento estricto ambulatorio o Internación en Sala General
Dengue con signos de alarma	Internación en Sala General
Dengue grave	Internación en Sala de Cuidados Intensivos

Organización de los servicios

Se propone organizar a los Servicios en los siguientes sectores para poder manejar los casos de dengue según su gravedad:

- UNIDAD Ó ÁREA DE ATENCIÓN DE PACIENTES FEBRILES: TRIAGE-clasificación de los pacientes-solicitud de laboratorio mínimo.
- SALA DE HIDRATACIÓN ORAL E INTRAVENOSA: atención de pacientes sin signos de alarma, pero con condición de riesgo o comorbilidad (menores de 1 año, 65 años y más, personas gestantes y condiciones de riesgo: diabetes, etc.)
- SALA DE INTERNACIÓN: dengue con signos de alarma.
- CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO/TELECONSULTA: seguimiento de los dengues sin signos de alarma y los de alta de internación o sala de hidratación.
- UTI: dengue grave.

Unidad ó área de atención de pacientes febriles

TRIAGE: el objetivo es realizar una clasificación rápida de pacientes, inmediatamente después de su arribo al hospital o establecimiento de salud con el fin de identificar:

- Casos que presenten dengue grave: requieren tratamiento de emergencia inmediato para evitar su fallecimiento.

- Casos que presenten signos de alerta: se les debe dar prioridad.
- Casos que no son urgentes (no tienen dengue grave ni signos de alerta).

Si es posible, debe disponerse de un área designada para los pacientes con dengue, y una unidad o área/sala de cuidados especiales para realizar un seguimiento más estricto. Estas unidades deben contar con personal (médico/as y enfermero/as) capacitado para reconocer a los pacientes de alto riesgo y para instaurar el tratamiento y seguimiento apropiados.

Insumos necesarios en este sector

- Tensiómetro
- Venoclisis y accesos de venopunción- Soluciones de rehidratación oral y parenteral
- Paracetamol
- Antihistamínicos
- Acceso a laboratorio mínimo (hemograma, función renal, química)
- Mosquiteros
- Repelentes
- Material para información de los pacientes y familiares para la detección de signos de alarma

Aislamiento entomológico:

En todo caso sospechoso de Dengue, debe garantizarse el aislamiento entomológico del paciente durante el periodo de viremia, es decir, evitar que sea picado por el mosquito.

Para lograr esto:

- Utilizar repelentes (N-N dietil toluamida- DEET- en concentraciones de 25% al 35%) adecuados según edad y recomendaciones de etiqueta del producto
- Utilizar ropa clara que cubra los brazos y las piernas, especialmente durante las actividades al aire libre
- Utilizar adecuadamente ahuyentadores domiciliarios de mosquitos como tabletas, espirales o aerosoles
- Colocar mosquiteros en puertas y ventanas
- Proteger cunas y cochecitos de bebés con telas mosquiteras o tules

Equipos de atención primaria y prehospitalaria:

Centrarse en el diagnóstico clínico temprano basado en la presentación clínica y la situación epidemiológica y el reconocimiento de signos de alarma y de gravedad.

Ante la sospecha de dengue sin signos de alarma que se remite a domicilio, se deben proporcionar una guía clara de pautas a los pacientes y/ o familias para identificar los síntomas de alarma y buscar atención médica inmediata en caso de que se presenten. En casos sin signos de alarma, con condiciones co-existentes o riesgo social, valorar la necesidad de internación.

Se debe sostener una vigilancia epidemiológica de calidad, notificando los casos con ficha completa al SNVS^{2.0}.

Manejo de los pacientes

Pacientes Sin Signos de alarma y Sin condiciones co-existentes

TRATAMIENTO

- Reposo relativo en cama con aislamiento de los mosquitos.
- Adecuada ingesta de líquidos
- Paracetamol para la fiebre y dolor
 - Adultos: 500 mg cada 6 horas, máximo 2 gr/día.
 - Niños: 10 a 15 mg/k/día
- NO USAR ASPIRINA ni otros AINES.
- NO ADMINISTRAR antibióticos ni corticoides.
- NO ADMINISTRAR medicamentos por vía intramuscular.

SEGUIMIENTO

- Control diario.
- Evaluar signos de alarma en cada consulta hasta 48 horas posteriores al cese de la fiebre.
- Evaluar signos y síntomas de mejoría clínica.

Pacientes Sin Signos de alarma y Con Condiciones co-existentes o riesgo social

TRATAMIENTO

(Dosis de fluidos para adultos)

- Hidratación Vía Oral de acuerdo a condición pre-existente.
- Si no tolera la Vía Oral, iniciar Terapia por Vía Intravenosa con cristaloides a 2-3 ml/kg, de acuerdo a condiciones pre-existentes.
- Aislamiento de los mosquitos.
- Control clínico específico según el tipo de condición asociada.
- Tratamiento sintomático igual que para los casos ambulatorios.
- Dar información sobre medidas de prevención a sus familiares.

SEGUIMIENTO

- Control de signos vitales con balance hídrico.
- Buscar signos de alarma hasta 48 horas después del cese de la fiebre.
- Hemograma diario.

Equipos de atención hospitalaria:

Centrarse en la atención urgente de casos graves y el seguimiento estricto de pacientes con signos de alarma.

Deben registrarse de manera exhaustiva todos los datos en casos internados y fallecidos, que deben estudiarse hasta la confirmación del diagnóstico.

Notificar todos los casos hospitalizados completando la información clínica y su evolución.

Criterios de internación

- Dengue con signos de alarma
- Dengue con criterios de enfermedad grave (Shock hipovolémico por fuga de plasma/ Distrés respiratorio por acumulación de líquidos/ Sangrado grave/Daño orgánico importante)
- Intolerancia a la vía oral
- Dificultad respiratoria
- Acortamiento de la presión del pulso
- Hipotensión arterial
- Insuficiencia renal aguda
- Aumento del tiempo de llenado capilar
- Embarazo
- Coagulopatía
- Otras comorbilidades diferentes de las descritas
- Extremos de la vida
- Condiciones sociales o ambientales

Pacientes con Dengue Con signos de alarma y Sin criterios de Dengue grave

TRATAMIENTO

Obtener Hematocrito (Hto) antes de expandir al paciente.

- Administrar solo SF o Ringer lactato, 10 ml/kg/hora en 1 hora.
- Repetir el Hto después de cada carga de hidratación.

Evaluar:

- **Si persisten signos de alarma**, repetir el procedimiento 1 o 2 veces más.
- **Si hay mejoría de los signos de alarma, y baja el Hto**, reducir goteo a 5-7 ml/kg/hora por 2-4 horas. **Reevaluar:**
- Si continúa la mejoría clínica, reducir a 3-5 ml/kg/hora por 2-4 horas más.
- Si continúa mejorando, reducir a 2-3 ml/kg/hora por 24-48 horas más e iniciar hidratación oral.
- Si hay un empeoramiento de los signos vitales y/o un aumento del Hto, y caída brusca de plaquetas manejarlo como dengue grave.
- Si hay un descenso brusco del Hto considerar hemorragias.

SEGUIMIENTO

- Control de signos vitales y perfusión periférica cada 1-4 horas.
- Hto durante la rehidratación y cada 12 horas hasta 24-48 horas posterior al inicio de la vía oral.
- **Laboratorio:** glucemia, Enzimas Hepáticas, Proteínas Totales/ Albúmina.

Paciente con Dengue Con signos de alarma y Con criterios para Dengue grave

TRATAMIENTO

Obtener Hematocrito antes de expandir al paciente.

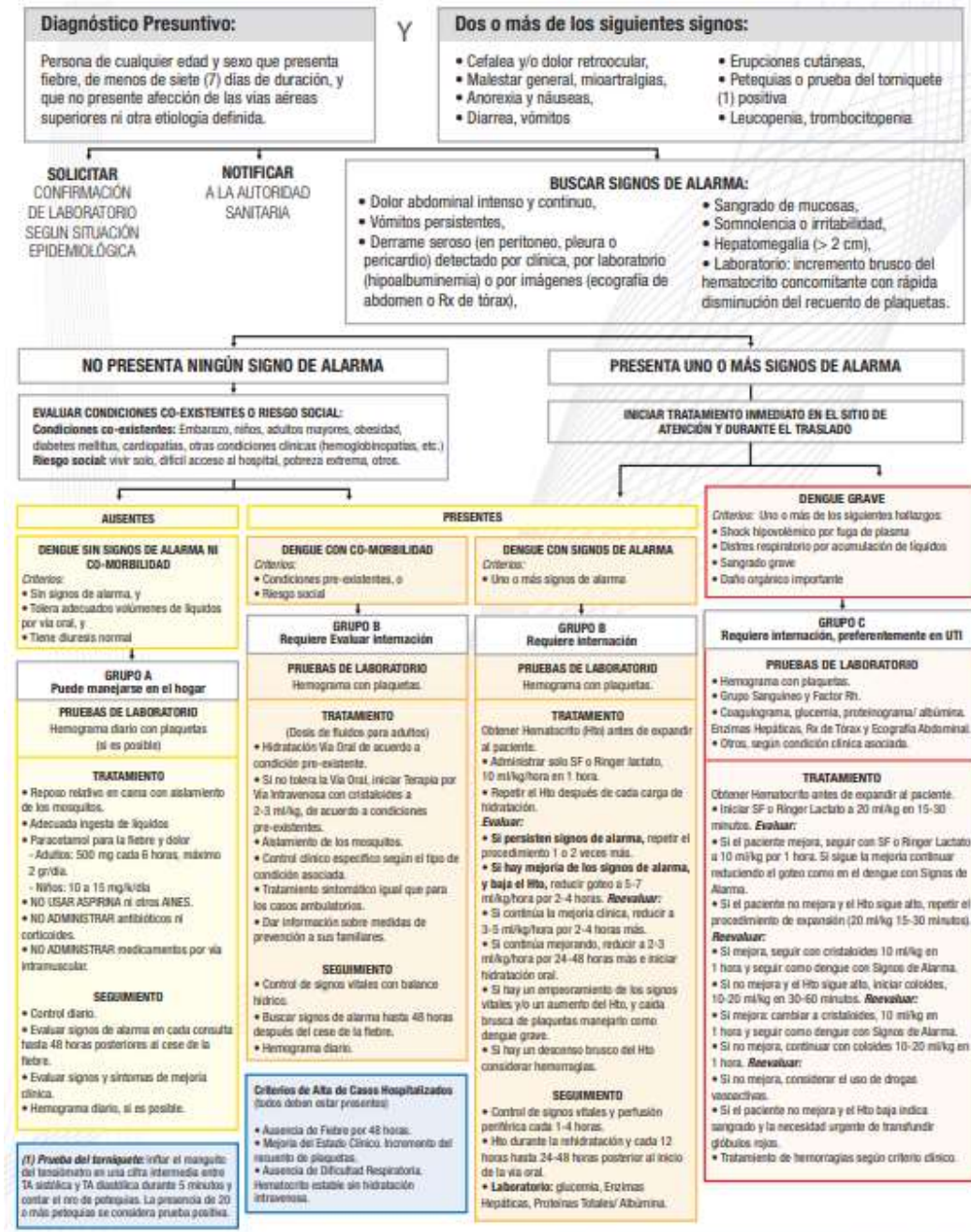
- Iniciar SF o Ringer Lactato a 20 ml/kg en 15-30 minutos. **Evaluar:**
- Si el paciente mejora, seguir con SF o Ringer Lactato a 10 ml/kg por 1 hora. Si sigue la mejoría continuar reduciendo el goteo como en el dengue con Signos de Alarma.
- Si el paciente no mejora y el Hto sigue alto, repetir el procedimiento de expansión (20 ml/kg 15-30 minutos). **Reevaluar:**
- Si mejora, seguir con cristaloides 10 ml/kg en 1 hora y seguir como dengue con Signos de Alarma.
- Si no mejora y el Hto sigue alto, iniciar coloides, 10-20 ml/kg en 30-60 minutos. **Reevaluar:**
- Si mejora: cambiar a cristaloides, 10 ml/kg en 1 hora y seguir como dengue con Signos de Alarma.
- Si no mejora, continuar con coloides 10-20 ml/kg en 1 hora. **Reevaluar:**
- Si no mejora, considerar el uso de drogas vasoactivas.
- Si el paciente no mejora y el Hto baja indica sangrado y la necesidad urgente de transfundir glóbulos rojos.
- Tratamiento de hemorragias según criterio clínico.

Criterios de alta por dengue

Deben estar presentes todos los siguientes:

- Ausencia de fiebre por 24- 48 horas
- Mejoría del estado clínico (bienestar general, apetito, hemodinamia estable, adecuada diuresis, sin distrés respiratorio)
- Tendencia al aumento de plaquetas (usualmente precedido por el aumento de leucocitos)
- Hematocrito estable sin fluidos intravenosos . El muestreo sólo debe realizarse después de una evaluación ambiental completa y la realización de un plan de muestreo.

DENGUE - Diagnóstico y Manejo de Casos



<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000061cnt-02-flujograma-dengue-diagnostico-manejo-de-casos.pdf>

6 | NOTIFICACIÓN

Todo médico/a que atienda un/a paciente que cumpla criterios para incluirlo/a como CASO SOSPECHOSO de Dengue, debe realizar la notificación de manera Inmediata (Ley Notificación obligatoria N° 15465). Debe proceder de la siguiente manera:

- Confeccionar la Ficha Epidemiológica de SFAI, la cual debe acompañar la muestra: ver ANEXO 1
- Realizar la Notificación en SNVS 2.0: es muy importante completar todas las solapas de la notificación y consignar los datos de ubicabilidad (domicilio real del paciente y teléfono), que sirven para realizar el control y bloqueo del caso.

Video instructivo para la notificación:

<https://drive.google.com/file/d/1yu4n9Kkut5uydZMotpcesRvvEbf4JnJY/view?usp=drivesdk>

- En caso de no poder cargarse en el SNVS dar aviso a Epidemiología de la Provincia (Guardia epidemiológica cel 2612645300)

7 | DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO DE DENGUE

Consideraciones generales para el Diagnóstico de Laboratorio

- **Las recomendaciones** para el diagnóstico de laboratorio de los casos de Dengue y de otras arbovirosis, **pueden cambiar acorde al escenario epidemiológico reinante.**
- De acuerdo al contexto epidemiológico actual, en nuestra provincia se utiliza un algoritmo secuencial que comienza por estudiar dengue y si da negativo, se procede a estudiar las demás arbovirosis.
- Es muy importante para optimizar el diagnóstico de laboratorio conocer la fecha de inicio de síntomas

Caso confirmado de Dengue

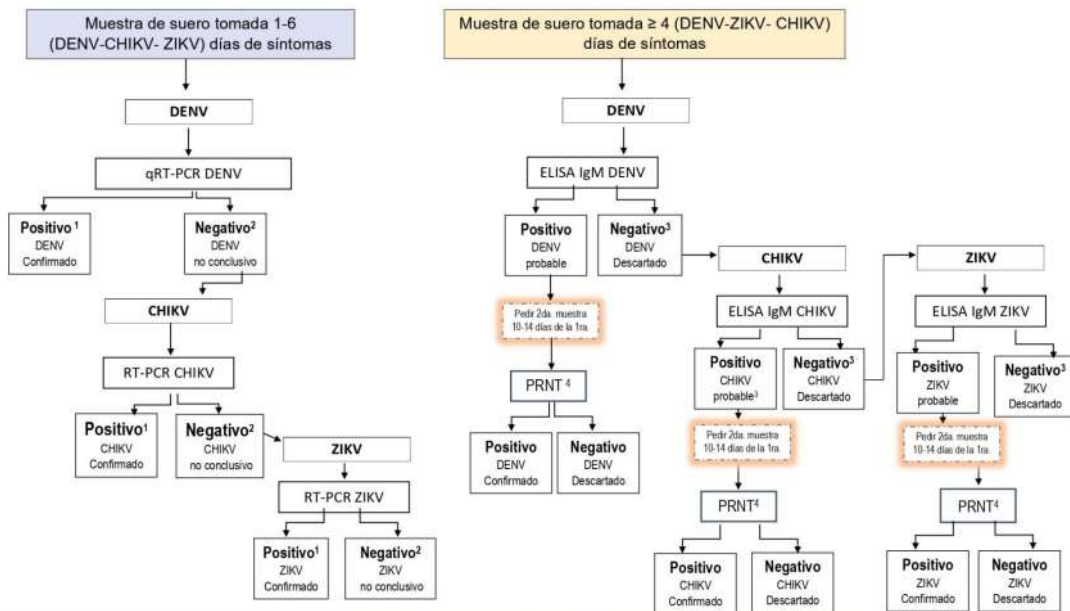
Se considera **Caso Confirmado** a todo paciente sospechoso que tenga un diagnóstico confirmatorio de dengue por laboratorio, o por nexo epidemiológico, según la situación epidemiológica.

La **confirmación mediante pruebas de laboratorio** se consigue mediante métodos directos (rRT-PCR, NS1) y/ o indirectos (IgM, Neutralización con Panel de Flavivirus), que se realizan acorde al momento de obtención de la muestra, en relación a los días transcurridos desde que el/la paciente refiere el inicio de la fiebre.

- En muestra de suero obtenidas **≤4 días después del comienzo de la fiebre**, se emplean **métodos directos**:
 - detección de secuencias genómicas virales por medio de rRT-PCR o
 - antígeno de la proteína no estructural del dengue (NS1) por medio de inmunoensayo enzimático (ELISA)
- En caso de **muestras obtenidas entre los 4 a 6 días de evolución desde el inicio de la fiebre**, se debe **combinar un método indirecto (IgM) y al menos uno directo (NS1, PCR)**
- Si la muestra es obtenida con **≥7 días de evolución desde el inicio de la fiebre**, se deberá estudiar por **métodos indirectos** (IgM, Neutralización con Panel de Flavivirus en par serológico)

En la situación epidemiológica actual de nuestra provincia es posible confirmar casos sospechosos por nexo epidemiológico en situaciones concretas de casos vinculados epidemiológicamente entre sí. Por ejemplo, ante casos sospechosos de un mismo domicilio, una vez que se confirma uno de esos casos por laboratorio, los demás casos sospechosos se pueden confirmar por nexo epidemiológico. Esto debe ser consensuado con la Dirección de Epidemiología de la Provincia y los pacientes confirmados de esta forma requieren de la misma evaluación y seguimientos clínicos que los confirmados por Laboratorio. Esto es aplicable sólo en contextos ambulatorios y en casos sin signos de alarma ni gravedad. Los casos que requieren internación (casos con signos de alarma y casos de dengue grave) y los fallecidos siempre deben estudiarse por laboratorio.

Algoritmo secuencial Dengue/ Otras Arbovirosis



Un resultado negativo realizado con un método directo no descarta la infección y se requiere el estudio por otra metodología o una segunda muestra con más días de evolución.

Para descartar casos se requiere:

- Dengue y Zika: se requiere una IgM Negativa realizada con más de 5 días de evolución del cuadro

- Chikungunya: se requiere una IgM Negativa realizada con más de 8 días de evolución del cuadro

Caso contrario, son resultados no conclusivos desde el punto de vista del diagnóstico etiológico y deberán ser valorados según criterios epidemiológicos para su interpretación final.

En cuanto a las muestras de casos confirmados, un porcentaje de las mismas deben ser enviadas al INEVH MAIZTEGUI-ANLIS para corroboración y caracterización viral.

Establecimientos con capacidad diagnóstica de Dengue en la provincia de Mendoza

- Hospital Central
- Hospital Notti
- Hospital Schestakow
- Laboratorio de Salud Pública (LSP)

Los Hospitales Central y Notti resolverán solamente los casos sospechosos que aparezcan en sus instituciones.

El Hospital Schestakow, resolverá los casos de su Institución y las muestras derivadas por los efectores de la red de laboratorio de la Región Sanitaria Sur (restantes efectores de San Rafael, General Alvear y Malargüe)

El LSP resolverá las muestras derivadas de la Red de Laboratorio de los efectores de las Regiones Sanitarias Metropolitana Norte y Sur, Región Este y Valle de Uco.

Muestras a derivar

Ante la aparición de la sospecha de un caso de Dengue se debe remitir al Laboratorio de Salud Pública las siguientes muestras:

- Suero: al menos 3 ml de suero
- Orina: al menos 5 ml (para realización de métodos directos de arbovirus)

Las muestras deben ser rotuladas con los datos del paciente y derivadas en condiciones de bioseguridad, acompañadas de la Ficha epidemiológica de Síndrome Febril Agudo Inespecífico.

La ficha debe estar llena en su totalidad. Los datos mínimos imprescindibles son: datos del paciente (nombre completo, teléfono, dirección precisa donde se encuentra en el momento actual), fecha de inicio de síntomas, fecha de toma de muestra, antecedente de viaje en los últimos 14 días (lugar al que viajó y fecha del viaje), antecedente de haber padecido dengue y clasificación (dengue sin signos de alarma, dengue con signo de alarma, dengue grave, dengue con condiciones coexistentes).

Todas las muestras deben ser notificadas al Sistema Nacional de Vigilancia de La Salud (SNVS-SISA) ante la sospecha del caso y ser derivadas virtualmente al Laboratorio de referencia. Los resultados serán notificados en SNVS- SISA y se enviará el correspondiente informe al laboratorio derivador.

Otras Consideraciones del Circuito de Derivación de muestras en la Provincia

Horario y días de recepción de muestras:

- LSP: Lunes a Viernes de 9 a 16 hs. Dirección: Predio del Hospital J. Néstor Lencinas (entrada por Juncal) . Teléfono: 2617555638 (WhatsApp)
- H. Schestakow: Lunes a Viernes de 8 a 12 hs.

Se recibirán muestras de Instituciones de Gestión pública, privada y de la Seguridad Social. El traslado de las muestras es responsabilidad de la Institución que las deriva.

No se procesarán muestras que lleguen al LSP o al Laboratorio del Hospital Schestakow, según corresponda, **sin Ficha Epidemiológica y no cargadas al SNVS por el laboratorio derivador.**

Nota: en aquellos casos donde se presente un SFAI con el agregado de exantema, se deberá remitir una alícuota de suero (2 ml) y orina con la Ficha epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática al Laboratorio de Referencia de Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE) cito en el Centro CONI, siguiendo los protocolos de investigación correspondientes a EFE y se deberá dar aviso al Departamento de Inmunizaciones.

Centros de Salud en dónde se toman muestras

CAPS N° 91 COLONIA LAS ROSAS

CAPS N° 2 B° SAN ANTONIO

CAPS N°5 PASCUAL LAURIENTE

CAPS N°14 PEDRO MOLINA

CAPS N°16 VILLA NUEVA

CAPS N°17 CARLOS EVANS

CAPS N°30 DR. ALDO DAPAS

CAPS N°31 DAVID, BUSANA

CAPS N°43 COSTA DE ARAUJO

CAPS N°62 DR.OSCAR DE LELLIS

CAPS N°66 EL MIRADOR

CAPS N°76 DR. PERSICO

CAPS N°114 VILLA ATUEL

CAPS N°121 BOWEN

CAPS N°150 DR.DANIEL REBOLLO

CAPS N°168 LA ESTANZUELA

CAPS N° 238 BACCARELLI

CAPS N°246 PUENTE DE HIERRO

DENGUE

Algoritmo de diagnóstico y notificación de dengue a través del SNVS^{2.0}

Deberá notificarse un caso de Dengue Sospechoso en el SNVS^{2.0} -en forma inmediata-, toda vez que un laboratorio obtenga o reciba una muestra para el estudio de infección por virus dengue. Si el laboratorio notificador no realizara el estudio, deberá derivarla al referente provincial a través del SNVS 2.0

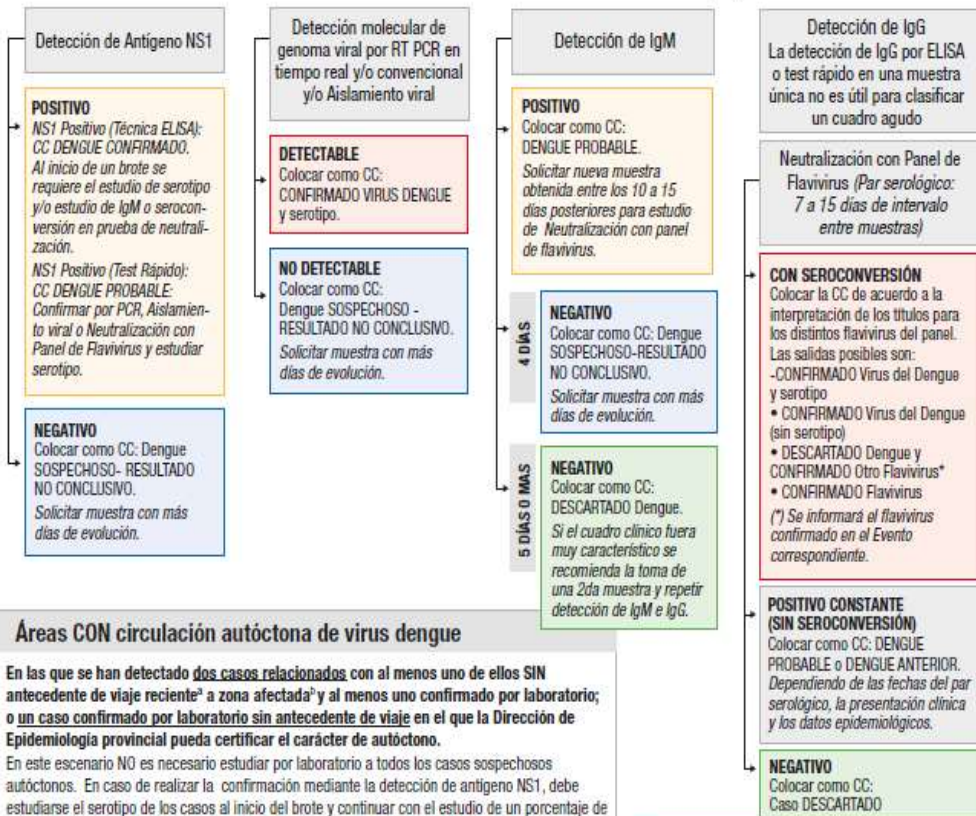
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MÉTODO DE DIAGNÓSTICO

Si la muestra es obtenida entre los 0 a 3 DÍAS de evolución desde el inicio de la fiebre estudiar por métodos directos (NS1, PCR, Aislamiento viral).

Si la muestra es obtenida entre los 4 a 6 DÍAS de evolución desde el inicio de la fiebre combinar un método indirecto (IgM) y al menos uno directo (NS1, PCR, Aislamiento viral).

Si la muestra es obtenida con 7 o MAS DIAS de evolución desde el inicio de la fiebre estudiar por métodos indirectos (IgM, Neutralización con Panel de Flavivirus).

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE CASO (CC)



Áreas CON circulación autóctona de virus dengue

En las que se han detectado dos casos relacionados con al menos uno de ellos SIN antecedente de viaje reciente^a a zona afectada^b y al menos uno confirmado por laboratorio; o un caso confirmado por laboratorio sin antecedente de viaje en el que la Dirección de Epidemiología provincial pueda certificar el carácter de autóctono.

En este escenario NO es necesario estudiar por laboratorio a todos los casos sospechosos autóctonos. En caso de realizar la confirmación mediante la detección de antígeno NS1, debe estudiarse el serotipo de los casos al inicio del brote y continuar con el estudio de un porcentaje de los mismos, para su monitoreo y la vigilancia de la posible introducción de nuevos serotipos.

Áreas SIN circulación autóctona de virus dengue

En este escenario TODO CASO SOSPECHOSO DEBE SER ESTUDIADO POR LABORATORIO y se debe procurar concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar la infección. No se recomienda la aplicación de test rápidos en estas áreas. No se recomienda el uso de tests rápidos en periodos interepidémicos, su uso estaría reservado para fortalecer respuesta diagnóstica en áreas con circulación comprobada.

En cualquier escenario epidemiológico TODO CASO SOSPECHOSO FALLECIDO o que presente criterios de DENGUE GRAVE o una clínica atípica debe ser estudiado por laboratorio.

(a) Se considera reciente haber estado dentro de los 15 días previos al inicio de los síntomas en zona afectada.
(b) Se considera zona afectada aquella que presente circulación de virus dengue comprobada.

8 | PREVENCIÓN Y CONTROL

Se deben planificar las estrategias para la prevención y el control de la enfermedad en función de los distintos escenarios.

Los objetivos de toda buena planificación preventiva deben incluir:

- La supresión de los sitios de cría del mosquito (reales o potenciales)
- La protección de susceptibles
- El control de las poblaciones adultas de mosquitos en situación de brote
- Educación
- Comunicación de riesgos

Acciones de prevención y control³ recomendadas para cada situación epidemiológica

SITUACION	Salud Ambiental	Vigilancia Vector	Vigilancia Enfermedad	Trat. Focal ⁴	Bloqueo	Trat. Espacial
I (sin <i>Aedes aegypti</i>)	++++	Colocación de ovitrampas	--	--	--	--
II (con <i>Aedes aegypti</i> sin historial de dengue autóctono)	++++	Monitoreo con periodicidad dependiente de características climáticas	+++	+++	++++	--
III (con <i>Aedes aegypti</i> con historial de dengue autóctono)			++++	++++	++++	--
IV (epidemia de dengue)			+	++++	++++	+++

Fuente: Adaptado de Coordinación Nacional de Control de Vectores. Guía para Municipios. Ministerio de Salud de la Nación. 2000.

Ref: + Opcional +++ Importante
 ++ Necesaria ++++ Muy Importante

De acuerdo a las características de la situación entomológica y epidemiológica local, las acciones que deben implementarse incluyen:

- medidas de intervención permanentes y sostenidas en el tiempo que tiendan a la eliminación de los factores que permiten la instalación/continuidad de la enfermedad
- acciones que, en situaciones de emergencia, permitan limitar los brotes y minimizar las consecuencias sanitarias de la enfermedad.

¿Cuáles son las acciones que se deben llevar a cabo en forma permanente y sostenida, durante todo el año?

Las acciones que deben realizarse permanentemente, con el objeto de reducir la población del vector están divididas en cuatro grupos:

- Saneamiento ambiental
- Control de recipientes, también llamado control focal
- Evaluación entomológica
- Educación y Comunicación de riesgos

Saneamiento ambiental

Consiste en la gestión integral del agua, excretas, residuos sólidos urbanos, hábitat humano y la protección de la masa viva vegetal, en mantener la limpieza y el orden en los edificios públicos y en erradicación de las viviendas y espacios públicos de todos aquellos recipientes inútiles para los moradores, que podrían ser utilizados por el mosquito como criadero.

Control Focal

Este tipo de control está dirigido a la fase inmadura acuática del mosquito. Se considera "foco" a cualquier recipiente con agua que contiene larvas de *Aedes aegypti*. Se aplica en las viviendas y alrededores inmediatos. Los terrenos baldíos, las orillas de los canales, los parques y jardines públicos, se inspeccionan y tratan como viviendas. Para su ejecución es necesario personal debidamente capacitado, el que trabaja con la cooperación de los vecinos.

Monitoreo o evaluación Entomológica

La vigilancia de *Aedes aegypti* es un proceso orientado al registro sistemático de información entomológica para su análisis constante. Esta información permite predecir, prevenir y/o controlar a los mosquitos.

Educación, Participación Comunitaria y Comunicación de Riesgo

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.

¿Cuáles son las acciones que se deben hacer sólo en caso de aparición de casos de dengue o epidemia?

Las acciones a llevarse a cabo cuando hay **suspecha de casos de dengue** o cuando se está ante un brote confirmado son:

- Tratamiento con adulticidas.
- Intensificación de las tareas habituales de control focal, eliminación de inservibles, educación y comunicación.

Deben mantenerse hasta que finalice el brote o mientras sea posible con las maquinarias y el personal con que se cuente.

Tratamiento con adulticidas

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 FOCAL, ELIMINACIÓN DE INSERVIBLES, COMUNICACIÓN SOCIAL Y EDUCACIÓN.

Este tratamiento puede ser INTRADOMICILIARIO, cuando se efectúa con máquinas portátiles de Ultra Bajo Volumen (ULV). Las mismas pueden ser de niebla fría o termonebulizadoras. La aplicación se realiza hacia el interior de la vivienda y en el peridomicilio.

En caso que el brote se extienda o las máquinas para rociado intradomiciliario sean insuficientes, se aplica otra metodología de trabajo denominada ROCIADO ESPACIAL con equipamiento pesado montado en vehículos: la actividad está recomendada en caso de epidemia. La eficacia de esta actividad es reducida, se estima que mata aproximadamente un 30-40% de la población de mosquitos adultos, por este motivo debe repetirse cada 3 a 5 días, hasta que dejen de aparecer nuevos casos.

¿Qué áreas deben cubrirse con el equipo pesado?

Se debe analizar cada caso según valores de los índices entomológicos, antecedentes epidemiológicos y densidad poblacional. Los tratamientos espaciales son considerados de emergencia, la última herramienta a utilizar. Se debe tener en cuenta el riesgo de aparición de resistencia en los insectos, el impacto causado en el ambiente y el costo de este tipo de tratamiento.

¿En qué horario se aplica el rociado espacial con equipo pesado?

Para que el rociado espacial sea efectivo se debe hacer en la franja horaria en la que el mosquito presenta mayor actividad y las condiciones atmosféricas son óptimas, es decir, durante las primeras horas de la mañana (en Mendoza aproximadamente de 7 a 10 hs) y en las últimas horas de la tarde (de 17 a 20 hs).

¿Qué hacer cuando se está ante un caso sospechoso de dengue?

- **NO SE DEBE ESPERAR LA CONFIRMACIÓN DEL CASO PARA BLOQUEAR. Se actúa ante el caso sospechoso.**
- En la casa del paciente:
 - Búsqueda y eliminación de los recipientes que no son útiles
 - Tratar con larvicida los recipientes que no se pueden eliminar o tapar
 - ROCIADO INTRADOMICILIARIO de la vivienda y el peridomicilio
- En viviendas de la manzana de la casa del paciente y de las ocho manzanas circundantes
 - Búsqueda y eliminación de los recipientes que no son útiles
 - Tratar con larvicida los recipientes que no se pueden eliminar o tapar
 - ROCIADO INTRADOMICILIARIO de la vivienda y el peridomicilio
- Seguimiento de los sitios por los que circuló el paciente con sospecha de dengue y determinar la necesidad o no de realizar las acciones correspondientes (bloqueo y búsqueda de febriles) de esas zonas.

Las áreas operativas de Control de Vectores, Vigilancia entomológica y Vigilancia epidemiológica deben trabajar coordinadamente para poder contar con la información en tiempo y forma y por ende llegar a tiempo con los bloqueos.

Para mayor información, consultar ANEXO 2: documento técnico de orientación de los equipos territoriales en las acciones de bloqueo.

9 | BIBLIOGRAFIA

Orientaciones de Vigilancia, atención de casos y organización de los servicios en contexto de brotes o epidemias de Dengue/Chikungunya. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2023.

Lineamientos para la planificación del abordaje integral de Dengue. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2023.

Dengue, Guía para los equipos de salud. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 4ª Edición 2015.

Algoritmo de notificación de dengue para laboratorios a través de SNVS 2.0, Ministerio de Salud de la Nación, año 2022.

Directrices para la prevención y control de Aedes aegypti. Dirección de enfermedades transmisible por vectores. Ministerio de Salud. Presidencia de la nación.

https://drive.google.com/file/d/17G05sLJ3Qs1V5ENLTY5aqZUIWwwMqKfs/view?usp=share_link

<https://www.cdc.gov/dengue/es/healthcare-providers/diagnosis.html>

<https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2023/04/ARBOVIRUS.-DOCUMENTO-TECNICO-PARA-ORIENTAR-A-LOS-EQUIPOS-TERRITORIALES.pdf>

10 | ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE NOTIFICACIÓN DE SINDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO

https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2018/10/fe_sfai-en-area-no-endemica-de-fha-29012024.pdf

ANEXO 2: DOCUMENTO TÉCNICO PARA ORIENTAR A LOS EQUIPOS TERRITORIALES EN LAS ACCIONES DE BLOQUEO.

Se implementarán las medidas de bloqueo ante la presencia de **casos sospechosos de Dengue** u otras arbovirosis. No se debe esperar a la confirmación de los casos.

Formación de los equipos territoriales:

Se formará un Equipo de trabajo que estará integrado por personal de las Áreas Sanitarias departamentales y referentes de Zoonosis de la Provincia. Dicho equipo realizará las tareas de educación, prevención, control - eliminación de criaderos y búsqueda activa de febriles.

El equipo podrá estar conformado idealmente por:

- un coordinador
- personal de salud
 - promotores de salud
 - agentes sanitarios
 - médicos
 - enfermeros
 - agentes municipales
- cualquier otro individuo y/u ONG de la comunidad que quiera colaborar en las tareas de educación, prevención y control - eliminación de criaderos.
- cada efector de salud podrá sumar al equipo a quien considere pertinente.

Sería conveniente que el Equipo de Trabajo esté integrado por 18 personas, de manera tal que se puedan formar 9 equipos de 2 personas cada uno, siendo cada equipo responsable de una manzana.

A cada equipo de trabajo se le entregará las **planillas de registro domiciliario**¹ que deberán completar y entregárselas al finalizar la tarea al Coordinador del Equipo, el cual luego debe remitirlas junto con el informe completo de las acciones realizadas a la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Zoonosis de la provincia a los siguientes correos: direpidemiología.mza@gmail.com; zoonosis@mendoza.gov.ar

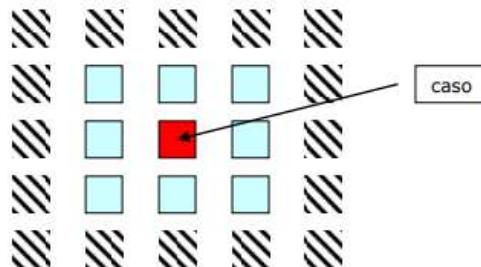
Definición del Área de Trabajo

El **perímetro del área de trabajo “modelo o tipo”** abarca:

- la manzana del caso sospechoso y
- las 8 manzanas lindantes a la misma

Esta área está relacionada con el radio de desplazamiento del mosquito.

La definición del área geográfica a abordar será competencia de los referentes de zoonosis que desarrollarán la actividad en terreno e informarán a los agentes del equipo territorial en el momento del operativo.



¹ Planillas registro bloqueo de casos:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1bZ2ipeHwTzh9HmsmupiyB9M3enGjZs9j/edit?usp=share_link&ouid=114632392612910893811&rtpof=true&sd=true

Planillas registro control focal:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1wUeg8a_ZvlqON-7ZrvsuoYcjQSOyZlh3/edit?usp=share_link&ouid=114632392612910893811&rtpof=true&sd=true

Actividades a desarrollar en el Área de Trabajo:

Las tareas a desarrollar involucran actividades de:

- educación
- prevención
- control de foco: inspección del domicilio para identificación de larvas del mosquito
- eliminación o neutralización de criaderos
- búsqueda activa de febriles
- rociado intra y peridomiciliario según corresponda.

Actividades -Educación y Prevención

Se visitará casa por casa y se informará a cada vecino sobre la enfermedad, su forma de prevenirla, cómo evitar criaderos del mosquito transmisor, se entregará folletería informativa.

Se darán las recomendaciones pertinentes a la medicación en caso de presencia de fiebre (recaltar el uso exclusivo de paracetamol) así como también se recomendará la consulta inmediata al Centro de Atención más cercano.

Se informará además de los síntomas de la enfermedad y los signos de alarma (dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, irritabilidad o somnolencia, lipotimia, sangrado de mucosas) que deben tener en cuenta para una consulta temprana. Se recomendará en cuanto al uso de repelente y su intervalo de colocación y se explicará como aislar (uso de repelente y tela mosquitera o tul) a un paciente con fiebre hasta que se pueda establecer un diagnóstico.

Se les informará qué medidas tomar en caso de que su vivienda deba ser rociada (cubrir todos los recipientes con agua y guardar comestibles, cubrir peceras y pajareras, las personas y mascotas deberán desocupar la viviendas durante la pulverización y permanecer fuera hasta 30 minutos después de la aplicación y luego ventilarla, enjuagar todo recipiente que utilicen para alimentación).

Control- eliminación de criaderos

Se ingresará a la vivienda, se revisará tanto el interior como el exterior de la misma.

Control físico: consiste en colocar una barrera física de forma temporal o definitiva entre el mosquito transmisor del dengue y los recipientes contenedores de agua. Estas actividades incluyen el control de recipientes: lavar, voltear, destruir, cubrir, proteger bajo techo o evitar el almacenamiento de agua en todos los recipientes que sean capaces de criar larvas de mosquitos; en el caso de los floreros se recomendará que coloquen las plantas en arena húmeda, en los recipientes con agua para las mascotas, que laven con cepillo las paredes del recipiente y que cambien diariamente el agua; cepillar los bordes, realizar el mantenimiento, filtrado y clorado adecuado del agua de piscinas; desechar todos aquellos recipientes que no tengan ninguna utilidad para los moradores de la vivienda, siempre y cuando se cuente con la autorización del propietario.

Control químico: consiste en la aplicación de productos químicos con efecto larvicida, que poseen mayor rendimiento e impacto contra los mosquitos en sus etapas larvianas. Se utilizan única y exclusivamente en los depósitos y recipientes en los que no se puede realizar el control físico y que representan un riesgo significativo de convertirse en criaderos de mosquitos.

Identificación Larvaria: de ser posible se reconocerán e identificarán larvas y en caso de no lograr identificarlas, se tomará una muestra y se enviará a zoonosis para su reconocimiento: se debe tomar una muestra del agua en la que se visualicen las larvas, colectada en tubo plástico cónicos o recipiente colector de orina, que contenga aproximadamente un 30% del volumen del recipiente con el líquido que contiene las larvas, rellenarlo con alcohol al 70% sin rebalsarlo y taponarlo. Derivar la muestra rotulada con nombre y apellido, DNI, domicilio y teléfono del morador de la vivienda de donde se extrae la muestra al Departamento de Zoonosis, sito en el predio del Hospital J. N Lencinas. (Tel: 4235527; zoonosis@mendoza.gov.ar)

Búsqueda Activa de Febriles

Dicha actividad deberá estar a cargo de personal del equipo de la salud debidamente entrenado (médicos, enfermeros, agentes sanitarios u otros).

Se visitará casa por casa todo el perímetro determinado y:

- se buscará a personas que presenten o refieran haber manifestado fiebre los últimos 15 días.
- se los indagará en cuanto otro síntoma que hayan podido haber presentado. En el caso que las personas refieran haber tenido síntomas de las vías respiratorias u otro tipo de síntoma que al profesional le haga sospechar un foco infeccioso en particular, ese caso no se registrará como sospechoso de un SFAI.
- si han recibido medicación prescrita por el médico o si se han automedicado y con qué.

- si tienen conocimiento de otro familiar conviviente o vecino que haya presentado durante el transcurso de los últimos 15 días o que presente actualmente fiebre.
- en el caso de identificar con la entrevista un SFAI compatible con un posible caso sospechoso, el profesional procederá a completar la **ficha de notificación obligatoria de SFAI**², teniendo en cuenta que es IMPRESCINDIBLE completar debidamente los datos de contacto y localización (teléfonos, domicilio de residencia- permanencia- estadía del caso), fecha de inicio de síntomas, antecedente de viaje (lugar y fecha), si ha sido vacunado contra la fiebre amarilla y cuándo. En caso de tomarse muestras al/ a la paciente durante el operativo, en la ficha deberá consignarse la fecha de toma de muestra y remitirse con las muestras al laboratorio, por lo cual será necesario realizar un registro mediante foto o escaneo legible de las fichas completas y remitirlas al coordinador del operativo (en formato digital o físico según disponibilidad) junto a las planillas de registro domiciliario de las acciones de bloqueo.
- En los casos que resulten sospechosos de arbovirus (SFAI), se extraerá una muestra de sangre y orina (según disponibilidad en el operativo) o se lo citará al Centro Asistencial más cercano para efectuarla, con estrictas recomendaciones de aislamiento entomológico. Se extenderá el certificado ante caso sospechoso en estudio.
- En cuanto a la muestra: se deberá tomar una muestra de orina y extraer 5 ml de sangre; se enviará el suero y la orina junto a la ficha de notificación completa. Las muestras deben ser derivadas en condiciones de bioseguridad (triple envase) y refrigeradas (no congeladas) al Laboratorio de Salud Pública de 9 a 14 hs. (responsable Abigail Moreta; tel 261-7555638)

Pulverización (rociado, nebulización) con aduictidas

Rociado intradomiciliario: este procedimiento 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 ACOMPAÑARSE DE LAS ACCIONES DE CONTROL FOCAL, ELIMINACIÓN DE INSERVIBLES Y EDUCACIÓN- PREVENCIÓN.

Se efectúa con máquinas portátiles de ultra bajo volumen (ULV), que pueden ser de niebla fría o termonebulizadoras. Se debe tratar el domicilio y el peridomicilio (jardines y patios).

² Ficha epidemiológica de SFAI: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-10/0000001526cnt-ficha-sfai_no-endemica.pdf

La aplicación se realiza dirigiendo la niebla hacia el interior de la vivienda a través de las aberturas de la misma (puertas y ventanas), sin necesidad de ingresar al interior. Previo a la nebulización se deben retirar los habitantes de la vivienda y sus mascotas, debiéndose además tapar los alimentos, acuarios y jaulas de aves. Se debe informar a los moradores que podrán ingresar a la vivienda 30 minutos después que se retiran los aplicadores.

La pulverización intradomiciliaria comenzará por la casa del caso sospechoso, continuará por esa cuadra, posteriormente en la cuadra de enfrente, se completará la manzana del caso y finalmente se fumigarán las 8 manzanas restantes.

La pulverización peridomiciliaria se hará en calles y espacios verdes de todo el perímetro determinado.

Rociado espacial con equipamiento pesado montado en vehículos: esta actividad está recomendada **EN CASO DE EPIDEMIA - BROTE**, pudiéndose complementar con equipos livianos en las áreas de difícil acceso para el vehículo.

La eficacia de esta actividad es reducida, se estima que mata aproximadamente un 30-40% de la población de mosquitos adultos. Este rociado para que sea efectivo debe realizarse en la franja horaria en la que el mosquito presenta mayor actividad y las condiciones atmosféricas son óptimas, es decir, durante las primeras horas de la mañana (de 7 a 10 hs) y en las últimas horas de la tarde (17 a 20 hs).

Debe informarse al público que para que la niebla con insecticida penetre en las viviendas, deben abrir las puertas y ventanas exteriores e interiores. Cada ciclo de rociado para ser efectivo no debe durar más de 5 días, y se deben realizar cada 5 días; el número de ciclos dependerá de la curva epidemiológica y de lo que la autoridad sanitaria recomiende.

Consideraciones finales

La vigilancia de un caso sospechoso debe comprender también el seguimiento de los sitios por los que circuló el paciente y determinar la necesidad o no de realizar las acciones correspondientes (bloqueo y búsqueda de febriles) de esas zonas.

El bloqueo de los casos que van apareciendo debe continuarse hasta que el brote finalice. En cuanto a la repetición del bloqueo, con que se haga una sola vez más es suficiente.

Resumen de los roles y responsabilidades de los Equipos Territoriales:

Equipos de salud de las Áreas Sanitarias departamentales	Equipos de Zoonosis provincial/municipales
Actividades de educación y prevención.	Actividades de educación y prevención.
Control y eliminación de criaderos (podrán colaborar agentes de salud acorde a capacitación previa realizada por zoonosis).	Control y eliminación de criaderos: identificación larvaria, eliminación y/ o neutralización de los criaderos (larvicidas).
Búsqueda activa de febriles.	Rociado domiciliario con adulticidas (intra- peridomicilio) de la manzana del caso y manzanas circundantes.
Detección de casos sospechosos, confección de la ficha epidemiológica de SFAI, derivación para la toma de muestras, recomendaciones de tratamiento, aislamiento entomológico y pautas de alarma, certificación del caso.	Rociado espacial (en situación de brote/epidemia).