

Ministerio de Salud Pública

Montevideo, 10 8 SEP 2023

**SRA. PRESIDENTE DE LA
CÁMARA DE SENADORES
ESC. BEATRIZ ARGIMÓN**

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted con relación al pedido de informes efectuado a solicitud del Sr. Senador Charles Carrera, según Oficio N° 2046/2023, de 11 de mayo de 2023.

En tal sentido, se adjunta respuesta elaborada por la Dirección General de la Salud de esta Secretaría de Estado.

Saluda a usted atentamente.

Oficio N° 877
Ref. N° 001-3-2938-2023
VF


**Dra. KARINA BANDO
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA**

Cámara de Senadores MESA DE ENTRADA	
Hora:	10:45
Fecha:	11 SEP. 2023
Firma:	NB



Ministerio de SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
DIVISIÓN EPIDEMIOLOGÍA

PLAN DE RESPUESTA NACIONAL ANTE UNA EPIDEMIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR *Aedes Aegypti*

Versión Febrero 2016

Notas aclaratorias

Los contenidos del presente Plan fueron elaborados por la **División Epidemiología** del Ministerio de Salud y se basaron en el documento marco “Protocolo de Coordinación General del Sistema Nacional de Emergencias durante la Respuesta a Emergencias y Desastres súbitos”.

Montevideo, febrero 2016





**MINISTRO DE SALUD
Dr. Jorge Basso**

**SUBSECRETARIA DE SALUD
Dra. Cristina Lustemberg**

DIRECTOR GENERAL DE LA SALUD
Dr. Jorge Quian

SUBDIRECTORA GENERAL DE SALUD
Dra. Raquel Rosa

DIRECTORA DE DIVISIÓN EPIDEMIOLOGÍA
Dra. Laura Solá

GRUPO DE TRABAJO

División Epidemiología del MS

Dra. Laura Solá: Directora de la División Epidemiología

Dra. Nuria Santana: Adjunta a Dirección División Epidemiología

Departamento de Vigilancia en Salud del MS

Lic. Mónica Castro: Directora de DEVISA

Dra. Adriana Alfonso: Encargada del sector enfermedades transmisibles DEVISA

Unidad de Zoonosis y Vectores del MS

Dra. Gabriela Willat: Directora de Zoonosis y Vectores

Departamento de Laboratorio del MS

Dr. Héctor Chiparelli: Director

Departamento de Medicina Legal - UDELAR

Prof. Dr. Hugo Rodríguez Almada: Director del Departamento de Medicina Legal

Dra. Cecilia Coitinho Acevedo: Asistente del Departamento de Medicina Legal

ÍNDICE

GLOSARIO.....	9
1. Introducción	12
1.1 Enfermedad por virus Dengue.....	12
1.2 Enfermedad por virus Chikungunya	13
1.3 Enfermedad por virus Zika.....	13
2. Plan de respuesta nacional ante una epidemia de enfermedades transmitidas por <i>Aedes aegypti</i>	15
2.1 Preparación de la respuesta	15
2.2 Organización de la respuesta.....	15
2.2.1 Respuesta local	16
2.2.2 Respuesta departamental	17
2.2.3 Respuesta nacional	17
2.2.4 Estado de desastre	17
3. Comunicación y flujo de información durante la respuesta	18
4. Proceso de la respuesta	19
4.1 Informes durante la respuesta	19
5. Documentos	21
5.1 Documento 1: Sospecha de brote de enfermedad transmitida por <i>Aedes aegypti</i>	21
5.2 Documento 2: Alerta temprana y atención inmediata	22
5.3 Documento 3: Notificación al MS de caso sospechoso de Dengue, Zika y Chikungunya.....	23
5.4 Documento 4: Envío de muestras a laboratorio	25
5.5 Documento 5: Resultado preliminar de laboratorio	27
5.6 Documento 6: Investigación de campo por parte de MS.....	28
5.7 Documento 7: Coordinación Plan departamental de respuesta	31
5.8 Documento 8: Declaración del fin de la respuesta.....	32

7. Anexos

ANEXO I: Formato de informe de situación diario por patología	33
ANEXO II: Formulario de notificación de sospecha de Dengue, Chikungunya y Zika.....	34
ANEXO III: Planilla de relevamiento larvario – formulario de campo. Zoonosis y Vectores-DDS	35
ANEXO IV: Planilla de recolección de la información de búsqueda activa.....	36
ANEXO V: Procedimiento e instructivo de llenado de las planillas	37
ANEXO VI: Consentimiento informado para extracción de sangre para estudio de laboratorio para enfermedades transmitidas por <i>Aedes aegypti</i>	37
ANEXO VII: Dinámica de la enfermedad por virus Dengue	38
ANEXO VIII: Contenido del informe de resultado final de la Investigación de campo.	39
ANEXO IX: Tarjeta de seguimiento de pacientes con sospecha de Dengue.....	40
ANEXO X: Flujograma de diagnóstico y tratamiento.....	41
ANEXO XI: Manejo de cadáveres.....	43
ANEXO XII. Medidas de control vectorial durante el brote	45
Anexo XIII. Estrategia de comunicación de riesgos.....	47
ANEXO XIV: Recomendaciones en caso de brindar entrevistas	51
ANEXO XV: Recomendaciones para convocar a una conferencia de prensa.....	53

GLOSARIO

Bloqueo de caso: medidas implementadas para evitar la transmisión.

Brote: dos o más casos de un mismo evento vinculados epidemiológicamente, limitado a un espacio localizado.

Caso autóctono: caso confirmado por laboratorio sin antecedente de viaje fuera del país.

Contingencia: hecho o problema que se plantea de forma imprevista y ante lo que se debe estar prevenido.

DDS: Dirección Departamental de Salud.

Desastre: es toda situación que causa alteraciones intensas en los componentes sociales, físicos, ecológicos, económicos y culturales de una sociedad, poniendo en peligro inminente la vida humana, los bienes de significación y el medio ambiente, sobrepasando la capacidad normal de respuesta local y eficaz ante sus consecuencias.

DEVISA: Departamento de Vigilancia en Salud - MS.

DLSP: Departamento de Laboratorio de Salud Pública.

Emergencia: es el estado caracterizado por la alteración o interrupción intensa y grave de las condiciones normales de funcionamiento u operación de una comunidad, causada por una reacción inmediata y exige la atención o preocupación de las instituciones del Estado, de los medios de comunicación y de la comunidad en general.

Epidemia: es un incremento en el número de casos de una enfermedad con respecto al número de casos esperados para la región. Debido a que el virus del Dengue no circula en nuestro territorio, un solo caso de Dengue autóctono constituye una epidemia.

Índice de Breteau (IB): mide la densidad de la infestación vectorial, es el resultado del cociente entre el número de recipientes con *Aedes aegypti* y el número de viviendas encuestadas.

Índice de Infestación Predial (IIP): es el porcentaje de domicilios con presencia de *Aedes aegypti* del total de viviendas visitadas.

LIRAA: Levantamiento de Índices Rápido de *Aedes aegypti*.

Manejo Integrado de Vectores (MIV): es una estrategia que incluye una gran variedad de métodos complementarios (físicos, mecánicos, químicos, biológicos, genéticos, legales y culturales) para el control de plagas. Es un método ecológico que aspira a reducir o eliminar el uso de plaguicidas y de minimizar el impacto al medio ambiente.

Ovitrapa: instrumento que permite detectar la presencia de huevos *Aedes aegypti*.

Primer Nivel de Atención: es el conjunto de recursos y procedimientos tecnológicos, organizados para resolver las necesidades básicas y las demandas más frecuentes en la atención de la salud de una población dada.

Punto estratégico: es un lugar que por su ubicación, la gran circulación de vehículos o personas, y/o la presencia de numerosos criaderos, hace que sea más probable encontrar al *Aedes aegypti*. Por ejemplo: puerto, aeropuerto, paso de frontera, peaje, parador, gomería, chatarrería, cementerio, etc.

Sala de expansión: área prevista de atención diferenciada para pacientes con síndrome febril, con mosquiteros en las aberturas y termovaporizadores funcionando, donde se ofrezca hidratación.

Sala de crisis: espacio físico donde la información de salud es analizada sistemáticamente por un equipo de trabajo, especialmente en situaciones de emergencia.

SAME: Sistema de Atención Médica de Emergencias.

Segundo Nivel de Atención: está constituido por los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos, para la atención médica en régimen de hospitalización, continua o parcial, de diversos niveles de complejidad. Se ubica en los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría.

Sistema de referencia y contrarreferencia: para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente por parte del sistema sanitario, los niveles de atención deben de funcionar en forma coordinada, existiendo una continencia o capacidad operativa de cada uno de ellos, acorde con las necesidades.

Referencia: constituye un procedimiento administrativo-asistencial, mediante el cual, un establecimiento de salud (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda) transfiere la responsabilidad del cuidado de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutivez.

Contrarreferencia: es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario.

Tercer Nivel de Atención: se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de Diálisis, entre otros.

Triage: es el método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para su atención siguiendo el flujograma elaborado por el MS.

UBV: la pulverización espacial consiste en la aplicación de un insecticida líquido a ultra bajo volumen (UBV) que se dispersa en la masa de aire dentro de un ambiente cerrado o en espacios abiertos. Se forman cientos de millones de gotitas diminutas de menos de 30 micras de diámetro, usando equipos pesados montados sobre vehículos o con equipos portátiles. Su objetivo es impactar sobre el mosquito, durante los períodos en que este se encuentra en vuelo reduciendo en forma inmediata la densidad vectorial. El tratamiento espacial no tiene poder residual, solamente es eficaz mientras las gotitas se mantengan suspendidas en el aire.

UZV: Unidad Zoonosis y Vectores del MS.

1. Introducción

Debido a la expansión en la Región de las Américas de las enfermedades transmitidas por el mosquito *Aedes aegypti* (Dengue, Chikungunya y Zika) y tomando en cuenta que el mosquito está presente en varios países de la región, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) refuerzan las recomendaciones sobre las estrategias a implementar para reducir la densidad del vector así como la vigilancia y medidas de prevención y control. La estrategia debe desarrollarse a partir de la vigilancia existente para Dengue, orientada a detectar la introducción de Chikungunya y Zika, teniendo en cuenta las diferentes presentaciones clínicas de cada patología.

1.1 Enfermedad por virus Dengue

El Dengue es una enfermedad endémica en la región de las Américas, con ciclos epidémicos, que continúa siendo un problema significativo de salud pública. Su persistencia se asocia con la existencia de determinantes sociales y ambientales, tales como el crecimiento poblacional, las migraciones, la urbanización no controlada ni planificada y los grandes cinturones de pobreza en las ciudades.

Chile continental (con excepción de la Isla de Pascua) es el único país de la región que no ha identificado circulación de Dengue autóctono.

Uruguay, después de casi dos décadas de la reintroducción del vector y de 100 años del último reporte de Dengue autóctono, se encuentra en fase de confirmación de circulación autóctona.

En las Américas, el Dengue mantiene una situación epidemiológica muy compleja, con la circulación de los cuatro serotipos de la enfermedad y condiciones muy propicias para su transmisión.

En el año 2013 se reportaron 2.351.903 casos de Dengue, 37.692 de Dengue grave y 1.280 muertes. Esto representó el doble de incidencia y un 14% más de casos severos, con un 40% más de muertos que en el año 2012. En el año 2014, los casos de Dengue reportados fueron 1.176.529. Hubo 16.238 casos de Dengue grave y ocurrieron 798 muertes.

En el año 2015 fueron reportados en las Américas 2.235.097 casos de Dengue, 10.092 casos de Dengue grave y ocurrieron 1.142 muertes. La incidencia fue de 367,9 casos/100.000 habitantes.

El Cono Sur concentró el 72,9% de los casos del continente y el 73,8% de las muertes en 2015.

Dado el escenario regional y la situación vectorial del país, existe un riesgo inminente de aparición de la enfermedad en nuestro territorio.

1.2 Enfermedad por virus Chikungunya

La fiebre Chikungunya es una enfermedad vírica transmitida al ser humano por mosquitos del género *Aedes* infectados. Se trata de un virus ARN del género alfavirus, familia Togaviridae. “Chikungunya” es una voz del idioma Kimakonde que significa “doblarse”, en alusión al aspecto encorvado de los pacientes debido a los dolores articulares. Además de fiebre y fuertes dolores articulares, produce otros síntomas, tales como dolores musculares, dolores de cabeza, náuseas, cansancio y erupciones cutáneas.

La mayoría de los pacientes se recuperan completamente, pero en algunos casos, los dolores articulares pueden durar varios meses o incluso años. Las complicaciones graves no son frecuentes. A menudo puede pasar inadvertida o diagnosticarse erróneamente como Dengue en zonas donde éste es frecuente. Como no tiene tratamiento curativo, el mismo se centra en el alivio de los síntomas.

Se descubrió por primera vez durante un brote ocurrido en el sur de Tanzania en 1952. En 2007 se notificó por vez primera la transmisión de la enfermedad en Europa, en un brote localizado en el nordeste de Italia. Desde entonces se han registrado brotes en Francia y Croacia.

En diciembre de 2013, Francia notificó dos casos autóctonos confirmados mediante pruebas de laboratorio en la parte francesa de la isla caribeña de St. Martin. Este fue el primer brote documentado de fiebre Chikungunya con transmisión autóctona en las Américas. Desde entonces se ha confirmado la transmisión local en más de 43 países y territorios de la Región de las Américas. En 2 años se han superado los 2 millones de casos sospechosos y se le han atribuido 191 muertes a esta enfermedad. En Canadá, México y los Estados Unidos de América ya registran casos importados.

1.3 Enfermedad por virus Zika

La infección por el virus Zika, un flavivirus, es transmitida por mosquitos del género *Aedes*. Aislado por primera vez en 1947 en monos *Rhesus* del bosque de Zika (Uganda); la infección en humanos se demostró inicialmente por estudios serológicos en Uganda y Tanzania en 1952. Se logró aislar el virus a partir de muestras humanas en Nigeria en 1968.

El primer caso autóctono en las Américas fue notificado en febrero de 2014 por el Ministerio de Salud de Chile (Isla de Pascua).

Desde febrero de 2015 se ha verificado un importante incremento de casos por el Ministerio de Salud de Brasil.

En octubre de 2015 ese Ministerio alertó sobre un incremento inusual de casos de microcefalia en el estado de Pernambuco, donde se detectaron en menos de un año 141 casos, cuando anualmente se reportaban apenas 10 casos. Posteriores investigaciones confirmaron la presencia del genoma de virus Zika, a través de la técnica RT-PCR, en fluido amniótico de dos embarazadas de Paraíba, cuyos fetos presentaban microcefalia. También en Brasil, en noviembre de 2015, se verificó la presencia del genoma del virus Zika en muestras de tejidos y sangre de un recién nacido fallecido y portador de microcefalia. Estos hallazgos se han confirmado por inmunohistoquímica por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), tal como comunicó Brasil a principios de enero de 2016. Un estudio reciente realizado por Fiocruz-Paraná confirmó por histoquímica la presencia del virus en placenta.

El Ministerio de Salud de Brasil declaró una emergencia nacional de salud pública.

Desde 2015 y hasta el 22 de enero de 2016, son 20 los países y territorios que han confirmado circulación autóctona de virus Zika en las Américas: Brasil, Barbados, Bolivia, Chile (Isla de Pascua), Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guayana, Guyana Francesa, Haití, Honduras, Martinica, México, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, San Martín, Surinam y Venezuela.

Tras la picadura del mosquito infectado, los síntomas de enfermedad aparecen después de un periodo de incubación de tres a doce días.

No suelen producirse casos mortales. La infección puede ser asintomática (70-80% de los casos) o presentarse con la clínica (fiebre, cefalea, mialgias y/o artralgias exantema maculopapular pruriginoso, astenia, conjuntivitis no purulenta, edema en miembros inferiores).

Dado que la enfermedad por virus Zika suele ser leve, los síntomas iniciales pueden pasar desapercibidos lo cual disminuye la oportunidad para la toma de la muestra. Aunque el período de viremia aún no ha sido plenamente establecido, el RNA viral ha sido detectado en suero hasta 10 días después de iniciados los síntomas.

La identificación de circulación autóctona de cualquiera de estos virus, se define como una emergencia que requiere una respuesta coordinada y multisectorial, por este motivo se elabora el presente plan de respuesta nacional, con el apoyo y sustento de la estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Emergencia (SINAE).

El SINAE es un sistema público de carácter permanente para la Gestión Integral del Riesgo de Desastres. La instancia superior de decisión y coordinación del Sistema reside en el Poder Ejecutivo.

Las acciones programadas y cumplidas en el marco del funcionamiento del SINAE son de orden público y su cumplimiento es obligatorio, sin perjuicio de las garantías constitucionales y legales vigentes.

2. Plan de respuesta nacional ante una epidemia de enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti*

El presente plan tiene como objetivos:

- ser un instrumento operativo que defina el marco general de la gobernabilidad de la respuesta nacional ante una epidemia.
- promover una mayor eficacia en la coordinación interinstitucional y garantizar el flujo de información fiable y oportuna para mitigar el impacto sobre las personas y el ambiente.
- regular la organización y la secuencia de responsabilidades, acciones y procedimientos que deben adoptarse para responder a la epidemia.

Está dirigido a todas las instituciones públicas y privadas de las diversas áreas, que están involucradas en la respuesta, así como a las comunidades afectadas, los medios de comunicación y la sociedad en su conjunto. Debe ser consultado tanto para la preparación de la respuesta, como para la ocurrencia de cualquier situación que constituya una amenaza de circulación viral.

2.1 Preparación de la respuesta

Para que la respuesta sea efectiva, debe previamente cumplirse con la fase de preparación en los diferentes niveles.

La misma será dirigida por la autoridad sanitaria, a través de un trabajo interinstitucional articulado con el Centro Coordinador de Emergencias Departamentales (CECOED). Asimismo, durante la fase de preparación, los municipios adoptarán las medidas necesarias en el marco de sus facultades, coordinando y colaborando con las autoridades respectivas.

2.2 Organización de la respuesta

Los niveles de descentralización y coordinación durante la respuesta a la epidemia, estarán determinados por la dimensión de la misma, por el nivel de riesgo y por los requerimientos específicos de la respuesta.

Los niveles de coordinación de la respuesta se indican en la figura 1.

Figura 1. Niveles de coordinación de respuesta.

NIVEL DE RESPUESTA	COORDINACIÓN DE LA RESPUESTA
Respuesta Local. Alerta temprana y respuesta inmediata	MS – Epidemiología - DDS Instituciones de salud DLSP ¹
Respuesta Departamental	MS – Epidemiología - DDS Comité Departamental de Emergencias
Respuesta Nacional	Comando de Respuesta Nacional
Situación de Desastre	Poder Ejecutivo

2.2.1 Respuesta local

La respuesta local se desencadena frente al aumento del número de consultas de síndromes febriles, sin otra causa que lo explique y/o la confirmación laboratorial de un caso de Dengue, Zika o Chikungunya.

Esta actividad es responsabilidad de los centros asistenciales de salud y comprende:

- Sospecha del caso según los criterios clínicos y epidemiológicos.
- Asistencia e implementación de medidas inmediatas de aislamiento. El mismo consiste en ubicación en habitación con mosquitero o colocación de tul, uso de repelente, termovaporizadores y pastillas. No requiere equipamiento de protección personal para el equipo de salud, ni familiares.
- Alerta temprana, a través de la notificación de la sospecha del caso, a DEVISA o a la DDS por la vía más rápida.
- Extracción de muestra para diagnóstico y envío al DLSP.

La respuesta inmediata efectuada por la institución que emite el alerta, estará basada en las recomendaciones que figuran en este plan o en las orientaciones realizadas por la DDS. El primer servicio médico que llegue ante un caso sospechoso debe notificar al MSP.

Durante la fase de atención inmediata, los municipios adoptarán las medidas urgentes necesarias en el marco de sus facultades.

La respuesta local pasará a ser departamental cuando se identifiquen dos o más casos con sospecha de enfermedad transmitida por *Aedes aegypti*.

1. Hasta que este Plan sea modificado por la autoridad sanitaria, el DLSP será el único laboratorio que participará de la alerta temprana, ya que el diagnóstico de Dengue se encuentra centralizado en el mismo.

2.2.2 Respuesta departamental

La DDS será responsable de notificar al coordinador del Centro Coordinador de Emergencias Departamentales (CECOED) respectivo, en forma inmediata, ya que se requiere el trabajo articulado de más de una institución durante la respuesta y en instancias posteriores de rehabilitación o recuperación.

El director departamental de salud será el responsable de establecer las salas de crisis y de coordinar con el CECOED la respuesta departamental.

Es función del CECOED, ejecutar las acciones de acuerdo al presente plan y adoptar todas las acciones que sean necesarias durante la respuesta.

Se deberá mantener informado al Ministerio de Salud en forma permanente sobre el estado de la capacidad de respuesta departamental.

La DDS deberá asegurar el flujo de información y coordinar con los medios de comunicación, las declaraciones públicas y las recomendaciones a la población.

2.2.3 Respuesta nacional

Dado que una epidemia de cualquiera de las enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti* representa un impacto en la salud pública con un alto riesgo de diseminación geográfica, la coordinación de la respuesta nacional, se realizará desde el inicio del evento.

El Ministro de Salud será responsable de notificar al Coordinador del Sistema Nacional de Emergencias (SINAE) y convocará al comando de respuesta nacional y creará la sala de crisis nacional.

El comando de respuesta nacional funcionará en forma permanente hasta la finalización del evento. Contará con un área operativa y una técnica, que en forma conjunta darán las directivas, elaborarán los informes de seguimiento (atendiendo a la evaluación de los riesgos, los pronósticos, las necesidades y las capacidades de respuesta), facilitarán el flujo de información entre las instituciones involucradas y serán responsables de asegurar la implementación coordinada de las decisiones adoptadas.

El comando de respuesta nacional coordinará, la relación con los medios de comunicación, las declaraciones públicas y las recomendaciones a la población.

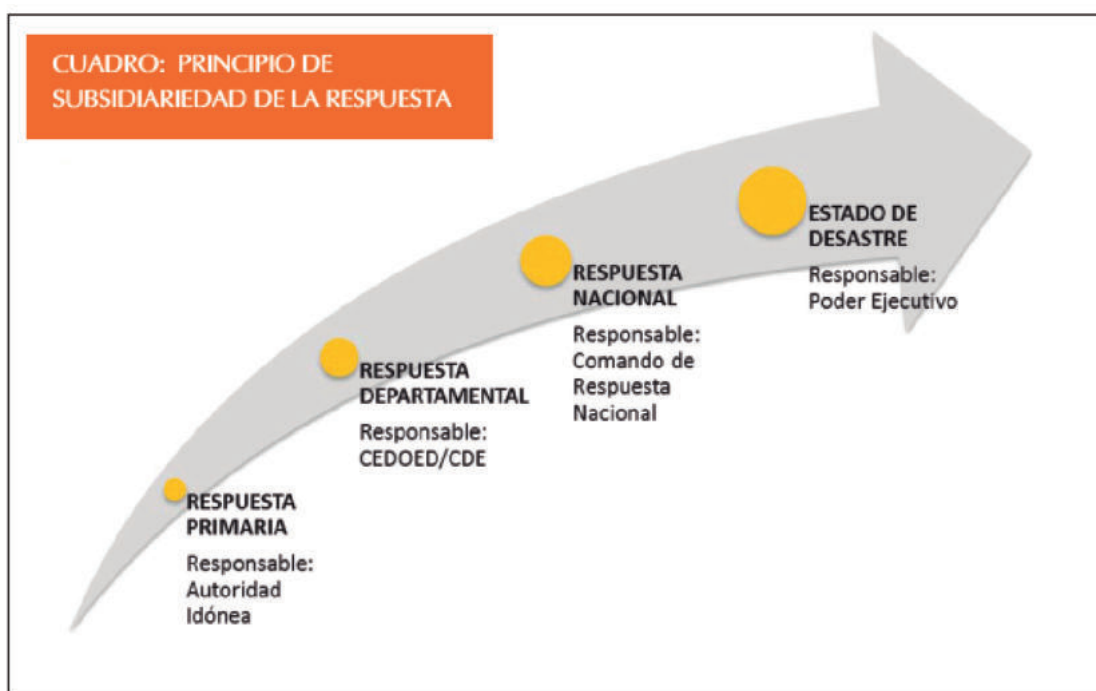
2.2.4 Estado de Desastre

El Estado de Desastre será declarado por el Poder Ejecutivo, actuando el Presidente de la República en acuerdo con los Ministros competentes por razón de materia, o en Consejo de Ministros.

El Estado de Desastre está determinado por la magnitud y el impacto del evento: se fundamenta en la necesidad de una organización, coordinación y asignación de recursos a gran escala y en forma inmediata por parte de las instituciones y la comunidad nacional y, eventualmente, de la comunidad internacional.

Declarado el Estado de Desastre, la dirección general de la respuesta será asumida por el Poder Ejecutivo. El Comando de Respuesta Nacional se constituirá como la Secretaría General del Poder Ejecutivo para la respuesta durante el Estado de Desastre.

Figura 2. Representación de la subsidiariedad de la respuesta.



3. Comunicación y flujo de información durante la respuesta

La información oficial sobre la epidemia será comunicada exclusivamente por las autoridades responsables de la coordinación (MS-SINAE), de acuerdo al nivel de respuesta vigente. Para ello, dispondrán de un Plan de Comunicación Pública para Emergencias y Desastres.

Por tratarse de un evento de Salud Pública de importancia nacional y con posibilidad de propagación internacional, el MS comunicará el evento a través del Centro de Enlace para el RSI (Reglamento Sanitario Internacional) a la OPS-Washington dando cumplimiento a la normativa internacional vigente.

Todos los órganos y organismos vinculados con la respuesta deberán brindar la información que les sea requerida por el Ministerio de Salud.

Las personas que ocupen cargos en la administración pública, no podrán brindar declaraciones públicas sobre el evento, de no mediar autorización expresa de la autoridad responsable de la coordinación de la respuesta. El incumplimiento de este deber será considerado falta grave.

4. Proceso de la respuesta

En la figura 3 se muestra el flujograma que ilustra el proceso general de la respuesta y la responsabilidad de los actores institucionales en las diferentes fases. En el mismo están consignados los protocolos y recomendaciones que deben regir el trabajo de cada actor en cada momento del proceso. Las instituciones involucradas deberán disponer de los planes y protocolos correspondientes adecuados a lo que reglamenta este documento.

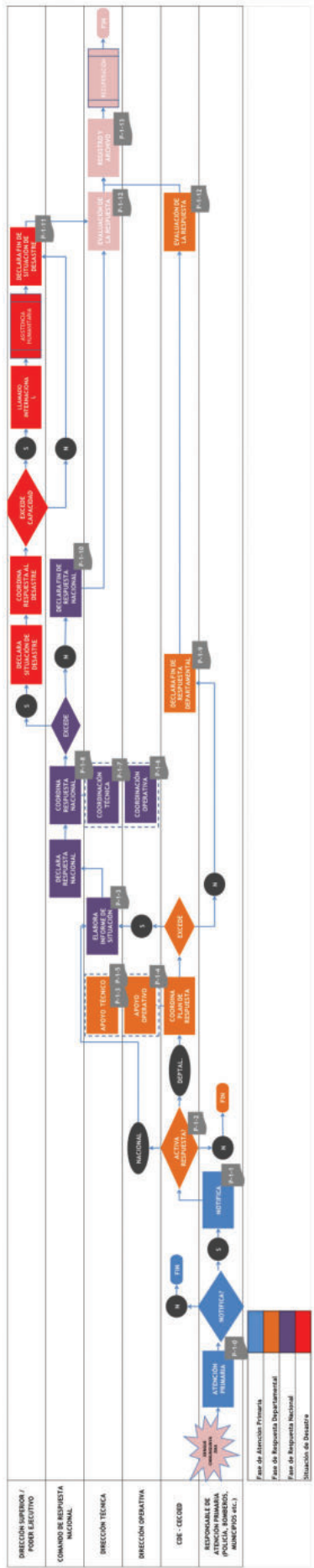
En los Anexos XIII, XIV y XV encontrará recomendaciones para el manejo de la comunicación.

4.1 Informes durante la respuesta

En situación de brote el nivel departamental, deberá elaborar, como mínimo, un informe de situación diario de los nuevos casos.

Para elaborar el mismo, se deberá solicitar a los diferentes involucrados (instituciones de salud, áreas de rehidratación, servicios de atención domiciliaria, CECOED, organizaciones que apoyan la respuesta, etc.) la información diaria con la que cuentan y consolidarla según el formulario que figura en el Anexo I.

Figura 3. Flujoograma de respuesta a situaciones de emergencia.



5. Documentos

5.1 Documento 1: Sospecha de brote de enfermedad transmitida por *Aedes aegypti*

Las situaciones que se mencionan a continuación desencadenarán las acciones del presente plan:

1. Aumento repentino de consultas en servicios de salud (institucional o ambulatoria) de una zona, localidad o departamento, de casos de síndrome febril inespecífico, sin una causa que lo explique.
2. Dos o más consultas que cumplen con la definición de caso sospechoso en una misma área geográfica.
3. Resultado laboratorial positivo para cualquiera de las tres enfermedades informado por el DLSP.

Nota: la identificación de un resultado IgM REACTIVO para Dengue en un caso individual, cuya investigación de campo no identifica más casos, y/o la vigilancia vectorial de la zona y el radio son negativas, no evitan las medidas de control vectorial, pero orientan a la investigación de otras etiologías (ej: otras arbovirosis).

Dada la situación epidemiológica de Uruguay, el diagnóstico confirmatorio de Dengue, Zika o Chikungunya autóctono, deberá realizarse en el laboratorio de referencia nacional (DLSP) y confirmarse posteriormente en un laboratorio de referencia regional.

Una vez confirmada la epidemia de cualquiera de los tres agentes, no se requerirá la confirmación laboratorial diagnóstica de todos los casos sospechosos.

El MS determinará el porcentaje de muestras de sangre necesarias para fines de vigilancia epidemiológica y laboratorial.

5.2 Documento 2: Alerta temprana y atención inmediata

Ante toda situación que constituya una sospecha o brote:

1. Si se trata de Dengue, asistir a los pacientes siguiendo los lineamientos presentes en la Publicación “Dengue: Guía de Atención para Enfermos en la región de las Américas – OPS/OMS”, disponible en http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/guia_Dengue_uruguay.pdf
2. Aplicar medidas de aislamiento en los casos que esté transcurriendo período virémico (mantenerlas hasta cumplidas 48 horas en apirexia).
3. Realizar la notificación de la sospecha por la vía más rápida al Departamento de Vigilancia en Salud o a la Dirección Departamental de Salud del MS.
4. Si el número de consultas de síndromes febriles o casos sospechosos lo justifica, implementar el plan de contingencia institucional definiendo un área de asistencia específica para este evento y el triaje de todas las consultas.
5. Recomendar al paciente caso la permanencia en domicilio (si la situación clínica lo permite) usando repelente e insecticidas de uso doméstico (spray o termovaporizadores). Lo ideal es que toda la casa, o la habitación del paciente en su defecto, cuenten con aberturas cubiertas con tejido mosquitero o utilicen tul sobre la cama.
6. DEVISA coordinará con la Unidad de Zoonosis y Vectores-MS el monitoreo y control vectorial ambiental.

5.3 Documento 3: Notificación al MS de caso sospechoso de Dengue, Zika y Chikungunya.

La notificación de caso sospechoso debe realizarse según la normativa vigente (decreto presidencial 41/012) utilizando el formulario correspondiente a los tres agentes (Anexo II).

Si el evento a notificar es la sospecha de un brote, llene un formulario por cada caso.

- **Caso sospechoso de Dengue:** toda persona que presente enfermedad febril aguda con una duración de hasta 7 días, y se acompañe de 2 o más de los siguientes síntomas: cefalea, dolor retroorbitario, mialgias, artralgias, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas leves y leucopenia sin afectación de las vías aéreas superiores con o sin antecedente de viaje, sin otra causa que lo explique.
- **Caso confirmado de Dengue:** todo caso sospechoso confirmado por laboratorio con alguna de las siguientes técnicas: detección de IgM específica por ELISA de captura, cuadruplicación de títulos de IgG en sueros pareados, PCR, aislamiento viral, inmunohistoquímica, IHA.
- **Caso sospechoso de Chikungunya:** paciente con fiebre $>38,5^{\circ}\text{C}$ ($101,3^{\circ}\text{F}$) y artralgia severa o artritis de comienzo agudo, que no se explican por otras condiciones médicas, con o sin antecedentes de viaje.
- **Caso confirmado de Chikungunya:** todo caso probable con resultado positivo a virus Chikungunya mediante la detección de genoma viral mediante RT-PCR en tiempo real en muestras de suero tomado en los primeros doce días de inicio del cuadro clínico.
- **Caso sospechoso de Zika:** toda persona que presente cuadro febril agudo más la presencia de exantema máculopapular y conjuntivitis (no purulenta) y se acompañe de uno a más de los siguientes: mialgias, artralgias, cefalea o dolor retroocular, con o sin antecedentes de viaje.
- **Caso confirmado de Zika:** Todo caso probable con resultado positivo a virus Zika mediante la detección de ARN viral mediante RT-PCR en tiempo real en muestras de suero tomado en los primeros cinco días de inicio del cuadro clínico.

Figura 4. Protocolo de notificación de evento al MS.

Obligatoriedad de la notificación	Vías de notificación
<p>Están obligados a notificar los eventos señalados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicos, veterinarios y otros profesionales de la salud, en el ejercicio libre de su profesión o en relación laboral de dependencia. • Directores técnicos de hospitales o instituciones de asistencia públicos y privados. • Directores técnicos de laboratorios de análisis clínicos y bancos de sangre. • Otros profesionales de la salud y personal sanitario de todas las categorías. • Responsables de internados, comunidades, campamentos y similares. • Directores de escuelas, liceos u otros establecimientos de enseñanza públicos o privados. • Mandos de establecimientos y dependencias de las Fuerzas Armadas y Ministerio del Interior. • Capitanes de buques y los pilotos de aeronaves o sus representantes. • También podrá notificar una enfermedad o evento cualquier ciudadano que tenga conocimiento o sospecha de la ocurrencia de una enfermedad o circunstancia que pueda significar riesgo para la salud pública. 	<p>Departamental de Salud por cualquiera de las siguientes vías:</p> <p>Toda notificación debe realizarse al Departamento de Vigilancia en Salud o a la Dirección.</p> <p>Tel: 24091200 1934- int 4010</p> <p>Fax: 24085838</p> <p>Email: vigilanciaepi@msp.gub.uy</p> <p>Sistema on line: www.msp.gub.uy</p>

5.4 Documento 4: Envío de muestras al laboratorio para confirmativo

El DLSP es el centro de referencia Nacional para la vigilancia de agentes infecciosos emergentes y reemergentes en el país, y en estos eventos de salud sin definición aún de transmisión autóctona, es el **único** servicio de laboratorio autorizado y avalado internacionalmente para realizar el diagnóstico de Dengue, Chikungunya y Zika. En sus instalaciones cuenta con nivel de Bioseguridad 2 (BSL 2) y Bioseguridad 2 plus (BSL 2+)

Toma y envío de muestra de casos sospechosos de enfermedad por virus Dengue, Chikungunya y Zika:

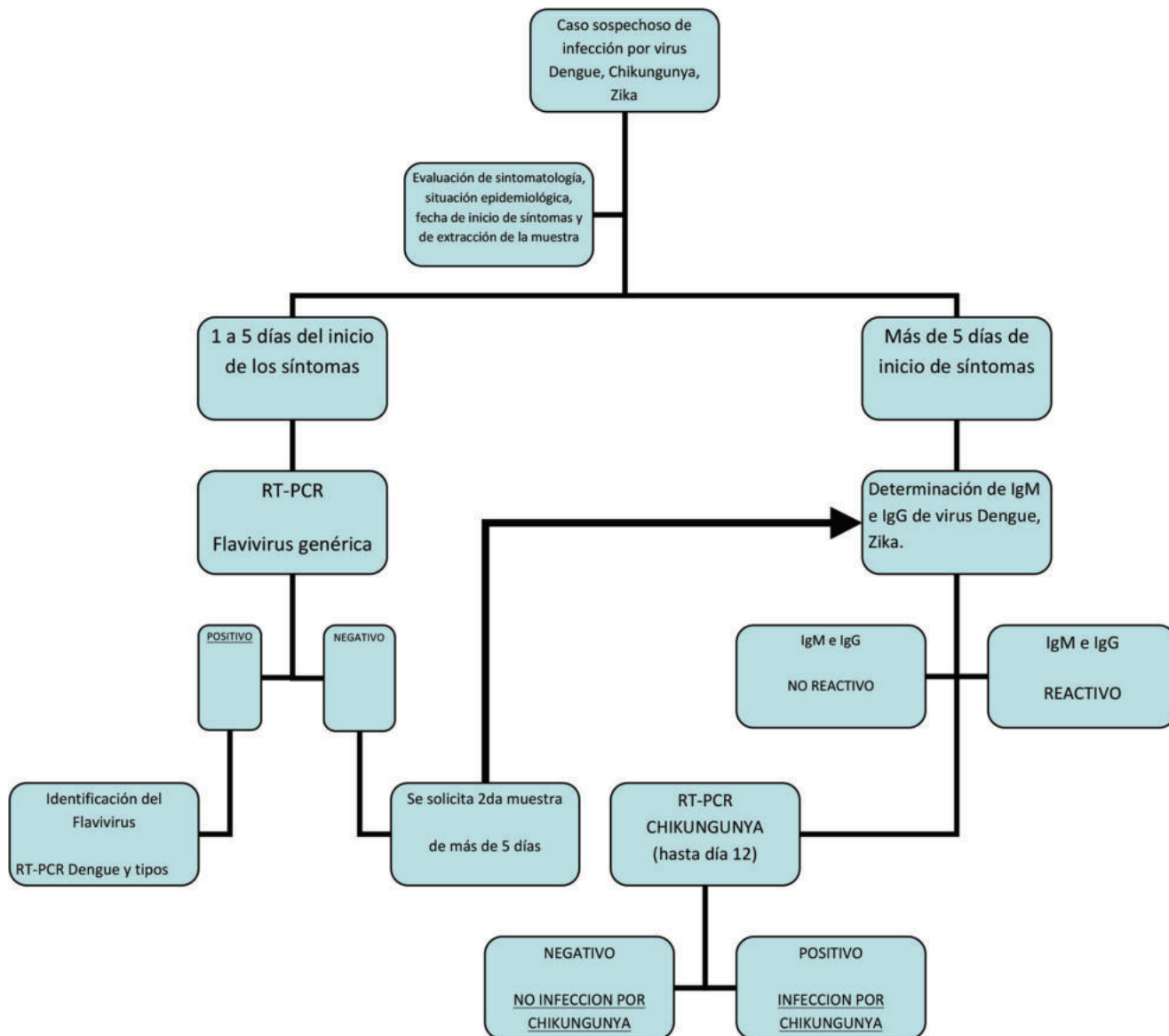
- Realizar extracción de las muestras de sangre venosa en un tubo con tapón de cierre hermético, estéril, con anticoagulante EDTA (ej: tubo de hemograma de 3 o 5 ml) y un tubo seco.
- Rotular el tubo de la muestra de sangre con la identificación del paciente (nombre y cédula de identidad) y fecha de la extracción.
- Adjuntar una copia de la ficha epidemiológica.
- La conservación y transporte de la muestras, se debe realizar en condiciones de refrigeración (4-8°C). No se debe separar el plasma, ni congelar la muestra entera.
- Entregar en el Laboratorio de Referencia (Departamento de Laboratorio de Salud Pública – Avda. Alfredo Navarro 3051 – Acceso Norte, Montevideo) (Tel.: 24872516 – 24872616).
- Condiciones para el transporte de muestras de sangre:
 - Ubicar el tubo de sangre dentro de una bolsa y cerrar la misma.
 - Ubicar la primera bolsa con el tubo dentro de una segunda bolsa y cerrarla. Adjuntar en el exterior de la segunda bolsa la documentación correspondiente (formulario, ficha, etc.).
 - Ubicar la segunda bolsa dentro de una tercera bolsa y cerrarla. El triple envase, así constituido, ubicarlo en el contenedor (heladera) de envío de muestras refrigeradas.

El diagnóstico de infección por virus Dengue, Chikungunya y/o Zika es complejo y se debe **precisar fundamentalmente la fecha de inicio de los síntomas, la fecha de la consulta al médico y la toma de la muestra**. Esto es imprescindible para definir los métodos de laboratorio a ser aplicados.

Los procedimientos técnicos utilizados son técnicas inmunológicas y/o moleculares de acuerdo a la fecha de la toma de la muestra y a la fecha del inicio de los síntomas.

Metodologías

- Determinación de Anticuerpos IgM para Dengue, en muestras de origen humano con kits comerciales y con protocolo de CDC Dengue Branch de Puerto Rico.
- Determinación de anticuerpos IgG para Dengue, en muestras de origen humano.
- Determinación de anticuerpos IgM para Virus San Luis, en muestras de origen humano.
- Detección de fragmento de genoma viral de secuencia genérica de Flavivirus.
- Detección de fragmento de genoma viral de virus Dengue y tipificación
- Detección de fragmento de genoma viral de virus Chikungunya.
- Detección de fragmento de genoma viral de virus Zika.
- Secuenciación del material genético viral y análisis filogenéticos.



5.5 Documento 5: Resultado preliminar de laboratorio

En el laboratorio de Virus Emergentes de la Unidad de Virología del DLSP, se proceden a realizar las siguientes determinaciones:

1. Si la muestra clínica es extraída antes de los 5 días de iniciados los síntomas para Dengue y Zika o antes de los 12 días para Chikungunya, el proceso diagnóstico solo es posible realizando la investigación por métodos moleculares.

Los resultados posibles son: POSITIVO o NEGATIVO.

- Si el resultado es POSITIVO se procede a tipificar el virus Chikungunya, Zika o entre los cuatro serotipos de Dengue.
 - Si el resultado es NEGATIVO, el mismo no descarta al caso sospechoso, ya que los métodos moleculares pueden ser negativos porque el período de viremia es breve.
 - En cualquiera de las dos situaciones se volverá a solicitar una nueva muestra de sangre, después de los 5 días de iniciados los síntomas y extraída en las mismas condiciones, para evidenciar la respuesta de anticuerpos IgM e IgG para Dengue.
2. Si la muestra clínica es extraída a partir de los 5 días de iniciados los síntomas, el proceso diagnóstico solo es posible realizando la investigación por métodos serológicos, determinando los anticuerpos IgM e IgG para Dengue. Dicho proceso está constituido por dos etapas laboratoriales:
 - En primer lugar se utiliza un test inmunoenzimático comercial, validado por los Laboratorios de Referencia Regionales y por los Centros Colaboradores de OMS. Los resultados posibles son, para cualquiera de estos marcadores: REACTIVO, NO REACTIVO y REACTIVO DÉBIL.
 - En segundo lugar, aquellas muestras con resultados de IgM REACTIVOS o REACTIVOS DÉBILES, serán estudiadas por una segunda prueba (plataforma no comercial transferida por el Laboratorio de Dengue del CDC de Puerto Rico), llamada MacELISA, para diferenciar, por la existencia de reacciones cruzadas con otros Flavivirus, anticuerpos anti virus Dengue de otros Flavivirus que circulan en nuestro país, como virus San Luis. De esta serología confirmatoria surgirá la confirmación a nivel nacional de la sospecha de infección por virus Dengue.

5.6 Documento 6: Investigación de campo por parte de MS

Responsable: DEVISA_DDS_MS

Objetivos:

- Detectar otros posibles casos sospechosos de enfermedad transmitida por *Aedes aegypti*.
- Mitigar el riesgo de transmisión de la enfermedad.

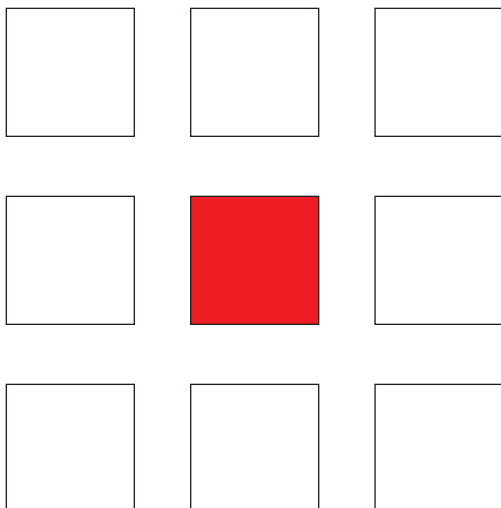
Aspectos organizacionales:

1. Formar un equipo de investigación interdisciplinario integrado por: referente epidemiológico, responsable de UZV, médico local.
2. Definir la o las zonas a investigar. Generalmente un diámetro de 300 metros del domicilio y lugar de trabajo del caso.
3. Recabar información sobre las características del lugar y la situación entomológica (apoyo con mapas):
 - Si se trata de zona urbana o rural.
 - Cuántas viviendas hay en la zona y como están distribuidas (manzanas, o con grandes distancias entre cada una).
 - Cuál es la situación vectorial de la zona, índices entomológicos medidos por LIRAA (IPP, IB), ovitrampas, puntos estratégicos. Recordemos que una localidad negativa solo significa sin presencia **detectada** de *Aedes aegypti*.
 - Se recomienda que el equipo de UZV realice un relevamiento conjuntamente con la búsqueda activa de casos.
 - Para ello mientras se interroga a las personas se recorre el predio (peri domicilio primero, interior de la vivienda después) en busca de recipientes con agua. Si hay larvas en los mismos se tomarán muestras para estudio (se adjunta planilla, Anexo III). Se preguntará a los integrantes de la familia si han visto mosquitos las últimas semanas.
4. Según las dimensiones y características de la zona, definir la cantidad de personal necesario y a quien se solicitará apoyo:
 - Encargado de la investigación
 - Encuestadores
 - Médico que valore los casos que presenten síntomas
 - Personal que pueda realizar extracciones
5. Defina posibles colaboradores:
 - Instituciones de salud que colaboren asignando personal
 - Intendencias
 - Facultades: enfermería, medicina con estudiantes
 - Escuelas de auxiliares de enfermería
 - Organizaciones barriales

6. Preparar los implementos necesarios para la investigación:
- Planillas elaboradas con su instructivo de llenado (Anexo IV y V)
 - Consentimientos informados para la extracción de sangre (Anexo VI)
 - Formularios de notificación de sospecha de Dengue
 - Tablas para apoyar
 - Lapiceras
 - Material para extracción de muestras (algodón, alcohol, jeringas, tubos)
 - Etiquetas para rotular
 - Termómetro
 - Teléfono móvil
 - Bolso de encuesta larvaria con frascos suficientes
 - Repelente para el equipo
 - Material informativo (volantes, folletos)

Operativa:

- Seleccionar una muestra de viviendas de acuerdo a un criterio epidemiológico (ideal: lograr un diámetro de 300 metros del domicilio y el lugar de trabajo)
Ej: realizar la encuesta en toda la manzana del domicilio y las perimetrales



- Imprimir las planillas necesarias y los consentimientos informados para la extracción de sangre
- Entrenar al equipo, designar un coordinador
- Establecer un horario para cumplir con la actividad
- Dividir las zonas de los encuestadores
- Entregar a cada encuestador las planillas necesarias, los consentimientos y el material informativo.

Implementación de la encuesta:

- Visitar cada vivienda correspondiente a las zonas seleccionadas en busca de personas que presenten signos y síntomas compatibles con la definición de caso sospechoso de Dengue. Entregar material informativo. Simultáneamente el equipo de zoonosis realizará la encuesta larvaria del 100% de los predios, es importante recordar que si encontramos predios abandonados, terrenos baldíos, casas cerradas, comercios, también deben ser inspeccionados.
- En cada domicilio llenar las planillas de consolidado y de casos sospechosos de Dengue si corresponde.
- Deberán coordinarse con el médico supervisor de la zona, los domicilios donde se identifiquen casos sospechosos, para que éste complete el formulario y defina con consentimiento del paciente, la extracción de la muestra.
- Las muestras de sangre serán extraídas por una persona capacitada y habilitada para el procedimiento, siguiendo las normas de extracción del DLSP.
- Al finalizar las viviendas seleccionadas se concentrará toda la información y muestras para ser revisada y analizada.
- Durante el proceso el supervisor deberá controlar: interrogatorio, llenado de planillas, cumplimiento de encuesta en el 100% de los domicilios y coordinación de valoración médica.

Análisis de los resultados encontrados e interpretación

- Una vez visitados todos los domicilios, identifique un sitio de reunión con todos los participantes.
- Cuente los domicilios entrevistados en total, la población que los mismos abarcan, el número de casos sospechosos que se identificaron y la cantidad de muestras extraídas.
- Acondicione las muestras para su traslado al DLSP.
- Si en la encuesta realizada identifica varios casos de síndrome febril sin foco, nos encontramos ante la sospecha de un brote de Dengue, por lo tanto debe implementar las medidas inmediatas de aislamiento de los pacientes (mosquitero, uso de repelentes, uso de aerosoles, etc.), según los tiempos correspondientes a la dinámica de la enfermedad (Anexo VII) y de control del vector. Active las acciones del plan de contingencia para esta fase.
- Si por el contrario no se identifican más casos, existe una alta probabilidad de que la serología corresponda a otro agente y por lo tanto deben mantenerse las medidas de vigilancia y control habituales.
- Elaboración del informe final según el formato establecido (Anexo VIII).

5.7 Documento 7: Coordinación Plan Departamental de Respuesta

Cada DDS, deberá contar con un Plan de Respuesta Departamental, bajo los lineamientos del presente plan nacional.

El plan deberá contar con especificaciones operativas sobre:

- Asistencia de los pacientes
 - Para la asistencia y manejo de los pacientes con Dengue se utilizará: “Dengue: Guía de Atención para Enfermos en la región de las Américas – OPS/OMS” http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/guia_Dengue_uruguay.pdf
 - Para Chikungunya: “Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus Chikungunya en las Américas” http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/CHIKV_Spanish.pdf
 - Para Zika en mujeres gestantes: “Consideraciones provisionales sobre la infección por el virus Zika en mujeres gestantes” OPS/OMS Montevideo, enero de 2016.
 - Coordinación público-privado para la contención en territorio:
 - potenciación y resolutivez de los servicios del primer nivel de atención: policlínicas y consultorios de atención ambulatoria y Servicios de Urgencia.
 - Atención domiciliaria: implementar equipos de atención domiciliaria y organizar el seguimiento de pacientes.
 - Para Dengue utilizar la tarjeta de seguimiento del paciente. (Anexo IX)
 - Implementación de triaje de acuerdo al flujograma elaborado por MS. (Anexo X).
 - Instalación de policlínicas rápidas de apoyo a los Servicios de Urgencia/emergencia hospitalaria.
 - Adecuación de los Servicios de Urgencia/Emergencia Hospitalaria, previendo dispositivos temporales de expansión estructural para hidratación y observación de pacientes.
 - Adecuación de la gestión de camas. Protocolizar aspectos de la gestión de camas: aislamientos, camas de cuidados moderados (piso) con previsión de superficies de expansión para hidratación de pacientes no graves, aplicación de criterios de ingreso y egreso de pacientes a las Unidades de Cuidados Críticos (CTI) de acuerdo a las Guías Clínicas OPS-OMS 2011.
 - Previsión de insumos críticos: se deberá realizar reserva estratégica de un 10% por encima de las previsiones en base a la población bajo cobertura. Los insumos principales para los tres eventos son: paracetamol, suero oral, suero fisiológico, suero lactato ringer, lociones para tratar la erupción y prurito, antihistamínicos, vías, infusores, tules, porta tules, porta sueros, sillones, repelente y pastillas termovaporizadoras.
 - Prever servicio de traslados para la derivación de los pacientes. La coordinación de traslados de pacientes críticos, se realizará a través del SAME - 911.
 - Reestructuración de la oferta de servicios habituales, para dar respuesta al brote. Durante el período del brote y cuando las capacidades de asistencia se vean excedidas, se podrá prescindir de algunos servicios como las consultas ambulatorias de especialistas, exámenes paraclínicos no urgentes, así como la suspensión de la coordinación quirúrgica no oncológica.
 - Referencia y contrarreferencia de los pacientes.
 - Manejo de cadáveres (Anexo XI).

- Personal actuante: se deberá establecer cómo se obtendrán los recursos humanos para la asistencia, el apoyo técnico y administrativo. Los prestadores de salud deberán comunicar a médicos y personal de enfermería que deberán estar atentos y expectantes para brindar atención en el momento en que les sea requerido.
- Metodología para recolectar la información necesaria para la evaluación de la evolución del brote y los informes diarios. Para los datos de los afectados se contará con el sistema de registro de brote “on line”.
- Medidas de control vectorial: seguir las recomendaciones que figuran en el Anexo XII.

5.8 Documento 8: Declaración del fin de la respuesta

Responsable: MS

El fin de la respuesta no se refiere a desactivar todas las acciones, sino definir un momento en donde se considera que el brote se encuentra controlado y no existe riesgo de que se excedan las capacidades.

Para declarar el fin de la respuesta, deben cumplirse los siguientes criterios (todos):

- Disminución franca del número de casos totales (curva epidémica en descenso), ausencia o mínima cantidad de casos internados.
- Situación entomológica controlada.
- La declaración del fin de la respuesta podrá ser departamental o nacional, según corresponda.

Anexos


ANEXO I: Formato de informe de situación diario por patología

Informe de situación diario					
Brote	Descripción				
	Fecha inicio				
	Ubicación				
	Evolución de la curva epidémica				
Impacto sobre la población	Total de afectados	EDAD	H	M	COMENTARIOS
		0 a 5			
		6 a 14			
		15 a 34			
		35 a 65			
	65 o más				
	Total ambulatorios	EDAD	H	M	COMENTARIOS
		0 a 5			
		6 a 14			
		15 a 34			
		35 a 65			
	65 o más				
	Total internados	EDAD	H	M	COMENTARIOS
		0 a 5			
		6 a 14			
		15 a 34			
		35 a 65			
	65 o más				
	Total graves	EDAD	H	M	COMENTARIOS
		0 a 5			
6 a 14					
15 a 34					
35 a 65					
65 o más					
Total fallecidos	EDAD	H	M	COMENTARIOS	
	0 a 5				
	6 a 14				
	15 a 34				
	35 a 65				
65 o más					
CASOS ESPECIALES, embarazadas, personas discapacitadas					
Control vectorial	Nº viviendas descaharrizadas				
	Nº manzanas tratadas con UBV				
	Nº de manzanas tratadas con motomochila				
Impacto de los servicios de salud	Capacidad de respuesta		SI	NO	
	Capacidades de primer nivel excedidas				
	Camas de cuidado convencional excedidas				
	Camas de cuidado intensivo excedidas				
Traslado de pacientes a otro departamento					
NECESIDADES					
NÚMERO DE INFORME, DÍA Y HORA					



Ministerio de SALUD

ANEXO II: Formulario de notificación de sospecha de Dengue, Chikungunya y Zika

 Ministerio de SALUD	Dirección General de la Salud Departamento de Vigilancia en Salud <i>Formulario de notificación e investigación epidemiológica</i>	FO 13321 005 Página 1 de 1		
	Caso sospechoso de DENGUE <input type="checkbox"/> CHIKUNGUNYA <input type="checkbox"/> ZIKA <input type="checkbox"/>			
SE: _____ Fecha de notificación: ____/____/____		Inicio de síntomas: ____/____/____ Fecha consulta: ____/____/____ Internación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha ingreso: ____/____/____		
Institución: _____	Sector: _____	Id: _____ Int: _____		
Datos del caso				
CI: _____	Nombres y apellidos (en imprenta): _____			
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha nacimiento: ____/____/____	Edad: años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> días <input type="checkbox"/> (señale lo que corresponda)		
Dirección: _____		Barrio: _____		
Departamento: _____	Localidad: _____	Tel/cel: _____		
Datos del notificador				
Nombre y apellido: _____	Notifica como: _____	Cel: _____		
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA				
Datos clínicos y epidemiológicos:				
Fiebre (Fecha de inicio: ____/____/____)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal intenso y continuo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Cefaleas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Edemas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Dolor retro-orbitario	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sangrado de mucosas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Náuseas/vómitos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sangrado grave	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Exantema	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Letargia o irritabilidad	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Mialgias y artralgias	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Shock	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Intensa/discapacitante	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Viajó o vive en áreas con circulación de Dengue/Chikungunya/Zika? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dónde: _____				
Fecha de regreso al país: ____/____/____				
¿Recibió vacunación contra la fiebre amarilla? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____				
¿Cursó anteriormente alguna de estas enfermedades? Dengue: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha aprox.: ____/____/____				
Chikungunya: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha aprox.: ____/____/____ Zika: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha aprox.: ____/____/____				
¿Cursa embarazo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Trimestre: 1ero. <input type="checkbox"/> 2do. <input type="checkbox"/> 3ero. <input type="checkbox"/>				
Paraclínica:				
Hemograma	Leucocitos: _____/mm ³	Plaquetas: _____/mm ³	Hematocrito: ____%	
Muestra de sangre enviada al Departamento de Laboratorios de Salud Pública (epidemiología para que enfermedad se registran los resultados)	Fecha toma de muestra	ELISA IgM	ELISA IgG	PCR VIRAL
	1º ____/____/____	Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
	2º ____/____/____	Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
¿Se implementaron medidas de aislamiento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Evolución del caso				
Requirió internación en CTI. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Egreso: alta <input type="checkbox"/> fallecimiento <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____				
Diagnóstico final: _____ Clasificación (cuando corresponda): confirmado <input type="checkbox"/> descartado <input type="checkbox"/> incompletamente estudiado <input type="checkbox"/>			C.P.: _____	Nº Reg: _____

Actualizado enero 2016.

Av. 18 de Julio 1892 Of. 402. Tel: 2409.12.00 - 1934.4010 / Fax: 2408.58.38
 Correo electrónico: vigilanciaepi@msp.gub.uy Pág. Web: www.msp.gub.uy

ANEXO III: Planilla de relevamiento larvario – formulario de campo. Zoonosis y Vectores-DDS

Fecha ___/___/___ Departamento _____ Localidad _____

Institución: _____ Responsables: _____

Manzana	Dirección	Vivienda no inspecionada	Vivienda inspecionada	Recipientes														Insecticida				
				A1		A2		B		C		D1		D2		E				total		
				-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	L	A	

+= larva de *Aedes aegypti* **L** = se aplicó larvicida **A** = se aplicó adulticida
A1 tanque de agua elevado **A2** tanque de agua a ras del suelo **B** recipiente móvil
C recipiente fijo **D1** neumático **D2** descartable **E** recipiente natura

ANEXO V: Procedimiento e instructivo de llenado de las planillas

Responsable: DEVISA-MS

- Deben visitarse todos los domicilios correspondientes a las manzanas seleccionadas sin excepción.
- Los domicilios donde no se encuentre respuesta, deberán quedar debidamente consignados en la planilla de consolidado, para ser visitados nuevamente.
- En cada vivienda se consultará si existe algún integrante del grupo familiar que presente signos y síntomas compatibles con la definición de caso sospechoso de enfermedad transmitida por *Aedes aegypti*. Si no existe se deberá consignar “0”.
- Si se identifica un caso sospechoso el encuestador realizará el llenado de la ficha de caso sospechoso y definirá con consentimiento del paciente la extracción de la muestra.
- Si la persona que responde en el domicilio manifiesta que existe un miembro con la sintomatología, pero éste no se encuentra en el domicilio, deberá consignarse la hora en que podrá ser visitado por el médico de la zona.
- Si existe más de un caso sospechoso en el domicilio, deberá llenarse una ficha por cada caso.
- Si el caso sospechoso ya ha consultado en un centro de asistencia, se consignará si hubo sospecha de alguna de las enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti*. Si consultó pero no se le extrajo la muestra, se deberá proceder a la extracción de la misma.
- Consigne el antecedente de viaje en los 15 días previos dentro y/o fuera del país.
- Cualquier otra aclaración podrá registrarse en observaciones.
- Se deberán realizar las recomendaciones para el aislamiento de los mosquitos de todos aquellos casos sospechosos, de acuerdo al período de viremia.

ANEXO VI: Consentimiento informado para extracción de sangre para estudio de laboratorio para enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti*.

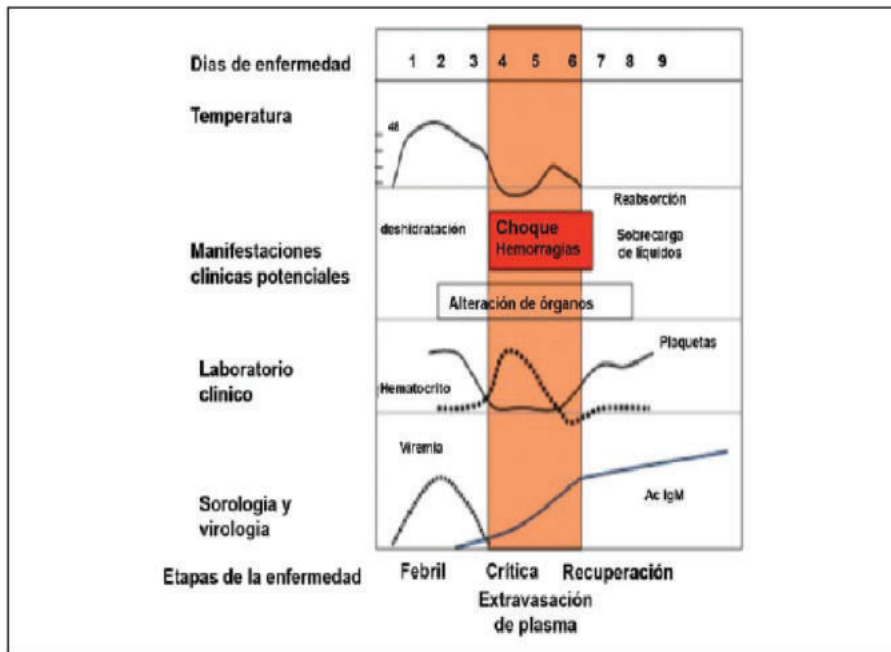
El MS en el marco del plan de contingencia de enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti*, se encuentra abocado a la vigilancia activa de casos sospechosos. Según la valoración realizada, usted presenta signos y síntomas compatibles con un caso sospechoso. Por este motivo solicitamos a usted una muestra de sangre para estudio de

Los datos que se recaben, así como la muestra, serán procesados solamente por el MS en total confidencialidad. Autorizo a que se me extraiga una muestra de sangre para estudio de laboratorio para

Fecha: ____/____/____ Nombre: _____ CI: _____

Firma: _____

ANEXO VII: Dinámica de la enfermedad por virus Dengue



Fonte: Elaboración Eric M. Torres.

Figura 2 – El curso de la enfermedad del dengue.

ANEXO VIII: Contenido del informe de resultado final de la Investigación de campo.

Responsable: DEVISA-MS

- Título del informe.
 - Responsables.
 - Nombre del responsable de la investigación y todos los integrantes del equipo que participaron.
- Introducción y objetivos.
- Desarrollo metodológico.
 - Redactar la ejecución de la investigación.
 - Muestro de viviendas.
 - Distribución de recursos (humanos, materiales).
 - Definición del equipo (encargados de encuestar, de valorar los pacientes y de extraer las muestras).
 - Capacitación de los participantes.
 - Pautas de supervisión.
- Resultados.
 - Cuántos domicilios.
 - A qué población corresponde.
 - Cuántos casos sospechosos se identificaron.
 - Cuántas muestras se extrajeron.
 - Situación entomológica.
- Conclusiones.
 - De acuerdo a los resultados.
 - Dificultades en el proceso.
- Recomendaciones.

ANEXO IX: Tarjeta de seguimiento de pacientes con sospecha de Dengue.

RECOMENDACIONES:

- Tomar mucho líquido: agua, jugo de fruta, suero de rehidratación, sopa, té, mate
- Guardar reposo
- Disminuir la temperatura y/o calmar el dolor con PARACETAMOL (no superar nunca las dosis máximas recomendadas por el médico)
- NO USAR ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO

ATENCIÓN. En caso de presentar uno o más de los siguientes **signos de alarma**, consulte a la brevedad:

- Dolor muy intenso y sostenido en el abdomen
- Sangrado por la nariz, boca u otro tipo de hemorragias
- Disminución del volumen de orina
- Vómitos frecuentes o con sangre
- Dificultad para respirar
- Agitación o somnolencia intensa
- Sudor frío
- Puntos o manchas rojas en la piel
- Marcos frente a cambios de posición

Fecha de inicio de síntomas: ___ / ___ / ___

Notificación al MSP: Sí ___ No ___

Fecha: ___ / ___ / ___

Datos complementarios:

Control de signos vitales:

	1ª día	2ª día	3ª día	4ª día	5ª día	6ª día	7ª día
PA mmHg							
TAX %							

TARJETA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE DENGUE



Nombre: _____

Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Domicilio: _____

Institución: _____

PRESENTE ESTE CARNET EN CADA CONSULTA

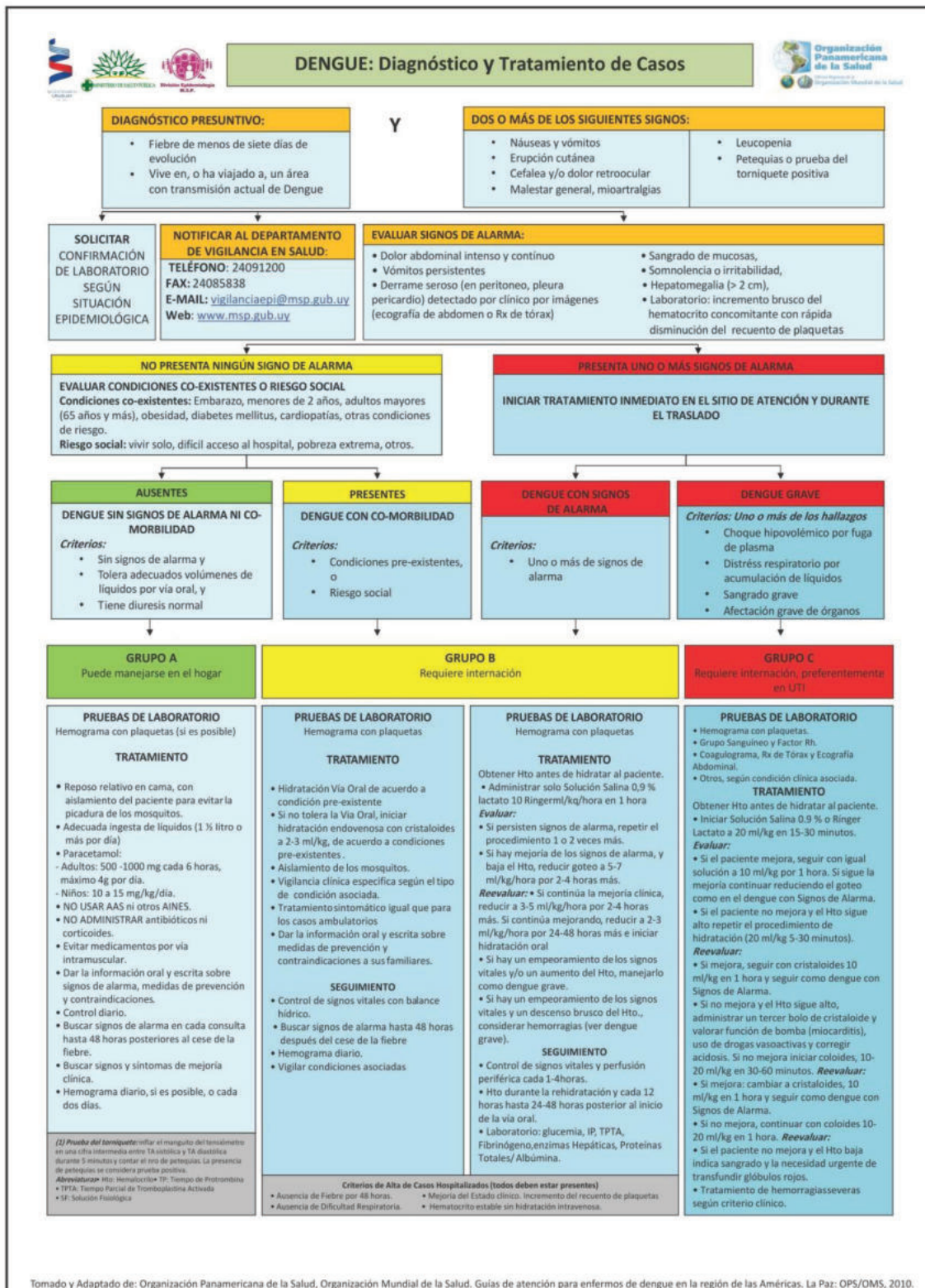
Exámenes paradiagnósticos

	Hematocrito (%)	Plaquetas (mm ³)	Leucocitos (mm ³)	Serología
Fecha ___ / ___ / ___				
Fecha ___ / ___ / ___				
Fecha ___ / ___ / ___				
Fecha ___ / ___ / ___				
Fecha ___ / ___ / ___				



Ministerio de SALUD

ANEXO X: Flujoograma de diagnóstico y tratamiento



Paciente con dengue sin signos de alarma ni comorbilidad	<ul style="list-style-type: none">• Puede valorarse en consultorio externo y manejarse en domicilio• Control c/ Hemograma diario*
Paciente con dengue y comorbilidad (incluye condiciones co-existentes y riesgo social)	<ul style="list-style-type: none">• Requiere internación• Valorar régimen de internación domiciliaria• Control c/Hemograma diario
Paciente con dengue y signos de alarma (uno o más)	<ul style="list-style-type: none">• Requiere internación• Manejo adecuado de hidratación i/v• Seguimiento con hemograma y otras valoración específicas
Paciente con dengue grave	<ul style="list-style-type: none">• Requiere internación en UCI• Manejo de paciente crítico con énfasis en reposición adecuada y/o tratamiento de shock según pauta

NOTA: De no ser posible la realización de hemograma diario, se aconseja cada 2 días

SIGNOS DE ALARMA:

- Dolor abdominal intenso y sostenido
- Vómitos persistentes
- Derrame seroso (peritoneo, pleura, pericardio)
- Sangrado de mucosas
- Somnolencia o irritabilidad
- Hepatomegalia (>2 cm)
- Incremento brusco del hematocrito con rápida disminución del número de plaquetas

ANEXO XI: Manejo de cadáveres

Aunque es infrecuente, cualquiera de estas enfermedades se puede transmitir por vía sanguínea, a través de productos sanguíneos contaminados en caso de punciones y/o lesiones con agujas de jeringas u otros objetos corto-punzantes contaminados. De ahí el interés de conocer las normas de bioseguridad que deben cumplir las personas que manipulan los cadáveres.

El personal sanitario, de morgue, de empresas funerarias y otros trabajadores que manipulen cadáveres, deberán cumplir las normas generales de bioseguridad, aplicando los principios conocidos como *precauciones estándares*. Por tanto se tomarán todas las medidas para protegerse con los medios adecuados, evitando el contacto de la piel o mucosas con la sangre y otros fluidos biológicos en todos los cadáveres y no solamente en aquellos que tengan diagnóstico.

El Decreto N° 435/005, de aplicación obligatoria en el país, establece pautas de carácter obligatorio en el manejo de cadáveres para disminuir los factores de riesgo, controlar y prevenir la transmisión de agentes infecciosos, cualquiera sea la causa de muerte.

Buenas prácticas de trabajo en áreas biomédicas y morgues

Las siguientes medidas son aplicables tanto a las áreas de trabajo biomédicas como a las morgues:

- No se permitirá el consumo de alimentos ni bebidas en áreas de trabajo.
- Solo se permitirá la manipulación de cadáveres por personal autorizado.
- No se pueden tocar archivos, teléfonos, pestillos de puertas, lapiceras, planillas, etc. con las manos enguantadas.
- La ropa y los elementos de protección reutilizables, serán depositados en contenedores o lugares específicos para su limpieza y desinfección.
- Los equipos de seguridad personal descartables serán eliminados en los recipientes adecuados.
- En lo posible, se evitará el contacto directo del cadáver con personal ajeno a la dependencia y en algunos casos es recomendable que se limite el contacto de los familiares y dolientes. No se permitirá la presencia de niños.

Pautas para el manejo de cadáveres en casos de enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti*

Las precauciones especiales que deben tomarse son:

- Evitar el contacto con sangre y otros fluidos biológicos, reducir la salida de fluidos corporales del cuerpo.
- Cubrir la camilla con una sábana de plástico para retener la mayoría de los líquidos.
- Colocar el cuerpo en bolsa impermeable.
- Las camillas y todas las superficies deben lavarse con agua y jabón y posteriormente desinfectarse con solución de hipoclorito de sodio al 2% durante 20 minutos y luego enjuagar con abundante agua.

Pautas para la realización de autopsias en casos de enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti*

Si se realiza autopsia clínica o judicial la situación ideal es que la sala disponga de las medidas correspondientes a un nivel de bioseguridad 3 (riesgo individual elevado y riesgo poblacional bajo). No obstante, las recomendaciones internacionales específicas para el virus del Dengue, Chikungunya y Zika establecen que los cuidados requeridos para un nivel de bioseguridad 2 (riesgo individual moderado y riesgo poblacional bajo) son suficientes.

Se debe implementar el uso del Equipo de Protección Personal (EPP) para proteger la piel y mucosas del contacto con sangre o líquidos corporales del cadáver.

Es recomendable utilizar vestimenta completa para necropsia que consta de material esterilizable o descartable, consistente en:

- Gorra.
- Lentes de protección herméticos, que se ajusten a la cara del usuario, con sujeción con bandas elásticas. O bien, máscara completa que protege la cabeza entera frente a salpicaduras, capucha con visor y envuelve la cabeza hasta el pecho.
- Protector respiratorio tipo N95, N99 y N100.
- Guantes quirúrgicos o anticorte (la recomendación es utilizar doble guante, guante de protección para agente biológico y guante de protección anti corte).
- Túnica de protección de tela manga larga.
- Sobretúnica de protección de manga larga descartable.
- Delantal impermeable.
- Botas antideslizables.

Se deberá instruir al personal y se tendrá máxima precaución en el manejo de sierras, cinceles y otros instrumentos punzocortantes.

La sala de autopsias, el instrumental y las superficies contaminadas durante los exámenes necrópsicos se limpian con agua y detergente, posteriormente se desinfectan con hipoclorito de sodio al 2% (no se debe usar la mezcla de detergente e hipoclorito de sodio).

Antes y después de cada necropsia el personal deberá quitarse los guantes, lavarse las manos y luego quitarse la ropa de trabajo y equipos de protección personal utilizados.

Desinfección y residuos

Estos virus se inactivan rápidamente tras la exposición a los germicidas químicos utilizados normalmente que incluyen hipoclorito de sodio doméstico diluido. Por lo tanto las medidas actuales de descontaminación desinfección y esterilización son totalmente adecuadas frente al mismo.

El manejo de los residuos hospitalarios y su manipulación se realiza de acuerdo a la normativa establecida en el Decreto 586/009.

Anexo XII. Medidas de control vectorial durante el brote

Los equipos de control vectorial se trasladarán a la casa del paciente o al lugar donde se sospecha esté ocurriendo la transmisión, para inspeccionar la manzana y las 8 que la circundan en busca de mosquitos, sus larvas o posibles criaderos. Se hará control focal y perifocal de los recipientes con larvas.

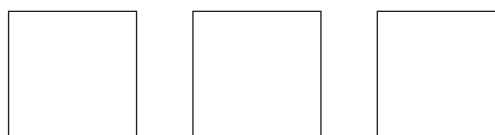
Una vez delimitada geográficamente el área a operar y relevado el número y la ubicación de todas las viviendas a inspeccionar y tratar, se comunicarán las acciones previstas (qué, quién, cuándo y cómo) y la importancia de la colaboración vecinal como eje sustantivo de un programa de prevención.



Es muy importante que la población esté enterada de estos procedimientos (día y hora), difundir mensajes claros y tranquilizadores acerca de las actividades que se realizan, que además estimulen la participación social y promuevan el ordenamiento ambiental para disminuir el riesgo de transmisión.



Identificar y coleccionar los objetos que se consideren inútiles, facilitar la recorrida intra y peri domiciliaria de los agentes de control de vectores, y socializar información relacionada con los vecinos.



Considerando el riesgo de aparición de resistencia en los insectos, el impacto causado en el ambiente y el costo, los tratamientos espaciales son considerados de emergencia, la última herramienta a utilizar, por ende las máquinas pesadas (UBV de arrastre) se reservan para cuando se verifique la transmisión viral.

Ningún tratamiento espacial tiene poder residual, solamente es eficaz mientras las gotitas se mantienen suspendidas en el aire.

Se evaluará la posibilidad de utilizar adulticidas con máquinas UBV portátiles (motomochilas). Si bien se trata de un proceso mucho más lento que el que se realiza con máquinas pesadas, alcanza mayor eficacia por ser, menos dependiente de la deriva de la niebla que se genera con el insecticida, menos agresivo para el ambiente; y al aplicarse directamente en el interior de la vivienda existen mayores probabilidades de contacto con el vector. Los tratamientos espaciales intradomiciliarios consisten en la aerosolización de cada habitación durante 3 segundos enfocando la boquilla hacia arriba.



Tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Abrir todas las puertas internas para permitir la circulación del plaguicida.
- Abrir las puertas de los placares para permitir el ingreso al interior, del plaguicida.
- Cubrir todos los recipientes con agua para consumo, los alimentos, utensilios de cocina y vajilla.
- Sacar peceras y pajareras o cubrirlas.
- Todos los ocupantes de la vivienda y los animales estarán fuera de la casa durante la pulverización y solo regresarán 30 minutos después de la aplicación.
- Si hay una persona enferma que no puede abandonar la casa, **NO PUEDE ROCIARSE LA VIVIENDA.**

En situaciones de emergencia, la descacharrización debe realizarse inmediatamente después del tratamiento espacial contra adultos, para no correr el riesgo de transportar pasivamente larvas y huevos hacia sitios todavía no infestados y promover la dispersión activa de los adultos hacia nuevos sitios posibles de cría.

Tratamientos con UBV pesado

- Horario: 5.00 a 8.00 hs y de 18.00 a 21.00 hs
- Comunicado a la población: abrir puertas y ventanas
- Periodicidad: cada 3 días
- Complementar con ULV portátil en zonas de difícil acceso y centros de salud

Tratamiento focal	20 a 25 viv/operario/día
Bloqueo de foco	15 viv/operario/día
UBV pesada	80 a 160 manzanas/equipo/día (en 2 turnos)
UBV portátil extradomicilio	10 manzanas/operario/día
UBV portátil intra y peridomiciliar	6 manzanas/operario/día

Anexo XIII. Estrategia de comunicación de riesgos

Las estrategias de comunicación de riesgos son la plataforma desde donde se definen, planifican y preparan las actividades para cada una de las etapas de una emergencia que tiene impacto en la salud pública.

La elaboración de esta estrategia de comunicación es un proceso dinámico e integrado, que requiere un contacto permanente del equipo de comunicación con las autoridades y técnicos del organismo involucrado, en este caso Ministerio de Salud Pública, que permite evaluar y modificar las acciones definidas de acuerdo a la información que surja en las diferentes etapas.

La estrategia de comunicación definida no es estática ni estable, sino que por el contrario, debe ajustarse permanentemente a la realidad y a los resultados obtenidos de acuerdo a los monitoreos realizados. Cuando se elabora una estrategia de comunicación de riesgos, el monitoreo de las acciones, la evaluación y el cambio de rumbo pasan a un primer plano.

La estrategia de comunicación de riesgos deberá analizar los diversos escenarios posibles, identificar colaboradores y aliados, fortalecer capacidades, establecer mecanismos de vigilancia y monitoreo, determinar canales alternativos de comunicación y gestionar recursos.

Las siguientes pautas, basadas en material elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), buscan apoyar los equipos de comunicación de organismos para lograr comunicar oportunamente información exacta sobre el Dengue, virus Zika o Chikungunya, combinando la preocupación de las autoridades de Salud Pública y las necesidades de información de la población respecto a posibles afecciones relacionadas con estas enfermedades.

Para la OMS/OPS la comunicación de riesgos se puede dividir en cinco etapas: preparación, inicio, control, recuperación y evaluación.

Objetivos de la comunicación

- Establecer mensajes que promuevan cambios en el comportamiento individual y en la participación comunitaria para el control del vector y sus criaderos en los hogares.
- Mantener al público informado sobre el riesgo, explicitar lo que se sabe, así como los procesos que se realizan para conocer lo que no se sabe sobre el virus y su impacto en la salud de los diversos grupos de la población.
- Mantener la credibilidad y la confianza del público mediante la difusión de información precisa, basada en el conocimiento científico.
- Establecer un sistema de monitoreo que permita conocer especulaciones y conjeturas, como forma de disipar los rumores, desmentir la información incorrecta y las concepciones erróneas lo más rápido posible.
- Responder rápidamente a las inquietudes y a las necesidades de información específicas del público, de los prestadores de salud y de la comunidad de salud pública.

- Adoptar un enfoque y un discurso gubernamental unificado y coherente para la comunicación estratégica y operativa. Incluir a socios y aliados de los sectores no gubernamentales (organizaciones no gubernamentales, sector privado, grupos comunitarios).
- Establecer un sistema que permita mantener la coherencia de los mensajes emitidos por los funcionarios del gobierno nacional, los servicios de salud y las autoridades sanitarias locales.
- Compartir de manera dinámica la información pública del primer caso con las contrapartes locales e internacionales afectadas, para aumentar al máximo la concientización del público y la coherencia interinstitucional de los mensajes acerca del virus Zika, Dengue o Chikungunya.

Comunicar primero

La primera comunicación que se realiza a la población tiene una singular importancia. En este sentido, tras la confirmación de la información clínica y la coordinación con autoridades sanitarias, se recomienda convocar inmediatamente a una conferencia de prensa o elaborar y enviar un comunicado de prensa con la información definida. Reducir al máximo el tiempo entre que se emite una convocatoria a conferencia de prensa y se realiza la misma, evita la circulación de rumores o especulación en los medios de comunicación.

Es necesario que la primera información que llegue a la población sea a través de un vocero calificado.

Las nuevas plataformas de comunicación, redes sociales, medios digitales, hacen que el riesgo que se filtre un rumor o se genere información no válida aumente.

En el caso de que la información se filtre antes de tiempo es necesario redireccionar la estrategia de comunicación y brindar información de calidad, exacta y transparente.

El mensaje

Se debe definir un mensaje único como central de la comunicación que será transmitido a todos los socios para unificar los datos.

Los mensajes deben ser oportunos, precisos, aplicables y pertinentes para el público objetivo. El componente principal del mensaje no podrá superar tres temas referidos al hecho (por ejemplo: situación del paciente, afectación al resto de la población, cuidados y prevenciones).

Vocería única y calificada

Frente a la crisis se debe seleccionar una vocería única, que en una primera instancia o primer anuncio puede estar acompañada de las principales autoridades para dar jerarquía al tema.

De quien ejerza la vocería:

- Debe ser creíble ante la población y los medios de comunicación por su cargo, profesión o experiencia en el tema o inserción en la comunidad.
- Debe mostrar empatía y claridad. De ser posible, se recomienda con anterioridad, realizar capacitación en comunicación de riesgos que incluya herramientas para comunicar de acuerdo a las características de los diferentes canales de comunicación (televisión, radio, prensa, redes sociales, etc.).
- Será la cara visible de la comunicación y debe estar disponible y con tiempo para atender la demanda de entrevistas que soliciten los medios de comunicación.
- En la medida de lo posible, puede utilizar imágenes, cuadros, fotografías, que apoyen el mensaje que se pretende transmitir.
- No debe prometer información ni fijar fechas de confirmación de datos si no están claros los tiempos exactos.

Conferencia de Prensa

Para la convocatoria a la conferencia a los medios de comunicación se debe elaborar previamente una lista de medios y periodistas locales, nacionales e internacionales.

La información debe llegar a todos al mismo tiempo. La discriminación de los medios de comunicación en momentos de crisis afecta la credibilidad de los organismos y permite que los medios pongan en tela de juicio la información que se difunde.

El comunicado de la convocatoria debe transmitir la importancia del caso sin generar alarma. Es importante informar quién será el vocero de la misma, de esta forma se da jerarquía al tema al poner que la conferencia será encabezada por una autoridad.

La imagen es tan importante como el mensaje y contenido, por esta razón se debe pensar el escenario donde se brindará la conferencia de prensa y las personas que integrarán la mesa. Aclarar nombres y cargos. De ser posible, poner materiales gráficos que puedan reforzar algunos de los mensajes que se pretende transmitir e informar.

Los medios de comunicación son el canal con mayor capacidad de reproducir la información masivamente. Es por esto que los primeros mensajes son claves, por lo tanto se debe dar información: clara, precisa y exacta.

La elección del horario se debe definir según la gravedad o urgencia y debe ser cumplido.

La puntualidad es esencial, si se demora en el comienzo de la conferencia, aumentan rumores, se pone en duda la capacidad de afrontar la crisis y sobretodo, se daña la credibilidad en los responsables en ese momento de encauzar soluciones y conducir del evento.

Comunicado de Prensa

Eventualmente, las autoridades podrán actualizar información emitiendo comunicados de prensa periódicos que serán distribuidos por la base de correos que tiene la institución y estarán disponibles en el sitio web.

Redes Sociales

La cobertura en redes sociales del organismo que convoca es fundamental en estas primeras horas de comunicación. Para las redes sociales, el primer mensaje debe contener: la noticia o anuncio más importante, la imagen que lo acompañe y las personas y organismos o socios que se citarán en la publicación sea cual sea la plataforma. Hay que tener en cuenta que este mensaje, especialmente en Twitter, será el más divulgado de toda la estrategia de comunicación.

La comunicación de riesgos asigna una gran importancia al diálogo con la población afectada y el público interesado, para brindar información necesaria que permita tomar las mejores decisiones posibles durante una emergencia con impacto en la salud pública. Las redes sociales permiten este intercambio con la población a través de un proceso abierto, utilizando sus propios códigos y donde la ciudadanía se constituye en principal emisora de los mensajes compartiendo la información a través de sus redes sociales propias, comprometiendo así a cada uno y a la sociedad.

Es necesario actuar de manera proactiva con la información.

Entrevistas

Las entrevistas deben ser concedidas únicamente por personas autorizadas como voceras y con manejo sólido de la información.

Las personas que ocupen cargos en la administración pública no podrán brindar declaraciones públicas sobre el evento, de no mediar autorización expresa de la autoridad responsable de la coordinación de la respuesta. El incumplimiento de este deber será considerado falta grave.

Consejos útiles para preparar una entrevista

- Averiguar antes si será en vivo o grabada.
- Consultar si será la única persona entrevistada o si habrá más personas invitadas.
- Elegir dos o tres mensajes centrales para la entrevista.
- Indicar primero las conclusiones y ofrecer información adicional al final.
- No dar respuestas extensas, procurar brindar respuestas breves y concretas.
- Tener preparadas respuestas para preguntas frecuentes como:
 - ¿Qué ocurrió, qué tipo de fenómeno fue, dónde y cuándo tuvo lugar?
 - ¿Cuáles fueron las causas, por qué ocurrió?
 - ¿Cuántas personas han sido afectadas?

- Capitalizar la oportunidad para explicar los mecanismos de ayuda y visibilizar acciones y buenas prácticas. En este sentido, tener presente las respuestas a las siguientes preguntas:
 - ¿Quién está a cargo de la emergencia y qué se está haciendo?
 - ¿Qué consecuencias se esperan a corto, medio y largo plazo?
 - ¿Cuáles son los planes para atender a la población?
 - ¿Qué debe hacer o dónde debe acudir la población afectada?
 - ¿Dónde se puede obtener mayor información?
- En caso de negarse a responder algún tema, explicar las razones.
- Preparar y llevar fotografías, material audiovisual e informes adicionales. En caso de no disponer en el momento de información solicitada, comprometerse a entregarla posteriormente.
- Nunca asumir que la entrevista finalizó o que el micrófono se apagó.
- Revisar la entrevista una vez publicada e identificar los puntos a mejorar.

ANEXO XIV: Recomendaciones en caso de brindar entrevistas

Las entrevistas deben ser concedidas únicamente por personas autorizadas como voceras y con manejo sólido de la información.

Las personas que ocupen cargos en la administración pública no podrán brindar declaraciones públicas sobre el evento, de no mediar autorización expresa de la autoridad responsable de la coordinación de la respuesta. El incumplimiento de este deber será considerado falta grave.

Consejos útiles para preparar una entrevista

- Averiguar antes si será en vivo o grabada.
- Consultar si será la única persona entrevistada o si habrá más personas invitadas.
- Elegir dos o tres mensajes centrales para la entrevista.
- Indicar primero las conclusiones y ofrecer información adicional al final.
- No dar respuestas extensas, procurar brindar respuestas breves y concretas.
- Tener preparadas respuestas para preguntas frecuentes como:
 - ¿Qué ocurrió, qué tipo de fenómeno fue, dónde y cuándo tuvo lugar?
 - ¿Cuáles fueron las causas, por qué ocurrió?
 - ¿Cuántas personas heridas, fallecidas, afectadas, evacuadas, desaparecidas hay?
 - ¿Cuáles son los daños generales que se estiman hasta el momento?
 - ¿Están las víctimas recibiendo ayuda?

- Capitalizar la oportunidad para explicar los mecanismos de ayuda y visibilizar acciones y buenas prácticas. En este sentido, tener presente las respuestas a las siguientes preguntas:
 - ¿Quién está a cargo de la emergencia y qué se está haciendo?
 - ¿Qué consecuencias se esperan a corto, medio y largo plazo?
 - ¿Cuáles son los planes para atender a la población?
 - ¿Qué debe hacer o dónde debe acudir la población afectada?
 - ¿Qué debe donarse y a través de quién?
 - ¿Dónde se puede obtener mayor información?
- No especular tratando de responder a cuestiones que se desconocen. En ese caso, comprometerse a averiguarlas.
- No hablar en nombre de otras personas.
- En caso de negarse a responder algún tema, explicar las razones.
- En caso de corresponder, comunicar al medio los errores.
- Preparar y llevar fotografías, material audiovisual e informes adicionales. En caso de no disponer en el momento de información solicitada, comprometerse a entregarla posteriormente.
- Nunca asumir que la entrevista finalizó o que el micrófono se apagó.
- Revisar la entrevista una vez publicada e identificar los puntos a mejorar.

Consejos útiles para las personas responsables de brindar declaraciones públicas

- Acepte las entrevistas solo cuando tenga un mensaje y un objetivo claro.
- Tenga presente a qué audiencia se dirige.
- Distinga entre hablar a los medios y hablar a la población afectada.
- Exprese con sinceridad su empatía con las personas afectadas.
- Mantenga la calma, el control y no actúe a la defensiva.
- Comunique con honestidad, transparencia y apertura.
- Exprese seguridad, pero nunca arrogancia.
- Use un lenguaje claro y sencillo, evite la jerga científica o muy técnica.
- Anticipe las preguntas sobre la evolución de la crisis, sobre lo que vendrá.
- Discuta sobre lo que sabe, no sobre lo que piensa.
- Module bien la voz y articule bien las palabras.
- Asuma que el micrófono siempre está encendido.
- Jamás brinde declaraciones “off the record” o extraoficiales.

ANEXO XV: Recomendaciones para convocar a una conferencia de prensa

- Convocar a la conferencia de prensa tan pronto como se identifique el mensaje que se anunciará, sobre todo si se trata de malas noticias.
- Seleccionar a los medios más relevantes y enviar una convocatoria informando día, hora, lugar y tema de la conferencia.
- Preparar un informe de situación de acuerdo al Protocolo.
- Definir los mensajes y quiénes lo comunicarán.
- Preparar un informe ampliado para los medios y procurar que incluya las respuestas a las preguntas más relevantes.
- Comenzar en el horario establecido. La impuntualidad en medio de una crisis genera incertidumbre y desconfianza.
- Indicar con claridad los nombres y los cargos de las personas que hablan durante la conferencia de prensa.

Quienes participen de la conferencia deberán procurar:

- Mostrar tranquilidad, autoridad y control de la situación.
- Proyectar una imagen de trabajo.
- Comunicar con calma, honestidad, transparencia y apertura.
- Usar un lenguaje claro y sencillo, evitar la jerga científica o muy técnica.
- Modular bien la voz y articular bien las palabras.
- Anticiparse a las preguntas sobre la evolución de la crisis.
- Hacer hincapié en la prevención y en los comportamientos a promover o evitar por parte de la población.





**Ministerio
de SALUD**



Elaboración de Planes de Contingencia frente a una eventual epidemia de Dengue

Dra. Lucía Alonso
División Epidemiología

Conceptos generales

- Importancia del concepto de “preparación”
- Ejercicio intelectual en el que se analizan todos los escenarios esperables/posibles y se planifican acciones en consecuencia
- Control de daños
- Mitigación del impacto: en términos de salud poblacional, funcionamiento de servicios y costos

Elaboración del plan

- Requiere que los niveles de decisión comprendan el alcance del problema e implicancias
- Participación de todos los sectores o responsables relacionados con el tema
- Conocimiento de las capacidades y recursos (humanos, materiales y financieros) con los que cuenta la institución: uso de auto-evaluación
- Redacción clara, esencialmente operativa y comprensible para todos

Estructura del plan

- **Compuesto por 8 componentes básicos**
 1. Educación para la salud e información a los usuarios
 2. Plan de capacitación
 3. Contención en territorio
 4. Implantación de Triage
 5. Implementación de policlínicas rápidas de apoyo a las Emergencias hospitalarias
 6. Adecuación de las puertas de emergencia hospitalaria
 7. Adecuación de la gestión de camas
 8. Confirmación de casos
 9. Previsión de insumos críticos

NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Desarrollo de los componentes


- Para cada componente deberá definirse el objetivo esperado, y en consecuencia actividades o propuesta de trabajo
- Deben conocerse los responsables, plazos de cumplimiento y recursos requeridos
- Deberá establecerse el rumbo de acción de acuerdo a la situación epidemiológica y alternativas disponibles en caso de requerirlo
- Diferenciar actividades preparatorias (actuales) de aquellas que se activan frente a la confirmación de la ocurrencia de epidemia

Educación para la salud e información a los usuarios

- Medidas preventivas para la eliminación de criaderos del mosquito *Aedes aegypti*
- Protección de las viviendas con mosquiteros, termovaporizadores, etc.
- Protección personal con repelentes
- Síntomas de presunción de Dengue
- Uso adecuado de los servicios
- Consulta oportuna

Uso de material enviado “Dengue: Preguntas y respuestas para la población”, agregando información propia de la institución (teléfono de contacto, dónde consultar, horarios de atención, etc.)

Plan de capacitación




GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON DENGUE

APLICACIÓN DE LA GUÍA OPS/OMS 2010 "DENGUE: GUÍAS DE ATENCIÓN PARA ENFERMOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS"

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
División Epidemiología

Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
URUGUAY 2011



DENGUE: Diagnóstico y Tratamiento de Casos

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: <ul style="list-style-type: none"> Fiebre de menos de siete días de evolución Vive en, o ha viajado a, un área con transmisión actual de Dengue 	Y	DOS O MÁS DE LOS SIGUIENTES SIGNOS: <ul style="list-style-type: none"> Náuseas y vómitos Erupción cutánea Cefalea y/o dolor retroocular Malestar general, mioartralgias Leucopenia Petequias o prueba del torniquete positiva 	
SOLICITAR CONFIRMACIÓN DE LABORATORIO SEGÚN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	NOTIFICAR AL DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EN SALUD: TELÉFONO: 24091200 FAX: 24085838 E-MAIL: vigilanciaepi@msp.gub.uy Web: www.msp.gub.uy	EVALUAR SIGNOS DE ALARMA: <ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal intenso y continuo Vómitos persistentes Derame seroso (en peritoneo, pleura pericardio) detectado por clínico por imágenes (ecografía de abdomen o Rx de tórax) Sangrado de mucosas Somnolencia o irritabilidad Hepatomegalia (>2 cm) Laboratorio: incremento brusco del hematocrito concomitante con rápida disminución del recuento de plaquetas 	
NO PRESENTA NINGÚN SIGNO DE ALARMA EVALUAR CONDICIONES CO-EXISTENTES O RIESGO SOCIAL Condiciones co-existentes: Embarazo, menores de 2 años, adultos mayores (65 años y más), obesidad, diabetes mellitus, cardiopatías, otras condiciones de riesgo. Riesgo social: vivir solo, difícil acceso al hospital, pobreza extrema, otros.		PRESENTA UNO O MÁS SIGNOS DE ALARMA INICIAR TRATAMIENTO INMEDIATO EN EL SITIO DE ATENCIÓN Y DURANTE EL TRASLADO	
AUSENTES DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA NI CO-MORBILIDAD Criterios: <ul style="list-style-type: none"> Sin signos de alarma y Tolera adecuados volúmenes de líquidos por vía oral, y Tiene diuresis normal 	PRESENTES DENGUE CON CO-MORBILIDAD Criterios: <ul style="list-style-type: none"> Condiciones pre-existentes, o Riesgo social 	DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA Criterios: <ul style="list-style-type: none"> Uno o más de signos de alarma 	DENGUE GRAVE Criterios: Uno o más de los hallazgos <ul style="list-style-type: none"> Choque hipovolémico por fuga de plasma Distrés respiratorio por acumulación de líquidos Sangrado grave Afectación grave de órganos
GRUPO A Puede manejarse en el hogar	GRUPO B Requiere internación		GRUPO C Requiere internación, preferentemente en UCI
PRUEBAS DE LABORATORIO Hemograma con plaquetas (si es posible) TRATAMIENTO <ul style="list-style-type: none"> Reposo relativo en cama, con aislamiento del paciente para evitar la picadura de los mosquitos. Adecuada ingesta de líquidos (1 litro o más por día) Paracetamol Adultos: 500-1000 mg cada 6 horas, máximo 4g por día. Niños: 10 a 15 mg/kg/día. NO USAR AAS ni otros ANES. NO ADMINISTRAR antibióticos ni corticoides. Evitar medicamentos por vía intramuscular. Dar la información oral y escrita sobre signos de alarma, medidas de prevención y contraindicaciones. Control diario. Buscar signos de alarma en cada consulta hasta 48 horas posteriores al cese de la fiebre. Buscar signos y síntomas de mejoría clínica. Hemograma diario, si es posible, o cada dos días. 	PRUEBAS DE LABORATORIO Hemograma con plaquetas TRATAMIENTO <ul style="list-style-type: none"> Hidratación Vía Oral de acuerdo a condición pre-existente Si no tolera la Vía Oral, iniciar hidratación endovenosa con cristaloideos a 2-3 ml/kg, de acuerdo a condiciones pre-existentes. Aislamiento de los mosquitos. Vigilancia clínica específica según el tipo de condición asociada. Tratamiento sintomático igual que para los casos ambulatorios Dar la información oral y escrita sobre medidas de prevención y contraindicaciones a sus familiares. SEGUIMIENTO <ul style="list-style-type: none"> Control de signos vitales con balance hídrico. Buscar signos de alarma hasta 48 horas después del cese de la fiebre Hemograma diario. Buscar signos vitales y perfusión Vigilar condiciones asociadas 	PRUEBAS DE LABORATORIO Hemograma con plaquetas TRATAMIENTO Obtener Hto antes de hidratar al paciente. <ul style="list-style-type: none"> Administrar solo Solución Salina 0.9 % lactato 10 Ringer/ml/kg/hora en 1 hora Evaluar: <ul style="list-style-type: none"> 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 más. 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 <ul style="list-style-type: none"> Si hay un empeoramiento de los signos vitales y/o un aumento del Hto, manejarlo como dengue grave. Si hay un empeoramiento de los signos vitales y un descenso brusco del Hto, considerar hemorragias (ver dengue grave). SEGUIMIENTO <ul style="list-style-type: none"> Control de signos vitales y perfusión periférica cada 1 hora. Hto durante la rehidratación y cada 12 horas hasta 24-48 horas posterior al inicio de la vía oral. Laboratorio: glucemia, Hb, TPTA, Fibrinógeno, enzimas Hepáticas, Proteínas Totales/Albumina. 	PRUEBAS DE LABORATORIO <ul style="list-style-type: none"> Hemograma con plaquetas. Grupo Sanguíneo y factor Rh. Colelograma, Rx de Tórax y Ecografía Abdominal. TRATAMIENTO Obtener Hto antes de hidratar al paciente. <ul style="list-style-type: none"> Iniciar Solución Salina 0.9 % o Ringer Lactato a 20 ml/kg en 15-30 minutos. Evaluar: <ul style="list-style-type: none"> Si el paciente mejora, seguir con igual solución 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 hidratación (20 ml/kg 5-30 minutos). Reevaluar: <ul style="list-style-type: none"> Si mejora, seguir con cristaloideos 10 ml/kg en 1 hora y seguir como dengue con Signos de Alarma. Si no mejora y el Hto sigue alto, administrar un tercer bolo de cristaloides y valorar función de bomba (insuficiencia), uso de drogas vasoactivas y corregir acidosis. Si no mejora iniciar coloides, 10-20 ml/kg en 30-60 minutos. Reevaluar: Si mejora: cambiar a cristaloideos, 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 el paciente no mejora y el Hto baja indica sangrado y la necesidad urgente de transfundir glóbulos rojos. Tratamiento de hemorragias severas según criterio clínico.
(1) Prueba del torniquete en el momento del diagnóstico en una vena intermedia entre la cubital y la axilar. Atención: Evitar la presión y evitar el apretamiento. La presencia de petequias se considera prueba positiva. (2) Atención: No administrar O ₂ por vía nasal. (3) TPTA: Tiempo Parcial de Tromboplastina Activada (4) UCI: Unidad de Cuidados Intensivos			
Criterios de Alta de Casos Hospitalarios (deben estar presentes) <ul style="list-style-type: none"> Ausencia de Fiebre por 48 horas. Mejoría del Estado Clínico, incremento del recuento de plaquetas Ausencia de Dificultad Respiratoria. Hematocrito estable sin hidratación intravenosa. 			

Tomado y Adaptado de: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Guías de atención para enfermos de dengue en la región de las Américas. La Paz: OPS/OMS, 2010.

Bibliografía de interés

Ministerio de Salud de Brasil

- Manual de capacitación de profesionales médicos en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con dengue (incluye guía de alumno y tutor)

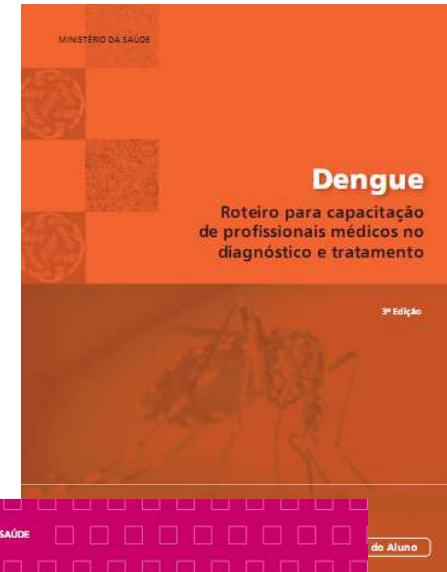
<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=4580&codModuloArea=789>

- Guías clínicas específicas para atención pediátrica

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/web_dengue_crian_25_01.pdf

Ministerio de Salud Paraguay


http://dengue.mspbs.gov.py/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=46&Itemid=94



Contención en territorio

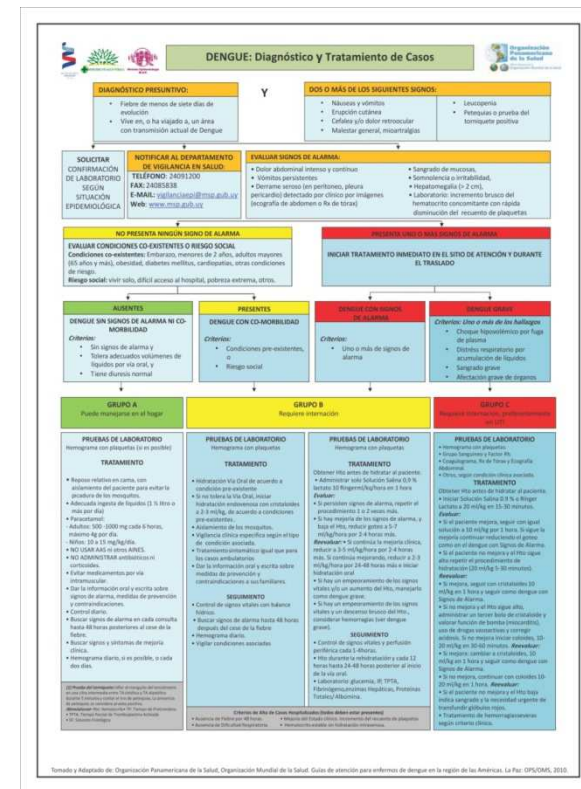
- Potenciación y resolutiveidad de **los servicios del primer nivel** de atención: **policlínicas y consultorios** de atención ambulatoria y **servicios de urgencia**
- **Atención domiciliaria**
- **Salas de hidratación**
- Seguimiento de casos con utilización obligatoria de la **Tarjeta de seguimiento del paciente**
- **PRIMER NIVEL DE ATENCION!!!**
- **Hemograma en domicilio, policlinica**

Tarjeta de seguimiento

RECOMENDACIONES:								
<ul style="list-style-type: none"> • Tomar mucho líquido: agua, jugo de fruta, suero de rehidratación, sopa, leche, té, mate • Guardar reposo • Descender la temperatura y/o calmar el dolor con PARACETAMOL (no superar nunca a las dosis máximas recomendadas por el médico) 								
ATENCIÓN En caso de presentar uno o más de los siguientes signos de alarma consulte a la brevedad:								
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor muy intenso y sostenido en el abdomen • Desaparición brusca de la fiebre • Sangrado por la nariz, boca u otro tipo de hemorragias • Disminución del volumen de orina • Vómitos frecuentes o con sangre • Dificultad para respirar • Agitación o somnolencia intensa • Sudor frío • Puntos o manchas rojas en la piel • Mareos frente a cambios de posición 								
Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___								
Notificación al MSP: Si ___ No ___								
Prueba de torniquete: + ___ - ___ Fecha: ___/___/___								
Datos complementarios:								
Control de signos vitales:								
		1º día	2º día	3º día	4º día	5º día	6º día	7º día
PA mmHg								
TAX ec								
TARJETA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE DENGUE								
								
Nombres: _____								
Apellidos: _____								
Fecha de nacimiento: ___/___/___								
Domicilio: _____								
Institución: _____								
PRESENTE ESTE CARNET EN CADA CONSULTA								
Exámenes paradínicos								
		Hematocrito (%)	Plaquetas (/mm ³)	Leucocitos (/mm ³)	Serología			
Fecha		___/___/___						
Fecha		___/___/___						
Fecha		___/___/___						
Fecha		___/___/___						
Fecha		___/___/___						

Implantación de Triage

- De acuerdo al flujograma elaborado por el MSP
- Establecer criterios de prioridad en la atención
- Derivación a diferentes niveles y sectores de atención



Implementación de policlínicas rápidas de apoyo a las Emergencias hospitalarias

- Relativo a la capacidad de cada institución de contener una proporción mayoritaria de pacientes en el primer nivel
- Degravitación de la emergencia
- Comportamiento de la población usuaria (uso adecuado/inadecuado de los servicios de radio, urgencia, emergencia)
- Necesidad a considerar en cada caso, no hay receta única

Adecuación de las puertas de emergencia hospitalaria

- Según estrategia desarrollada en el plan
- Requerimiento de áreas de observación y/o rehidratación de pacientes (grupos A y B)
- Experiencia positiva en otros países con áreas o consultorios de febriles
- Separar pacientes febriles que cumplen definición de caso sospechoso del resto (asegurando aislamiento)
- RECORDAR MOSQUITEROS: Decreto 416/2002

Adecuación de la gestión de camas

- **Aislamiento:** mosquiteros, tul, pastillas termoevaporables, repelente
- **Camas de CTI:**
 - Aplicación criterios de ingreso y egreso a las Unidades de Medicina Intensiva de acuerdo a Guías clínicas
 - Previsión de expansión de los servicios de CTI
- **Camas de cuidados moderados:**
 - Previsión de superficies de expansión para hidratación de pacientes sin elementos de gravedad

Confirmación de casos

- **Caso sospechoso:**

- Paciente con fiebre de menos de 7 días de evolución que vive en o ha viajado a un área con transmisión actual de dengue

MÁS

2 o más de los siguientes:

- ✓ Náuseas y vómitos
- ✓ Erupción cutánea
- ✓ Cefalea y/o dolor retroocular
- ✓ Malestar general – artromialgias
- ✓ Leucopenia
- ✓ Petequias o prueba del torniquete positiva

ENVIO DE MUESTRAS AL DLSP

ATENCIÓN:

**NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA
SEGÚN DECRETO 41/012 Y
CONTRATO DE GESTIÓN VIGENTE:
(GRUPO A: 24 HORAS DESDE LA
SOSPECHA DE LA ENFERMEDAD)**

TEL. 1934 4010

FAX: 24085838

MAIL:

vigilanciaepi@msp.gub.uy

WEB: WWW.MSP.GUB.UY

Previsión de insumos críticos

Anexo 3. Estimación de casos e insumos a utilizar esperados en caso de una epidemia de Dengue

Escenario mínimo

Institución	Usuarios	Casos	Ingreso	UCI	Rehidratación	Suero	SRO	Paracetamol	Hemogramas	Sillones
ESPAÑOLA	186.420	1.864	130	13	280	1.119	11.185	33.556	3.728	3
EVANGELICA	56.064	561	39	4	84	336	3.364	10.092	1.121	1
CASA GALICIA	60.024	600	42	4	90	360	3.601	10.804	1.200	1
CASMU	210.028	2.100	147	15	315	1.260	12.602	37.805	4.201	4
C.C.O.U	78.757	788	55	6	118	473	4.725	14.176	1.575	1
CUDAM	48.884	489	34	3	73	293	2.933	8.799	978	1
COSEM	63.907	639	45	4	96	383	3.834	11.503	1.278	1
GREMCA	35.804	358	25	3	54	215	2.148	6.445	716	1
MUCAM	275.210	2.752	193	19	413	1.651	16.513	49.538	5.504	5
SMI	121.434	1.214	85	9	182	729	7.286	21.858	2.429	2
UNIVERSAL	59.495	595	42	4	89	357	3.570	10.709	1.190	1
GREMEDA	25.036	250	18	2	38	150	1.502	4.506	501	0
CAAMEPA	33.977	340	24	2	51	204	2.039	6.116	680	1
CRAMI	37.980	380	27	3	57	228	2.279	6.836	760	1
COMECA	47.455	475	33	3	71	285	2.847	8.542	949	1
CAMCEL	32.525	325	23	2	49	195	1.952	5.855	651	1
COMECEL	9.141	91	6	1	14	55	548	1.645	183	0
ORAMECO	11.466	115	8	1	17	69	688	2.064	229	0
CAMEC	32.019	320	22	2	48	192	1.921	5.763	640	1
CAMOC	20.215	202	14	1	30	121	1.213	3.639	404	0
CAMEDUR	28.961	290	20	2	43	174	1.738	5.213	579	0
COMEFLO	12.835	128	9	1	19	77	770	2.310	257	0
COMEF	30.887	309	22	2	46	185	1.853	5.560	618	1
CAMDEL	30.872	309	22	2	46	185	1.852	5.557	617	1
AMECOM	77.992	780	55	5	117	468	4.680	14.039	1.560	1
CRAME	37.798	378	26	3	57	227	2.268	6.804	756	1
COMPEPA	58.542	585	41	4	88	351	3.513	10.538	1.171	1
AMEDRIN	9.518	95	7	1	14	57	571	1.713	190	0
CAMY	7.710	77	5	1	12	46	463	1.388	154	0
CASMER	30.278	303	21	2	45	182	1.817	5.450	606	1
COMERI	22.267	223	16	2	33	134	1.336	4.008	445	0

Impacto económico y sanitario



Dengue en la Argentina: un análisis económico del impacto de la epidemia de 2009

Dengue in Argentina: an economic analysis of the impact of the 2009 epidemic

*Tarragona, Sonia*¹; *Monteverde, Malena*²; *Marchioni, Silvia*³; *Caporale, Joaquín*⁴; *Pereiro, Ana Cristina*⁵; *Palacios, Julio Maximiliano*⁶

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 8(2):151-162, Mayo - Agosto, 2012

- Costo de implementación del plan en cada institución
- Cada acción correctamente planificada redundará en una mayor eficiencia de recursos en la atención de sus usuarios
- Plan como herramienta para reducción de costos y no como generador!!
- **REDUCCIÓN DE MORBI-MORTALIDAD EVITABLE POR DENGUE**

Muchas gracias

por contacto:

Teléfono: 1934 4071

Correo: epidem@msp.gub.uy

División Epidemiología
Dirección General de la Salud



Ministerio
de Salud Pública

Respuesta frente a casos sospechosos de arbovirosis desde los servicios asistenciales

División Epidemiología. Actualización enero 2023.



El presente material tiene como objetivo exponer de forma esquemática las principales acciones que se deben llevar a cabo en los servicios de salud al momento de la sospecha clínica de un caso de arbovirosis transmitida por el mosquito *Aedes aegypti* (Dengue, Chikungunya o Zika).



La respuesta local desencadenada frente a la sospecha de caso de arbovirosis está a cargo de los servicios de salud y se basa esencialmente en cuatro áreas de acción





- 1** Definición de casos sospechosos de Dengue, Chikungunya y Zika y de complicaciones por virus Zika
- 2** Atención clínica según clasificación y medidas de aislamiento del caso en el servicio de salud y en domicilio.
- 3** Vías de notificación a la autoridad sanitaria.
- 4** Tipos de muestras requeridas, transporte y envío de las mismas.



1

Sospecha
del caso según
criterios clínicos y
epidemiológicos

1.1

HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO POTENCIALMENTE ÚTILES PARA ORIENTAR EL DIAGNÓSTICO ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR ARBOVIRUS.

Calidad de la evidencia	Manifestaciones de arbovirosis
ALTA (hallazgos que las diferencian)	Erupción Conjuntivitis Artralgias (dengue o chikunguña) Mialgias o dolores óseos (dengue o chikunguña) Hemorragias (incluye sangrado en piel, mucosas o ambas) (dengue o chikunguña) Trombocitopenia (dengue) Aumento progresivo del hematocrito (dengue) Leucopenia (dengue) Cefalea (dengue) Prurito (zika)
MODERADA (hallazgos que probablemente las diferencian)	Acumulación de líquidos Artritis (chikunguña) Escalofríos (dengue o chikunguña) Disgeusia (dengue)
BAJA (hallazgos que podrían diferenciarlas)	Astenia Dolor retroocular



1

Sospecha del caso según criterios clínicos y epidemiológicos

1.1

HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO POTENCIALMENTE ÚTILES PARA ORIENTAR EL DIAGNÓSTICO ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN POR ARBOVIRUS.

Calidad de la evidencia	Manifestaciones del dengue	Manifestaciones del chikunguña	Manifestaciones del zika
ALTA (hallazgos que las diferencian)	Trombocitopenia Aumento progresivo del hematocrito Leucopenia	Artralgias	Prurito
MODERADA (hallazgos que probablemente las diferencian)	Anorexia o hiporexia Vómitos Dolor abdominal Escalofríos Hemorragias (incluye sangrado en piel, mucosas o ambas)	Erupción Conjuntivitis Artritis Mialgias o dolores óseos	Erupción Conjuntivitis
BAJA (hallazgos que podrían diferenciarlas)	Dolor retroocular Hepatomegalia Cefalea Diarrea Disgeusia Tos Elevación de las transaminasas Prueba de torniquete positiva	Hemorragias (incluye sangrado en piel, mucosas o ambas)	Adenopatías Faringitis u odinofagia



1

Sospecha

del caso según
criterios clínicos y
epidemiológicos

1.2

DENGUE DEFINICIÓN DE CASOS

Caso sospechoso de Dengue

Criterios clínicos

Toda persona que presente **enfermedad febril aguda** con una duración de hasta 7 días, y se acompañe de 2 o más de los siguientes síntomas:

- cefalea
- dolor retroorbitario
- mialgias
- artralgias
- erupción cutánea
- manifestaciones hemorrágicas leves
- leucopenia

sin afectación de las vías aéreas superiores, sin otra causa que lo explique.

Criterios epidemiológicos

- Residir o haber visitado áreas con transmisión actual de Dengue en el plazo de 15 días anteriores a la aparición de los síntomas.
- o
- Residir en un lugar donde no hay transmisión activa de Dengue pero en los últimos 30 días existió un caso confirmado.



1

Sospecha
del caso según
criterios clínicos y
epidemiológicos

1.2

DENGUE DEFINICIÓN DE CASOS

Caso confirmado de Dengue

Todo caso sospechoso confirmado por laboratorio con alguna de las siguientes técnicas:

- Detección de genoma viral en muestra clínica.
- Detección de antígeno.
- Seroconversión de anticuerpos específicos del virus o aumento de cuatro veces el título en muestras recogidas con una separación de unos 15 días.
- Detección de anticuerpos IgM confirmada por neutralización.
- Aislamiento de virus en muestra clínica.



1

Sospecha
del caso según
criterios clínicos y
epidemiológicos

1.3

CHIKUNGUNYA DEFINICIÓN DE CASOS

Caso sospechoso de Chikungunya

Criterios clínicos

Paciente con fiebre y artralgia severa o artritis de comienzo agudo, que no se explican por otras condiciones médicas.

Criterios epidemiológicos

- Residir o haber visitado áreas con transmisión actual de Chikungunya en el plazo de 15 días anteriores a la aparición de los síntomas.
- o
- Residir en un lugar donde no hay transmisión activa de Chikungunya pero en los últimos 30 días existió un caso confirmado.

Caso confirmado de Chikungunya

Todo caso sospechoso con resultado positivo a virus Chikungunya mediante la detección de genoma viral en muestras de sangre tomada en los primeros 15 días de inicio del cuadro clínico.



1

Sospecha
del caso según
criterios clínicos y
epidemiológicos

1.4

ZIKA DEFINICIÓN DE CASOS

Caso sospechoso de Zika

Criterios clínicos

Toda persona que presente cuadro febril agudo más la presencia de exantema maculopapular y conjuntivitis (no purulenta) y se acompañe de uno a más de los siguientes síntomas:

- mialgias
- artralgias
- cefalea
- dolor retroorbitario

Criterios epidemiológicos

- Residir o haber visitado áreas con transmisión actual de Zika en el plazo de 15 días anteriores a la aparición de los síntomas.
- o
- Residir en un lugar donde no hay transmisión activa de Zika pero en los últimos 30 días existió un caso confirmado.

Caso confirmado de Zika

Todo caso sospechoso con resultado positivo a virus Zika mediante la detección de genoma viral en sangre tomada en los primeros cinco días de inicio del cuadro clínico.



1

Sospecha
del caso según
criterios clínicos y
epidemiológicos

1.4

ZIKA

DEFINICIÓN DE CASOS DE COMPLICACIONES

Caso de Síndrome de Guillain Barré (SGB) sospechoso de estar asociado a virus Zika

Paciente con antecedente de residencia o viaje reciente a un área con circulación o sospecha de circulación del virus del Zika o que haya tenido contacto sexual sin protección con persona con antecedente de residencia o viaje reciente a un área con circulación o sospecha de circulación del virus del Zika y que presente los siguientes signos y síntomas:

- debilidad bilateral y flácida de los miembros
- reflejos miotáticos disminuidos o ausentes en los miembros con debilidad
- enfermedad monofásica; intervalo entre el inicio y el nadir de la debilidad entre 12 horas y 28 días y fase posterior de meseta clínica
- ausencia de otra causa que justifique la debilidad

Caso de SGB con asociación confirmada a virus Zika

Caso sospechoso de SGB asociado a la infección por virus del Zika con confirmación de laboratorio de infección reciente por el virus del Zika.



1

Sospecha
del caso según
criterios clínicos y
epidemiológicos

1.4

ZIKA

DEFINICIÓN DE CASOS DE COMPLICACIONES

Caso de síndrome congénito sospechoso de estar asociado a virus Zika

Recién nacido vivo que presente:

- microcefalia (medida de la circunferencia craneal occipitofrontal por debajo de - 2 desviaciones estándar a las 24 horas de nacer, según referencias estandarizadas según edad gestacional y sexo) o
- alguna malformación congénita del sistema nervioso central y cuya madre, durante el embarazo, haya tenido:
 - antecedente de residencia o viaje a un área con circulación o sospecha de circulación del virus del Zika o
 - relaciones sexuales sin protección con una pareja con antecedente de residencia o
 - viaje a un área con circulación o sospecha de circulación del virus del Zika.

Caso de síndrome congénito probablemente asociado a virus Zika

Recién nacido vivo que cumpla los criterios de caso de síndrome congénito sospechoso de estar asociado a la infección por virus del Zika y

- presente alteraciones morfológicas intracraneales diagnosticadas por cualquier método de imagen, excluidas otras causas conocidas posibles o
- cuya madre haya presentado exantema durante el embarazo.

Caso de síndrome congénito confirmado de estar asociado a la infección por Zika

Recién nacido vivo, de cualquier edad gestacional, que cumpla los criterios de caso de síndrome congénito sospechoso de estar asociado a la infección por virus del Zika y en quien se haya confirmado por laboratorio la infección por virus del Zika, independientemente de la detección de otros agentes



1

Sospecha

del caso según
criterios clínicos y
epidemiológicos

1.4

ZIKA

DEFINICIÓN DE CASOS DE COMPLICACIONES

El detalle de las definiciones de caso de todas las complicaciones por virus Zika lo puede encontrar en la Guía para la vigilancia de enfermedad por virus Zika y sus complicaciones de OPS/OMS disponible en el siguiente enlace:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28234/9789275318942_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y



2

Asistencia

e implementación de
medidas inmediatas
de aislamiento

2.1

DIRECTRICES PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y EL TRATAMIENTO DEL DENGUE, EL CHIKUNGUÑA Y EL ZIKA

Las directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, chikungunya y zika de la Organización Panamericana de la Salud e encuentran disponibles en el siguiente enlace:

<https://www.paho.org/es/documentos/directrices-para-diagnostico-clinico-tratamiento-dengue-chikunguna-zika>

A continuación se presentan los signos de alarma, los criterios de hospitalización y las principales recomendaciones.



2

Asistencia

e implementación de
medidas inmediatas
de aislamiento

2.1

ATENCIÓN CLÍNICA

PACIENTES CON SIGNOS DE ALARMA

Riesgo elevado de evolucionar a dengue grave

- Dolor abdominal: progresivo hasta ser continuo o sostenido e intenso y al final de la etapa febril
- Trastorno del sensorio: irritabilidad, somnolencia, letargo
- Sangrado de mucosas: gingivorragia, epistaxis, sangrado vaginal no asociado a la menstruación o sangrado menstrual mayor del habitual y hematuria
- Acumulación de líquidos: por clínica, por estudios de imagen o ambos, al final de la etapa febril
- Hepatomegalia: mayor de 2 cm por debajo del reborde costal y de instalación brusca
- Vómitos: persistentes (tres o más en 1 hora o cuatro en 6 horas)
- Aumento progresivo del hematocrito: en al menos dos mediciones consecutivas durante el seguimiento del paciente



2

Asistencia

e implementación de
medidas inmediatas
de aislamiento

2.1

ATENCIÓN CLÍNICA

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON DENGUE

- Dengue con signos de alarma
- Dengue con criterios de enfermedad grave según la definición de la OMS
- Intolerancia a la vía oral
- Dificultad respiratoria
- Acortamiento de la presión de pulso
- Hipotensión arterial
- Insuficiencia renal aguda
- Aumento del tiempo de llenado capilar
- Embarazo
- Coagulopatía



2

Asistencia

e implementación de
medidas inmediatas
de aislamiento

2.1

DIRECTRICES PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y EL TRATAMIENTO DEL DENGUE, EL CHIKUNGUÑA Y EL ZIKA

Recomendaciones

- Se recomienda indicar la hidratación parenteral en los pacientes con dengue y, al menos, un signo de alarma
- Se recomienda usar cristaloides en lugar de coloides en el manejo inicial de los pacientes con choque por dengue
- Se recomienda no transfundir hemocomponentes (concentrado de plaquetas o plasma fresco congelado) a los pacientes con dengue y trombocitopenia
- Se sugiere el uso de paracetamol (acetaminofeno) o metamizol en lugar de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), antihistamínicos o esteroides para el manejo sintomático inicial en los pacientes con arbovirosis
- Se sugiere no administrar esteroides sistémicos a los pacientes en choque por dengue
- Se sugiere no indicar inmunoglobulinas para el tratamiento del dengue grave
- Se recomienda el uso del preservativo para la prevención de la transmisión sexual de la infección por el virus del Zika
- Se recomienda mantener la lactancia materna en las pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de infección por el virus del Zika



2

Asistencia

e implementación de
medidas inmediatas
de aislamiento

2.1

DIRECTRICES PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y EL TRATAMIENTO DEL DENGUE, EL CHIKUNGUÑA Y EL ZIKA

Recomendaciones

Se recomienda utilizar un esquema de hidratación oral intensa en pacientes con dengue para disminuir la progresión a las formas graves y la aparición de complicaciones por esta enfermedad.

Hidratación intensa con sales de rehidratación oral

- Adultos sanos: hasta 3000 ml por día
 - Pediatría: fórmula de Holliday-Segar más 5%
- Fórmula de Holliday-Segar:
- 4 ml por kg por hora para los primeros 10 kg de peso corporal
 - 2 ml por kg por hora para los siguientes 10 kg de peso corporal
 - 1 ml por kg por hora por cada kilogramo de peso corporal adicional



2

Asistencia

e implementación de
medidas inmediatas
de aislamiento

2.1

DIRECTRICES PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y EL TRATAMIENTO DEL DENGUE, EL CHIKUNGUÑA Y EL ZIKA

Intervención farmacológica

Fármaco	Dosis en adultos	Dosis en niños
Paracetamol v/o	500 mg c/6 hs (dosis máxima diaria: 4 g)	10 mg/kg c/ 6 hs (dosis máx diaria: 60 mg/kg)
Dipirona v/o	10 mg/kg c/ 6hs	500 mg c/6hs



2

Asistencia e implementación de medidas inmediatas de aislamiento

2.1

DIRECTRICES PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y EL TRATAMIENTO DEL DENGUE, EL CHIKUNGUÑA Y EL ZIKA



DIRECTRICES PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y EL TRATAMIENTO DEL DENGUE, EL CHIKUNGUÑA Y EL ZIKA



Grado de evidencia para orientar diagnóstico diferencial de arbovirosis

Calidad de la evidencia	Manifestaciones del dengue	Manifestaciones del chikunguña	Manifestaciones del zika
ALTA (Certificados con los síntomas)	Fiebre/escalofríos Aumento progresivo del hematocrito Leucopenia	Artralgias	Prurito
MODERADA (Certificados con síntomas y pruebas serológicas)	Artralgia e hiperalgesia Vértigos Dolor abdominal Escalofríos Hematemias (hecho sangrado en pH, mucosas o heces)	Erupción Conjuntivitis Artritis Mialgias o dolores de huesos	Erupción Conjuntivitis
BAJA (Certificados que pueden serlo)	Dolor retroocular Hepatomegalia Edema Diarrea Dificultad Elevación de las transaminasas Prueba de torzióne positiva	Hematurias (hecho sangrado en pH, mucosas o heces)	Adenopatías Faringitis o estomatitis

Pacientes con signos de alarma (Riesgo elevado de evolucionar a dengue grave)

- Dolor abdominal: progresivo hasta ser continuo o sostenido e intenso y al final de la etapa febril
- Trastorno del sensorio: irritabilidad, somnolencia, letargo
- Sangrado de mucosas: gingivorragia, epistaxis, sangrado vaginal no asociado a la menstruación o sangrado menstrual mayor del habitual y hematuria
- Acumulación de líquidos: por clínica, por estudios de imagen o ambos, al final de la etapa febril
- Hepatomegalia: mayor de 2 cm por debajo del reborde costal y de instalación brusca
- Vómitos: persistentes (tres o más en 1 hora o cuatro en 6 horas)
- Aumento progresivo del hematocrito: en al menos dos mediciones consecutivas durante el seguimiento del paciente

Criterios de hospitalización de pacientes con dengue

- Dengue con signos de alarma
- Dengue con criterios de enfermedad grave según la definición de la OMS
- Intolerancia a la vía oral
- Dificultad respiratoria
- Acortamiento de la presión de pulso
- Hipotensión arterial
- Insuficiencia renal aguda
- Aumento del tiempo de llenado capilar
- Embarazo
- Coagulopatía

Se recomienda utilizar un esquema de hidratación oral intensa en pacientes con dengue para disminuir la progresión a las formas graves y la aparición de complicaciones por esta enfermedad

Hidratación intensa con sales de rehidratación oral:

- Adultos sanos: hasta 3000 ml por día
- Pediatría: fórmula de Holliday-Segar más 5%
- Fórmula de Holliday-Segar:
 - 4 ml por kg por hora para los primeros 10 kg de peso corporal
 - 2 ml por kg por hora para los siguientes 10 kg de peso corporal
 - 1 ml por kg por hora por cada kilogramo de peso corporal adicional

Intervención farmacológica	Dosis en pediatría	Dosis en adultos
Paracetamol v/o	10 mg/kg c/ 6 hs (dosis máxima diaria: 60 mg/kg)	500 mg c/ 6 hs (dosis máxima diaria: 4 g)
Dipirona v/o	10 mg/kg c/ 6hs	500 mg c/6hs

- Se recomienda indicar la hidratación parenteral en los pacientes con dengue y, al menos, un signo de alarma
- Se recomienda usar cristaloideos en lugar de coloides en el manejo inicial de los pacientes con choque por dengue
- Se recomienda no transfundir hemocomponentes (concentrado de plaquetas o plasma fresco congelado) a los pacientes con dengue y trombocitopenia
- Se sugiere el uso de paracetamol (acetaminofeno) o metamizol en lugar de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), antihistamínicos o esteroides para el manejo sintomático inicial en los pacientes con arbovirosis
- Se sugiere no administrar esteroides sistémicos a los pacientes en choque por dengue
- Se sugiere no indicar inmunoglobulinas para el tratamiento del dengue grave
- Se recomienda el uso del preservativo para la prevención de la transmisión sexual de la infección por el virus del Zika
- Se recomienda mantener la lactancia materna en las pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de infección por el virus del Zika

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55125>

Organización Panamericana de la Salud, Programa Especial para la Investigación y Capacitación de Enfermedades Tropicales. Dengue: Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control de [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2010. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31071>.

Este esquema se encuentra disponible en el siguiente enlace: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/sintomas-distintos-estadios-del-dengue>



2

Asistencia

e implementación de
medidas inmediatas
de aislamiento

2.2

MEDIDAS DE AISLAMIENTO

En el ámbito asistencial

Aplicar inmediatamente medidas de aislamiento en los casos que esté transcurriendo el período virémico (desde el inicio de la fiebre hasta cumplidas **48 horas en apirexia**).

Estas medidas consisten en:

- ubicación en habitación con mosquitero o colocación de tul
- uso de repelente, termovaporizadores y pastillas

No requiere equipo de protección personal para el equipo de salud ni para la familia.

Para las situaciones de traslado se recomienda el uso de repelentes.

Si el número de consultas de síndromes febriles o casos sospechosos lo justifica, implementar el plan de contingencia institucional definiendo un área de asistencia específica para este evento y el triaje de todas las consultas.

En domicilio

En caso de que la situación clínica permita la permanencia en domicilio, recomendar al paciente el uso de repelente e insecticidas de uso doméstico (spray o termovaporizadores). Lo ideal es que toda la casa, o la habitación del paciente en su defecto, cuenten con aberturas cubiertas con tejido mosquitero o utilicen tul sobre la cama.



NOTIFICACIÓN A LA AUTORIDAD SANITARIA

Según el decreto 41/012, el Dengue, Chikungunya y Zika constituyen enfermedades de notificación obligatoria del grupo A, es decir dentro de las primeras 24 horas de sospechado el caso.

La notificación debe realizarse al Departamento de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud por cualquiera de las siguientes vías:



Telefónica: 1934 int 4010



Correo electrónico: vigilanciaepi@msp.gub.uy



Sistema on line: www.msp.gub.uy*

Notificación

temprana a través de la notificación a DEVISA por la vía más rápida

3

3.1

*se requiere registro con usuario. Si aún no tiene usuario puede solicitarlo al correo electrónico vigilanciaepi@msp.gub.uy aclarando su nombre, cédula de identidad, cargo e instituciones en las que trabaja.



NOTIFICACIÓN A LA AUTORIDAD SANITARIA ¿Quiénes deben notificar?

Están **obligados** a notificar los eventos señalados:

- ✓ Médicos, veterinarios y otros profesionales de la salud, en el ejercicio libre de su profesión o en relación laboral de dependencia.
- ✓ Directores técnicos de hospitales o instituciones de asistencia públicos y privados.
- ✓ Directores técnicos de laboratorios de análisis clínicos y bancos de sangre.
- ✓ Otros profesionales de la salud y personal sanitario de todas las categorías.
- ✓ Responsables de internados, comunidades, campamentos y similares.
- ✓ Directores de escuelas, liceos u otros establecimientos de enseñanza públicos o privados.
- ✓ Mandos de establecimientos y dependencias de las Fuerzas Armadas y Ministerio del Interior.
- ✓ Capitanes de buques y los pilotos de aeronaves o sus representantes.
- ✓ También podrá notificar una enfermedad o evento cualquier ciudadano que tenga conocimiento o sospecha de la ocurrencia de una enfermedad o circunstancia que pueda significar riesgo para la salud pública.

Notificación

temprana a través de
la notificación a
DEVISA por la vía
más rápida

3

3.2



MUESTRAS PARA DIAGNÓSTICO TIPO DE MUESTRA

Se deben enviar dos muestras, la inicial (1° muestra) y otra obtenida 15 días después de la anterior (2° muestra).

- ✓ **Sangre obtenida en tubo seco con gel, sin anticoagulante**, de 5 a 8 mL en adultos y niños mayores de 2 años. En niños menores de 2 años se podrá enviar tubo pediátrico, con 1 mL de sangre.
- ✓ Luego de formado el coágulo, centrifugar 10 minutos a 2500 rpm.

Las muestras de sangre deben enviarse dentro de las primeras 48 horas de obtenidas.

- ✓ **En el caso de sospecha de Zika**, se deben enviar muestras adicionales en las siguientes situaciones:
 - ✓ **Orina** (2,5 mL en tubo con tapa rosca): en **embarazadas** y en caso de **enfermedad eruptiva**, entre 5 y 15 días a partir de la fecha de inicio de síntomas.
 - ✓ **LCR** (0,5-1 mL): en caso de existir **síndrome neurológico** (recién nacido con síndrome congénito o pacientes con SGB).

Las muestras adicionales deben enviarse dentro de las primeras 24 horas de obtenidas.

Diagnóstico

toma de muestra
para diagnóstico y
envío al DLSP

4

4.1



MUESTRAS PARA DIAGNÓSTICO CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y ENVÍO DE MUESTRAS

- ✓ Las muestras deben estar ingresadas al sistema Elab y en el ingreso informático debe registrarse la fecha de inicio de los síntomas y la fecha de extracción de la muestra. **Las muestras que no vengan con estas fechas requeridas o provengan de casos no notificados, no serán procesadas.**
- ✓ **Etiquetado:** en la etiqueta de las muestras **debe figurar** la cédula de identidad del paciente y la fecha de extracción.
- ✓ **Conservación:** mantener el tubo primario refrigerado (4 – 8 °C), hasta su transporte y durante el mismo. El empaque de las muestras se debe realizar según el Anexo 4, del decreto 129/2005 del 24 de diciembre de 2014.

Extracción

de muestra para
diagnóstico y envío
al DLSP

4

4.2

Información para el envío



Alfredo Navarro 3051, acceso norte.



De lunes a viernes de 9 a 15 hs.



1934 6240 – 1934 6241



Ministerio
de Salud Pública

Si tienen dudas o comentarios pueden dirigirse a la oficina de DEVISA de forma telefónica al número **1934 4010** o a través del correo electrónico **vigilanciaepi@msp.gub.uy**



Montevideo, 22 de agosto de 2023

Sra. Directora General de Salud,
Dra. Adriana Alfonso,

En referencia al pedido de informe 3/2938/2023 que solicita:

1. *De enfermedades transmitidas por mosquitos aedes aegypti (Zika, Dengue y Chikungunya*

a. Facilite el plan de contingencia del año 2023 para enfermedades transmitidas por mosquitos (Zika, Dengue y Chikungunya).

Respuesta: Se adjunta el Plan de respuesta nacional ante una epidemia de enfermedades transmitidas por aedes aegypti (nombre de archivo en el expediente: MSP_Plan_de_Respuesta_Aedes_Aegypti_) proporcionado por el Departamento de Vigilancia en Salud.

b. Describa la fase de preparación con la descripción de los posibles escenarios identificados por su cartera ante un aumento de número de casos o extensión de enfermedades transmitidas por mosquitos (Zika, Dengue y Chikungunya) a todo el territorio nacional.

Respuesta: El Departamento de Vigilancia en Salud informa que la fase de preparación será dirigida por la autoridad sanitaria, a través de un trabajo interinstitucional articulado con el Centro Coordinador de Emergencias Departamentales (CECOED). Asimismo, durante la fase de preparación, los municipios adoptarán las medidas necesarias en el marco de sus facultades, coordinando y colaborando con las autoridades respectivas.

Los niveles de descentralización y coordinación durante la respuesta a la epidemia, estarán determinados por la dimensión de la misma, por el nivel de riesgo y por los requerimientos específicos de la respuesta.

Los niveles de coordinación de la respuesta se indican en la figura 1.



Figura 1. Niveles de coordinación de respuesta.

NIVEL DE RESPUESTA	COORDINACIÓN DE LA RESPUESTA
Respuesta Local. Alerta temprana y respuesta inmediata	MS – Epidemiología - DDS Instituciones de salud DLSP ¹
Respuesta Departamental	MS – Epidemiología - DDS Comité Departamental de Emergencias
Respuesta Nacional	Comando de Respuesta Nacional
Situación de Desastre	Poder Ejecutivo

La respuesta local se desencadena frente al aumento del número de consultas de síndromes febriles, sin otra causa que lo explique y/o la confirmación laboratorial de un caso de Dengue, Zika o Chikungunya.

Esta actividad es responsabilidad de los centros asistenciales de salud y comprende:

- Sospecha del caso según los criterios clínicos y epidemiológicos.
- Asistencia e implementación de medidas inmediatas de aislamiento. El mismo consiste en ubicación en habitación con mosquitero o colocación de tul, uso de repelente, termovaporizadores y pastillas. No requiere equipamiento de protección personal para el equipo de salud, ni familiares.
- Alerta temprana, a través de la notificación de la sospecha del caso, a DEVISA o a la DDS por la vía más rápida.
- Extracción de muestra para diagnóstico y envío al DLSP.

La respuesta inmediata efectuada por la institución que emite el alerta, estará basada en las recomendaciones que figuran en este plan o en las orientaciones realizadas por la DDS. El primer servicio médico que llegue ante un caso sospechoso debe notificar al MSP.

Se adjunta: Respuesta frente a casos sospechosos de arbovirosis. División epidemiología desde los servicios asistenciales. Actualización enero 2023 (nombre de archivo en expediente: Tutorial Dengue servicios asistenciales 2023).



Durante la fase de atención inmediata, los municipios adoptarán las medidas urgentes necesarias en el marco de sus facultades.

La respuesta local pasará a ser departamental cuando se identifiquen dos o más casos con sospecha de enfermedad transmitida por *Aedes aegypti*.

c. Describa cuál ha sido la participación del SINAE y cómo esta se encuentra coordinando y articulando con las Direcciones Departamentales de Salud.

Respuesta: El Departamento de Vigilancia en Salud informa que en todas las localidades donde fueron confirmados casos autóctonos de arbovirosis transmitidas por *Aedes aegypti* en 2023 (Paysandú, Rocha, Montevideo), se realizó una reunión del Centro Coordinador de Emergencias Departamentales. En las mismas, se informó a las diversas instituciones participantes de la situación epidemiológica, número de casos detectados y las zonas a trabajar en la contención del foco. Se coordinaron acciones de control químico y mecánico (eliminación de criaderos) de *Aedes aegypti*, se definieron estrategias de comunicación sobre las medidas de prevención y se formaron equipos de trabajo. En todas las reuniones, la comunicación de la situación y la solicitud de cooperación estuvieron a cargo de las direcciones departamentales de salud.

d. Se han llevado adelante simulacros en los prestadores integrales del SNIS? En el primer y segundo nivel de atención? Describa los prestadores, fecha de realización y los resultados de simulacros.

Respuesta: La Unidad de Zoonosis y Vectores informa que en todas las localidades donde fueron confirmados casos autóctonos de arbovirosis transmitidas por *Aedes aegypti* este año (Paysandú, Rocha, Montevideo), se realizó una reunión del Centro Coordinador de Emergencias Departamentales. En las mismas, se informó a las diversas instituciones participantes de la situación epidemiológica, número de casos detectados y las zonas a trabajar en la contención del foco. Se coordinaron acciones de



control químico y mecánico (eliminación de criaderos) de *Aedes aegypti*, se definieron estrategias de comunicación sobre las medidas de prevención y se formaron equipos de trabajo. En todas las reuniones, la comunicación de la situación y la solicitud de cooperación estuvieron a cargo de las direcciones departamentales de salud.

La Dirección General de Coordinación informa que las Direcciones Departamentales de Salud son integrantes naturales de los Cecoed, por dicho motivo cuando se presentan situaciones que requieren de la coordinación con diferentes organismos el Director Departamental de Salud se comunica con el coordinador Departamental del Cecoed y se fijan las reuniones que sean necesarias para cumplir con la misión asignada.

En todos los departamentos se realizaron actividades de promoción y prevención de enfermedades transmitidas por el *Aedes aegypti*, como también se coordinaron las actividades de Descacharre, en los departamentos donde se presentaron casos dengue y chikungunya se coordinó a través de los Cecoed la fumigación.

Es de mencionar que a nivel territorial hace años se trabaja en forma coordinada, en algunos departamentos con mayor profundidad según sea la realidad epidemiológica de cada uno.

El Departamento de Vigilancia en Salud informa que se realizó un simulacro el día 14/5/2014.

e. Todos los prestadores integrales del SNIS cuentan con un referente para enfermedades transmitidas por mosquitos (Zika, Dengue y Chikungunya).

Respuesta: El Departamento de Vigilancia en Salud informa que los prestadores de salud cuentan con referente institucional para arbovirosis, que fue reconfirmado en 2023.

f. Informe la compra de estos insumos críticos adquiridos por su cartera en cantidad de gasto y fecha de: Sueros, Repelentes,



Mosquiteros, Paracetamol, Cómo se realizó la distribución en los prestadores.

Respuesta: El Departamento de Vigilancia en Salud informa que de acuerdo a lo establecido en el punto 2.2.1 del Plan de respuesta nacional ante una epidemia de enfermedades transmitidas por aedes aegypti, la implementación de medidas inmediatas de asistencia y aislamiento en habitación con mosquitero o colocación de tul, uso de repelente, termovaporizadores y pastillas, es responsabilidad de los centros asistenciales de salud.

El MSP compra repelente para sus equipos de campo del nivel central y para las Unidades Departamentales de Epidemiología de las Direcciones Departamentales de Salud.

2. En cuanto a las acciones ambientales. Describa cuales fueron las acciones:

a. Cuáles fueron las actividades?

Respuesta: La Unidad de Zoonosis y Vectores informa que en caso de ausencia de casos importados o autóctonos, se realizan acciones de educación a la población, vigilancia entomológica y control de criaderos según la situación detectada en cada departamento por el sistema de vigilancia (ver punto d).

El bloqueo de foco en un caso de circulación autóctona de una enfermedad transmitida por Aedes aegypti consta de las siguientes actividades:

- Búsqueda activa de casos sospechosos alrededor de caso detectado (puerta a puerta)
- Comunicación de las medidas de prevención en la zona alrededor de caso detectado
- Eliminación de criaderos de Aedes aegypti casa por casa
- Rociado espacial intradomiciliario con motomochila
- Rociado espacial con máquina de arrastre

b. Cuando se realizaron (año/mes/día)?

La Unidad de Zoonosis y Vectores informa:



- Control ante casos importado de dengue y chikungunya, Montevideo: 25/1/2023, 3/2/2023, 9/3/2023, 30/3/2023, 19/4/2023, 2/5/2023.
- Control ante caso importado de dengue, Paysandú: 12/3/2023
- Control de criaderos de Aedes, Artigas: 12/5/2023
- Control de criaderos de Aedes, Treinta y Tres: 18/5/2023
- Control de criaderos de Aedes, San José: 4/5/2023
- Educación y actividades en escuelas de Montevideo: 9/5/2023 Escuela 179
- Educación y actividades en escuelas de Montevideo: 11/5/2023 Escuela 338
- Educación y actividades en escuelas de Montevideo: 16/5/2023 Escuela 157
- Educación y actividades en escuelas de Montevideo: 13/6/2023 Escuela 308
- Control de Foco casos Chikungunya, Paysandú: Actividades comenzaron el 21/4/2023
- Control de Foco caso Chikungunya, Montevideo: Actividades comenzaron el 13/5/2023
- Control de Foco Dengua, Rocha: Actividades comenzaron el 5/5/2013

c. Donde se desarrollaron?

Respuesta: La Unidad de Zoonosis y Vectores informa que el área de intervención se define como la manzana donde vive o trabaja/estudia el caso positivo y las 8 manzanas circundantes. Se llevaron a cabo en las ciudades de Montevideo (barrios Prado y Villa Muñoz), Rocha y Paysandú.

d. Actualmente se encuentra desarrollando actividades a nivel ambiental para el control del mosquito aedes aegypti?

Respuesta: La Unidad de Zoonosis y Vectores informa que si. En caso de no haber casos o evidencia de transmisión autóctona, las actividades de control de Aedes aegypti se basan en la detección de sitios de cría persistentes y zonas de alta densidad vectorial mediante un sistema de vigilancia entomológica utilizando ovitrampas. En base a los datos



recabados, se realizan actividades de eliminación de criaderos y educación a la población sobre las medidas de prevención, reservándose la aplicación de insecticidas para los casos de transmisión autóctona de alguna arbovirosis transmitida por Aedes.

e. Cuál es el origen de la financiación de las intervenciones ambientales?

Respuesta: La Unidad de Zoonosis y Vectores informa que se utilizan recursos humanos y materiales del Ministerio de Salud Pública y en algunos casos de las Intendencias departamentales. De ser necesario, se solicita colaboración a otras instituciones (ej: Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior).

f. Cuál fue el costo total de la intervención?

Respuesta: La Unidad de Zoonosis y Vectores informa que se utilizaron recursos humanos y materiales existentes en las diversas instituciones participantes.

3. Respecto a la infraestructura y organización:

a. Cuál es la organización de los servicios de salud a nivel nacional ante un eventual aumento del número de casos?

Respuesta: Ver 2.1 y 2.2 de plan de respuesta. El Departamento de Vigilancia en Salud adjunta Elaboración de Planes de Contingencia frente a una eventual epidemia de Dengue (igual nombre en expediente) disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/dengue>

b. Los prestadores integrales cuentan con al menos una sala habitualmente denominada “Sala de dengue” para enfermedades transmitidas por mosquitos (Zika, Dengue y Chikungunya) que se encuentren preparadas para tales fines?

Respuesta: El Departamento de Vigilancia en Salud informa que forma parte del plan de contingencia institucional.



c. En caso de que no todos los prestadores cuenten con “sala de dengue”, que prestadores sí cuentan con estas instalaciones?

Respuesta: El Departamento de Vigilancia en Salud informa que todos los planes presentados incluyen “sala dengue”.

d. Cuáles son los centros de referencia en caso de aumento del número de casos?

Respuesta: No está especificado en el plan será designado por Junasa y DIGESA de acuerdo a la disponibilidad y demanda de servicios del momento

e. Como se llevará a adelante la gestión de triage, de lo servicios de emergencia y la gestión de camas?

Respuesta: Ver 5.2 del plan: Si el número de consultas de síndromes febriles o casos sospechosos lo justifica, implementar el plan de contingencia institucional definiendo un área de asistencia específica para este evento y el triaje de todas las consultas.

El Departamento de Vigilancia en Salud adjunta Elaboración de Planes de Contingencia frente a una eventual epidemia de Dengue (igual nombre en expediente) disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/dengue>

4. En cuanto a la formación de recursos humanos ante casos de enfermedades transmitidas por mosquitos (Zika, Dengue y Chikungunya) :

a. Se ha realizada capacitación de los recursos humanos ante este nuevo brote? Qué recursos se capacitaron (Función, rol y prestador)?

Respuesta: Se informa: que se capacitaron dos técnicos médicos del MSP en Asunción- Paraguay, del 15 al 18 de mayo de 2023 vi Visita de técnicos médicos de Uruguay a Paraguay.

-Se realizó Jornada sobre arbovirosis febriles emergentes en niños. Actividad organizada por Clínica Pediátrica "c" UDELAR y MSP. Se realizó



en el anfiteatro Mauricio Gajer. CHPR. ASSE.
Modalidad presencial y virtual. Miércoles 2 de agosto de 2023.

b. Cual fue el mecanismo de formación?

Respuesta: Jornada en modalidad presencial y virtual.

c. Cuál es la cobertura actual que logró en el SNIS?

Respuesta: No se cuenta con esta información.

5. Respecto a las pruebas diagnósticas:

a. Informe el plan de contingencia para la realización de pruebas diagnósticas a gran escala.

Respuesta: El Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP) informa que el protocolo utilizado es el recomendado por la OPS OMS para los laboratorios de referencia de las Américas .

En abril de 2023 se inició la compra de reactivos para diagnóstico molecular de arbovirus y serología de Chikungunya para 3000 muestras, contando ya con un mismo número similar para diagnóstico serológico de Dengue, y se recibieron 2000 determinaciones de reactivo para diagnóstico molecular, Trioplex Dengue Zika y Chikungunya donado por OPS/CDC

Entre el 5 y el 9 de Junio pasado se llevó a cabo en las instalaciones del DLSP el entrenamiento y desarrollo del trabajo de SECUENCIAMIENTO GENOMICO DE ARBOVIRUS y está previsto la donación de los reactivos correspondientes para mantener dicha vigilancia en forma constante en DLSP.

b. En caso de sobrepasar la capacidad instalada, quién realizará las pruebas? Esto forma parte de un convenio?

Respuesta: La labor del DLSP fundamentalmente es realizar la vigilancia* de agentes infecciosos emergentes y reemergentes, en este caso de virus emergentes, más precisamente de virus Chikungunya, del que nunca habíamos tenido circulación autóctona hasta este año 2023.



También se cumple en esta etapa, con fines diagnósticos específicos y diferenciales, dada la complejidad y reacciones cruzadas entre virus de las mismas familias, que además se presentan con características clínicas similares entre ellos.

Desde el 2016 se ha ido incrementando la capacidad tecnológica y metodológica de los laboratorios de Análisis Clínicos, han ingresado nuevos reactivos, de buena sensibilidad y especificidad, en el mercado nacional, lo que permitiría ampliar las capacidades nacionales frente a un aumento de la necesidad diagnóstica.

Unidad de Información