MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

N°212 -2023-DG-INMP /MINSA

Resolución Directoral

Lima, 10 de mayo de 2023

VISTOS:

La HETD N° 23-8265-1, que adjunta los Memorando N° 796-2023-OEPE/INMP, de fecha 02 de mayo de 2023, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, que adjunta el Informes N° 042-2023-UFP-OEPE/INMP, de fecha 28 de abril de 2023, de la Unidad Funcional de Planeamiento a su cargo, Memorando N° 0305-OESA-INMP-2023, de fecha 19 de abril de 2023, de la Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y el informe N° 171-2023-UJA-OAJ-INMP, de fecha 04 de mayo de 2023,de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional Materno Perinatal;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, de conformidad con la precitada norma legal, es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, con arreglo a principios de equidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 022-2017-SA, se Declaró de interés público la lucha contra el dengue, con especial énfasis en las zonas geográficas del país que presentan alto riesgo potencial epidémico de dicha enfermedad, con la finalidad de redefinir la estrategia de prevención, control y tratamiento de dicha enfermedad, cuyo brote epidémico afectó a las regiones del norte del país como consecuencia de la presencia devastadora del fenómeno del Niño Costero;

Que, de conformidad con el artículo 2° y 9° del Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, la acreditación es un procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención, a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud; siendo obligación de los Establecimientos de Salud a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, protegerlos íntegramente contra riesgos innecesarios, satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

M. ZEVALLOS

I. PORTELLA

J.CHAPA

Que, el Ministerio de salud, a través de la Resolución Ministerial N° 228-2023/MINSA, aprueba la Aprobar la NTS N° 198-MINSA/DIGESA-2023 "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Entomológica y Control de Aedes aegypti, vector de Arbovirosis y la Vigilancia del Ingreso de Aedes albopictus en el territorio nacional, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad de las arbovirosis en el territorio nacional;

Que, asimismo, mediante Resolución Ministerial N° 982-2016-MINSA, se aprobó el la NTS N° 125 - MINSA/2016/ CDC-INS, "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio de Dengue, Chikungunya, Zika y otras Arbovirosis en el Perú, con la finalidad de contribuir a prevenir y controlar la transmisión del Dengue, Chikungunya, Zika y otras arbovirosis, así como a mitigar el ingreso de estas enfermedades en escenarios donde no hay transmisión en el Perú;

Que, en ese mismo sentido con Resolución Ministerial N° 883-2014-MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Acciones de Promoción de la Salud para la Prevención del Dengue a través del Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud", con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad por dengue, con el objetivo de promover en la población en riesgo, la adopción de prácticas individuales, familiares y comunitarias; orientadas a la eliminación o tratamiento de potenciales criaderos, que disminuya la probabilidad de un incremento de zancudos Aedes Aegypti; impulsar la articulación intergubernamental e intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales asociados al dengue; fortalecer la organización comunitaria y la responsabilidad ciudadana para la promoción de la salud y la prevención del dengue;

K. ZEVALLOS

Que, en el marco de los precitados dispositivos legales, a través de los documentos de vistos la Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, solicita la aprobación del Plan de Vigilancia y control Epidemiológico de Dengue y otras arbovirosis 2023, del Instituto Nacional Materno Perinatal, con la finalidad de contribuir a la organización de los servivios , de atención de pacientes, de la Institución , para identificar y manejar casos de dengue y otras arbovirosis, mediante el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, prevención y control;

Que, el referido plan ha sido revisado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, cual a través del Memorando N° 796-2023-OEPE/INMP, de fecha 02 de mayo de 2023, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa que el referido plan se encuentra alineado con los objetivos nacionales e Institucionales y de la Resolución Ministerial N° 982-2016-MINSA, se aprobó el la NTS N° 125 -MINSA/2016/ CDC-INS, "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio de Dengue, Chikungunya, Zika y otras Arbovirosis en el Perú y que su implementación se encuentro dentro de las actividades programadas – meta presupuestal 0077 – Vigilancia y Control de Epidemias, recomendando su aprobación, por lo que es pertinente emitir la presente resolución;

I. PORTELLA

Con la opinión favorable del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, de la Oficina de Asesoría Jurídica y en armonía con las facultades conferidas en la Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA y Resolución Ministerial N°006-2022/MINSA;

J.CHAPA

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el ***"Plan de vigilancia, prevención y control epidemiológico de dengue y otras arbovirosis 2023"*** del Instituto Nacional Materno Perinatal, el mismo que contiene

nueve (09) numerales que incluye el ocho (08) anexos, todo ello hace un total de veinte y seis (26) páginas y forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: La Oficina de Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, es la responsable de la implementación, supervisión y cumplimiento del referido plan aprobado en el numeral precedente de la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO: El Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia, publicará la presente resolución en el Portal de Transparencia Institucional

Regístrese, comuníquese y publíquese

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Mg. Félix Dasio Ayala Peralta
C.M.P. 19726 - R.N.E. 9170
DIRECTOR DE INSTITUTO

H. ZEVALLOS

J.CHAPA

FDAP/JCHR/RNVC
Cc:
- Direcciones Ejecutivas
- Oficinas Ejecutivas
- Oficinas
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Oficina de Estadística e Informática (Pag Web)
- Archivo

J. PORTELLA

PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud | Instituto Nacional Materno Perinatal

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL EPIDEMIOLÓGICO DE DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

2023

DIRECTOR DE INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL:

MC. FELIX AYALA PERALTA

EQUIPO DE EPIDEMIOLOGÍA

JEFA DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL:

MC. KELLY ZEVALLOS ESPINOZA

EQUIPO TÉCNICO:

LIC. CARMEN ROSA YÁBAR CALDERÓN

LIC. DELQUIER HERNANDEZ TAPULLIMA

LIC. ERICA TORRES RAMIREZ

LIC. NATHALY VILLACORTA PARCO

LIC. RAFAELA VILLACORTA LICERA

OBST. ELIZABETH RAMOS PALOMINO

OBST. ANJHELLY CISNEROS ARANA

OBST. YOLANDA QUISPE ALOSILLA

T.M. ANDERSON AQUINO FERNANDEZ

ING. VANIA PACHAS YARLEQUE

ING. YOSELIN ABAD VELASQUEZ

COLABORACION:

MC ALVARO VASQUEZ PALOMINO

MC VICTOR LLERENA MIÑAN

MINISTERIO DE SALUD
Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Instituto Nacional Materno Perinatal

ÍNDICE

Introducción 4
I. FINALIDAD 5
II. OBJETIVOS 5
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN 5
IV. BASE LEGAL 5
V. DISPOSICIONES GENERALES 6
5.1. Definiciones operativas 6
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS 11
6.1. De la captación de casos de dengue y otras arbovirosis 11
6.2. De la notificación de casos de dengue y otras arbovirosis 11
6.3. Diagnóstico y Toma de muestra 11
6.3.1 Pruebas diagnósticas y período de toma de muestra 11
6.3.2 Toma de muestras para diagnóstico 11
6.4. Tipo de manejo según estado del paciente 12
6.4.1 Recomendaciones para tratamiento de pacientes con dengue 13
6.4.2 Criterios de alta 14
6.4.3 Manejo de dengue perinatal 15
6.5 Medidas de prevención institucional 15
VII. RESPONSABILIDADES 16
VIII. RECOMENDACIONES 16
IX. ANEXOS 17
N°1. Flujograma Manejo de la gestante con sospecha de infección por dengue en el INMP 17
N°2. Criterios para la obtención, conservación y transporte de muestras 18
N°3. Flujograma de manejo en caso probable de Dengue 20
N°4. Flujograma de manejo en caso probable de Chikungunya 21
N°5. Flujograma de manejo en caso probable de Zika 22
N°6. Flujograma para vigilancia de zika en gestantes 23
N° 7 Ficha de Investigación Clínico epidemiológico para arbovirosis 24
N°8. Formato consolidado del registro para la vigilancia de febriles 25
X. BIBLIOGRAFÍA 26

MINISTERIO DE SALUD
Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Instituto Nacional Materno Perinatal

INTRODUCCIÓN

El virus del dengue es uno de los mayores agentes patógenos emergentes que se han extendido geográficamente en los últimos años, de 9 países con transmisión hace 6 décadas a más de 100 países el día de hoy. Según una estimación ocurren 390 millones de infecciones por dengue cada año, con un rango entre 284 a 528 millones, de los cuales 96 millones (rango de 67 a 136 millones) presentan signos y/o síntomas en cualquiera de sus formas clínicas. En América Latina se han presentado alrededor de 4 millones de casos durante esta década y circulado los cuatro serotipos del virus del dengue, lo que da como resultado enfrentar decenas de miles de casos de dengue hemorrágico, que es la forma más grave de la enfermedad.

La introducción del dengue en el Perú está relacionada a la reintroducción del Aedes Aegypti en Iquitos en 1984 después de su eliminación del país en 1956. En 1990 ocurre el primer brote explosivo de dengue con más de 150 000 casos asociados al DENV-1, el mismo que afectó el departamento de Loreto, Ucayali y San Martín, a partir de entonces la transmisión de dengue tiene un comportamiento endémico con periodos epidémicos en la selva peruana y con tendencia a tener este comportamiento en la costa norte. Durante el año anterior, en el Perú se ha identificado la circulación de los cuatro serotipos de Dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 Y DENV-4). Dadas las condiciones actúales existentes en el país, para la persistencia y extensión de la transmisión del Dengue, determinada por los factores de temperatura, lluvia, migración, presencia del vector, circulación del virus y la presencia de formas graves; asimismo, los cambios climatológicos sumados al comportamiento de riesgos de la población de almacenamiento inadecuado de agua, floreros y maceteros sin los cuidados saludables, la formación de criaderos (inservibles, tanques bajos en desuso , etc.).

En 2019 se registró el mayor número de casos de dengue a nivel mundial. En la Región de las Américas se notificaron 3.139.335 casos de dengue, del total de casos el 43,6% fueron confirmados. Durante el 2019, 34 países y territorios de la Región de las Américas reportaron un incremento de casos a nivel nacional o en algunas áreas del país en comparación con el 2018.

En Perú hubo un total de 4698 casos de dengue en el año 2018. Posteriormente los casos fueron aumentando con mayor intensidad llegando a presentarse en el 2019 unos 15287 casos reportados de dengue, en el 2020 unos 47932 casos siendo más del doble del 2019, para el 2021 fueron 44791 casos.

De acuerdo a la CDC Perú, hasta la SE 26 – 2022 se han notificado 53528 casos de dengue, siendo la tasa de incidencia de 161.01 por 100 mil habitantes. Según forma clínica, el 87.90% de los casos corresponden a dengue sin signos de alarma, 11.79% a dengue con signos de alarma y el 0,31% a dengue grave, incluido 64 defunciones, con una tasa de letalidad de 0,12%. El 87,9% (47052) de los casos de dengue se concentraron en los departamentos de Piura, Ucayali, Loreto, San Martín, Madre de Dios, Huánuco, Junín, Ica, Amazonas, Lambayeque.

Desde la SE 30 – 2022, la curva epidémica nacional muestra incremento de casos de dengue, superando incluso los picos de casos registrados en los últimos cuatro años. Actualmente los departamentos de Piura, Loreto, San Martín, Junín, Cajamarca, Ucayali, Cusco, Amazonas, Huánuco, Madre de Dios presentan distritos en incremento de casos o situación de brote. En la provincia de Lima, en los últimos 2 años se presentaron brotes en los distritos de La Molina, Lurigancho, Puente Piedra, Independencia, Villa María del Triunfo, San Juan de Lurigancho, Ate, Comas, Pachacamac, entre otros.

En el 2020 en el INMP se presentaron 5 casos de Dengue para descartar, de los cuales, ningún caso fue confirmado. En el 2021, por el contrario, se presentó un caso positivo importado de dengue sin signos de alarma en una paciente de gineco-obstetricia. En el 2022 se presentaron 5 casos de dengue, pero fueron descartados con resultados negativos.

MINISTERIO DE SALUD
Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Instituto Nacional Materno Perinatal

I. FINALIDAD

Contribuir con la organización de los servicios, de atención de pacientes, del INMP para identificar y manejar casos de dengue y otras arbovirosis, mediante el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, prevención y control.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General:

- Contribuir a la reducción de la morbimortalidad de los casos de dengue y otras arbovirosis mediante la detección temprana y manejo oportuno de casos, en el INMP

2.2. Objetivos específicos

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica, prevención y manejo de casos de dengue y otras arbovirosis en el INMP, ante la eventual identificación de pacientes sospechosos o probables.
- Adoptar las medidas de prevención para evitar brotes de dengue y otras arbovirosis en el INMP.
- Asegurar la toma de muestra de pacientes sospechosos de dengue y otras arbovirosis para envío de procesamiento en el INS.
- Asegurar el stock de medicación necesaria para el manejo sintomático de dengue y otras arbovirosis
- Fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud ante la presencia de casos de dengue y otras arbovirosis en el INMP.
- Implementar y monitorear el desarrollo del plan para asegurarnos el desarrollo correcto y cumplir con la finalidad establecida.
- Coordinar con el área de comunicaciones para difundir medidas de promoción de la salud y comunicación de riesgo de dengue y otras arbovirosis.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Todas las áreas de atención de pacientes sospechosos, probables o confirmados de dengue y otras arbovirus del INMP, incluye las áreas de labor administrativa.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de la Salud y sus modificatorias.
- Ley Nº 27657 reglamento de la Ley del Ministerio de Salud
- Reglamento Sanitario Internacional RSI (2005) vigente, rectificada por la OMS (2017).
- Decreto Legislativo Nº 1161-2013, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 022-2017-SA que "Declara de Interés Público la Lucha contra el Dengue"
- Resolución Ministerial N°658-2010/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 037-MINSA/DGE-V.O1 "Notificación de casos en la Vigilancia Epidemiológica del Dengue".

- Resolución Ministerial N° 797-2010/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Implementación de la Vigilancia y Control del Aedes Aegypti, Vector del Dengue en el Territorio Nacional.
- Resolución Ministerial Nº 087-2011/MINSA, se aprueba "Guía de Práctica Clínica para la Atención de casos de Dengue en el Perú
- Resolución Ministerial Nº 982-2016/MINSA, NTS Nº 125- MINSA-2016, CDC-INS. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio Dengue, Chikungunya, Zika y otras Arbovirosis en el Perú.
- Directiva Sanitaria Nº 007-2013-SA que aprobó el "Plan Nacional Multisectorial e Intergubernamental de Prevención y Control de Dengue en el Perú".
- Alerta Epidemiológica 009-2020. Incremento de casos de Dengue en Regiones del País. Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
- Alerta Epidemiológica 003-2021. Incremento de incidencia de casos y ocurrencias de brotes por Dengue y otras arbovirosis en el país. Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
- Alerta Epidemiológica 001-2021. Presencia de Dengue Autóctono en el Distrito de Lima Cercado de la Diris Lima Centro. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro.
- Alerta Epidemiológica 003-2022. Incremento de incidencia de casos y ocurrencias de brotes por Dengue y otras arbovirosis en el país. Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
- Alerta Epidemiológica 005-2022. Incremento de incidencia de casos y ocurrencias de brotes por Dengue y otras arbovirosis en el país. Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
- Alerta Epidemiológica 019-2022. Incremento de incidencia de casos y ocurrencias de brotes por Dengue y otras arbovirosis en el país. Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones operativas

Para los efectos del presente plan, se entiende por:

Arbovirus: Es utilizado para hacer referencia a una serie de virus que son transmitidos por vectores artrópodos y que producen enfermedades como dengue, zika, chikungunya, fiebre amarilla y otros.

Brote: Es el incremento o aparición inusual de casos de una enfermedad en un área geográfica delimitada. durante un periodo de tiempo y afectando un número determinado de personas.

Investigación epidemiológica: Es una estrategia, que comprende todos los procedimientos para la obtención de evidencias (epidemiológicas, clínicas, investigación del agente etiológico, investigación del vector, determinantes sociales y ambientales) para confirmar o descartar un caso y establecer si es importado o autóctono.

Vigilancia de febriles: Vigilancia que considera analizar el incremento de pacientes con fiebre reportados por semana epidemiológica en los establecimientos de salud, para realizar análisis de conglomerados, búsqueda intencional y toma de muestras.

Caso probable de dengue (sin signos de alarma): Caso probable de dengue (sin signos de alarma): Toda persona con fiebre menor o igual a 7 días de evolución, que reside o ha visitado áreas de transmisión de dengue o con infestación del vector Aedes

aegypti, 14 días antes del inicio de los síntomas y que presenta al menos dos de las siguientes manifestaciones:

- Dolor ocular o retro-ocular
- Mialgias
- Cefalea
- Artralgia
- Dolor lumbar
- Rash/exantema (erupción cutánea)
- Nauseas/vómitos

Caso de dengue con signos de alarma: Caso probable de dengue sin signos de alarma que presenta uno o más de las siguientes manifestaciones:

- Dolor abdominal intenso y continúo
- Dolor torácico o disnea
- Derrame seroso al examen clínico o por estudio de imágenes (Ascitis, derrame pleural o derrame pericárdico).
- Vómitos persistentes.
- Disminución brusca de temperatura o hipotermia.
- Sangrado de Mucosas (gingivorragia, epistaxis, metrorragia, e hipermenorrea).
- Disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario).
- Decaimiento excesivo o lipotimia.
- Estado mental alterado (Somnolencia o inquietud o irritabilidad o convulsión o escala de Glasgow menor de 15).
- Hepatomegalia.
- Aumento progresivo del hematocrito.

Caso de dengue grave: Todo caso probable de dengue con o sin signos de alarma que presenta por lo menos uno de los siguientes signos:

- Signo o signos de choque hipovolémico
- Sangrado grave, según criterio clínico
- Síndrome de dificultad respiratoria por extravasación importante de plasma.
- Compromiso grave de órganos (encefalitis, hepatitis, miocarditis)

Nota: Se considerará choque hipovolémico si cumple cualquiera de los siguientes signos: Presión arterial disminuida para la edad, diferencial de la presión arterial ≤ 20 mmHg, pulso rápido y débil o indetectable (pulso filiforme), frialdad de extremidades o cianosis, llenado de capilar > 2 segundos y taquicardia.

Caso confirmado de dengue por laboratorio: Todo caso probable de dengue que cumpla cualquiera de los siguientes criterios:

a) *Resultado positivo a una o más de las siguientes pruebas de laboratorio:*

- Aislamiento viral por cultivo celular
- qRT-PCR (solicitar en los 5 primeros días de iniciado síntomas)
- ELISA Antígeno NS1
- Detección de anticuerpos IgM para dengue en una sola muestra mediante ELISA, para zonas endémicas a dengue.
- Evidencia de seroconversión en IgM en muestras pareadas, la segunda muestra deberá ser tomada después de los 14 días del inicio de síntomas, para zonas donde no hay transmisión de dengue (estos casos deben tener una investigación epidemiológica)

b) *Confirmación por nexo epidemiológico:*

- Solo en situación de brote donde se ha comprobado la circulación del virus.
- Todo caso probable que no dispone de una muestra para diagnóstico de laboratorio y que reside cerca o ha tenido contacto con una o más personas, que tienen o han tenido la enfermedad.

Caso descartado de dengue por laboratorio: Resultado negativo de PCR en una sola muestra con tiempo de enfermedad menor o igual de 5 días; resultado negativo de IgM en una sola muestra con tiempo de enfermedad mayor a 10 días; resultado negativo de

MINISTERIO DE SALUD
Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

IgM en muestras pareadas, la segunda muestra deberá ser tomada después de los 14 días del inicio de síntomas; caso probable sin muestra y sin nexo epidemiológico se descarta; identificación por laboratorio de otro agente causal.

Caso probable de Chikungunya: Toda persona con fiebre de inicio brusco, que presente artralgia severa, poliartralgia bilateral o artritis no explicada clínicamente por otra condición médica, con un tiempo de evolución menor o igual a 7 días, que reside o ha visitado áreas con transmisión de chikungunya o con infestación del vector Aedes aegypti, 14 días antes del inicio de los síntomas y que presente alguna de las siguientes manifestaciones mialgias, cefalea, rash/exantema.

Caso Chikungunya grave: Todo caso probable de Chikungunya, con alguna de las siguientes manifestaciones atípicas en el Sistema nervioso, Ojos, cardiovascular, piel, riñones y otros como coagulopatía, neumonía, insuficiencia respiratoria, hepatitis, pancreatitis y la insuficiencia suprarrenal.

Caso confirmado de Chikungunya: Todo caso probable de Chikungunya, que tenga al menos una de las siguientes pruebas confirmatorias de laboratorio aislamiento viral por cultivo celular, qRT-PCR, detección de anticuerpos IgM para Chikungunya en una sola muestra, para zonas endémicas a Chikungunya, evidencia de seroconversión en IgM en muestras pareadas, la segunda muestra deberá ser tomada después de los 14 días del inicio de síntomas, para zonas donde no hay transmisión reconocida de Chikungunya (estos casos deben tener una investigación epidemiológica).

Nota: Las pruebas de qRT-PCR sólo se procesan a pacientes en fase aguda con 1 a 5 días de tiempo de la enfermedad.

Caso descartado de Chikungunya: Todo caso probable de Chikungunya que cumple alguno de los siguientes criterios resultado negativo de qRT-PCR en una sola muestra con tiempo de enfermedad menor de 5 días, resultado negativo de IgM en una sola muestra con tiempo de enfermedad mayor a 10 días, resultado negativo IgM en muestras pareadas, la segunda muestra deberá ser tomada después de los 14 días del inicio de síntomas e identificación por laboratorio de otro agente causal o de otro diagnóstico médico exantemático o reumatológico.

Caso sospechoso de Zika: Toda persona con rash / exantema (erupción cutánea), con un tiempo de enfermedad menor o igual a 7 días de evolución, que reside o ha visitado áreas con transmisión de zika, 14 días antes del inicio de los síntomas y que presenta alguna de las siguientes manifestaciones fiebre < 38,5°C, conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival, mialgia, cefalea o malestar general, artralgia y edema periarticular.

Caso confirmado de Zika: Todo caso sospechoso de zika o asintomático, que tenga al menos una de las siguientes pruebas positivas de laboratorio aislamiento viral por cultivo celular, qRT-PCR, Elisa IgM (solo para recién nacidos con síndrome congénito y en pacientes con Síndrome de Guillan Barré con descarte a otros flavivirus).

Caso confirmado de Zika por transmisión sexual: Toda persona con una muestra positiva a zika por laboratorio que no tenga antecedentes de residencia o viaje a áreas con transmisión de zika y con antecedente de contacto sexual sin protección entre los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas, con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión de zika y tenga una prueba positiva a zika (si no hay la confirmación de la muestra positiva de la pareja no se considerará caso confirmado por esta vía de transmisión).

Caso descartado de Zika: Todo caso sospechoso de zika que cumple alguno de los siguientes criterios resultado negativo de qRT-PCR, identificación por laboratorio de otro agente causal o de otro diagnóstico médico exantemático o reumatológico.

Caso de síndrome congénito asociado a la infección por virus Zika:

Caso sospechoso:

Hijo de madre que presente cualquiera de los siguientes antecedentes: Residencia o que haya visitado áreas epidémicas o endémicas con transmisión de virus Zika confirmada durante su gestación; contacto sexual sin protección, durante la gestación, con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área epidémica o endémica con trasmisión de virus Zika y/o tenga prueba positiva a Zika; enfermedad exantemática en área con antecedente de transmisión de Zika; infección confirmada a Zika.

Recién nacido vivo o natimuerto que presente alguna de las siguientes manifestaciones: Microcefalia: medida de circunferencia occípito frontal (perímetro cefálico) a las 24 horas después de nacer, por debajo de -2 desviaciones estándar de la media según referencias estandarizadas, de acuerdo a edad gestacional y sexo; malformación congénita del sistema nervioso central: incluye alteraciones congénitas del sistema nervioso central, detectada por cualquier estudio de imágenes o con manifestaciones clínicas de compromiso neurológico; otra malformación congénita o malformación congénita tardía.

Caso confirmado de síndrome congénito asociado a infección por virus Zika: Caso sospechoso de síndrome congénito asociado a infección por virus Zika, con diagnóstico de laboratorio positivo al virus Zika, independientemente de la detección de otros patógenos.

Caso descartado de síndrome congénito asociado a infección por virus Zika: Caso sospechoso de síndrome congénito asociado a infección por virus Zika, en el que se tenga confirmación a otra causa y con resultados negativos para virus Zika.

Vigilancia de seguimiento de gestantes con sospecha o confirmación de enfermedad por virus zika.

Caso sospechoso:

a) Gestante con rash/exantema (erupción cutánea), con un tiempo de enfermedad menor o igual a 7 días de evolución, que reside o ha visitado áreas con transmisión de zika, 14 días antes del inicio de los síntomas y que presenta alguna de las siguientes manifestaciones: Fiebre < 38,5°C, conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival, mialgia, cefalea o malestar general, artralgia, edema periarticular.

b) Gestante que no resida o haya visitado áreas epidémicas o endémicas de zika, con antecedente de contacto sexual sin protección entre los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas, con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área con trasmisión de virus zika confirmada y que tenga prueba positiva a zika.

c) Gestante con hallazgos ecográficos de microcefalia fetal, calcificaciones intracraneales o alteraciones del sistema nervioso, que cumpla con uno los siguientes criterios: Residente o que haya visitado áreas con trasmisión de virus zika confirmada, durante la gestación, con antecedente de contacto sexual sin protección con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área con trasmisión de virus zika confirmada o tenga prueba positiva a zika.

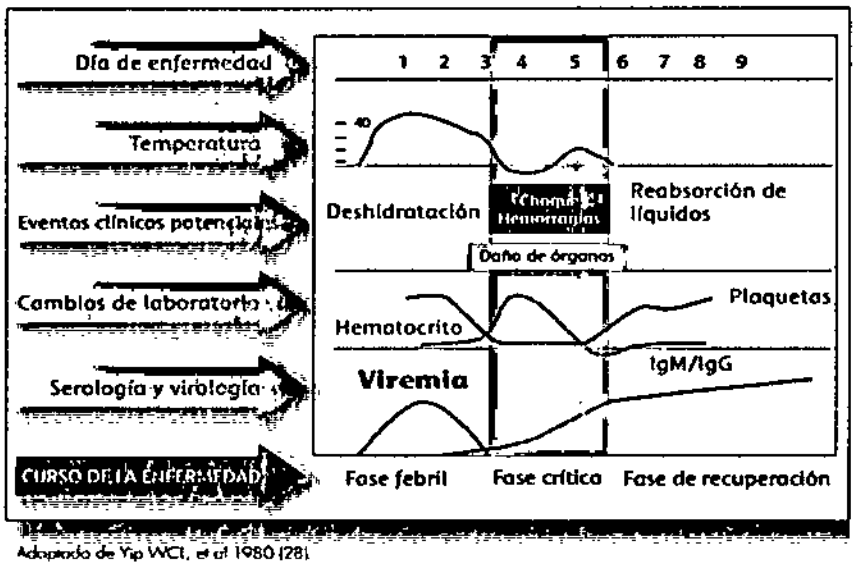
Curso de la enfermedad

Presenta 3 fases:

A. Fase febril: Generalmente, los pacientes desarrollan fiebre alta y repentina, que puede ser bifásica. Habitualmente, la fase febril aguda dura de 2 a 7 días y suele acompañarse de enrojecimiento facial, eritema, dolor corporal generalizado, mialgia, artralgia, cefalea y dolor retroorbitario.

B. Fase crítica: Puede haber un aumento de la permeabilidad capilar e incremento de los niveles de hematocrito. Esto marca el comienzo de la fase crítica, o sea, el de las manifestaciones clínicas debidas a la extravasación de plasma, que por lo general dura de 24 a 48 horas y puede asociarse con epistaxis y gingivorragia, así como metrorragia o hipermenorrea en mujeres en edad fértil.

C. Fase de recuperación: Cuando el paciente sobrevive a la fase crítica, pasa a la fase de recuperación, que es cuando tiene lugar una reabsorción gradual del líquido extravasado, que retorna del compartimiento extravascular al intravascular. Esta etapa de reabsorción de líquidos puede durar de 48 a 72 horas.



Adaptado de Yip WCI, et al 1980 (28)

Clasificación del Dengue

Dengue sin signos de alarma - DSSA	Dengue con signos de alarma - DCSA	Dengue grave - DG
Persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de dengue y presenta fiebre habitualmente de 2 a 7 días de evolución y 2 o más de las siguientes manifestaciones: 1. Náuseas / vómitos 2. Exantema 3. Cefalea / dolor retroorbitario 4. Mialgia / artralgia 5. Petequias o prueba del torniquete (+) 6. Leucopenia También puede considerarse caso todo niño proveniente o residente en zona con transmisión de dengue, con cuadro febril agudo, usualmente entre 2 a 7 días y sin foco aparente.	Todo caso de dengue que cerca de y preferentemente a la caída de la fiebre presenta uno o más de los siguientes signos: 1. Dolor abdominal intenso o dolor a la palpación del abdomen 2. Vómitos persistentes 3. Acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico) 4. Sangrado de mucosas 5. Letargo / irritabilidad 6. Hipotensión postural (lipotimia) 7. Hepatomegalia >2 cm 8. Aumento progresivo del hematocrito	Todo caso de dengue que tiene uno o más de las siguientes manifestaciones: 1. Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma. Choque evidenciado por: pulso débil o indetectable, taquicardia, extremidades frías y llenado capilar >2 segundos, presión de pulso ≤20 mmHg; hipotensión en fase tardía. 2. Sangrado grave: según la evaluación del médico tratante (ejemplo: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del sistema nervioso central (SNC) 3. Compromiso grave de órganos, como daño hepático (AST o ALT ≥1000 UI), SNC (alteración de conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos

Requieren observación estricta e intervención médica inmediata

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. De la captación de casos de dengue y otras arbovirosis

- Ante la sospecha de casos el personal de salud del área de atención del caso deberá comunicar inmediatamente al área de epidemiología para que se realice la investigación epidemiológica.
- Epidemiología determinará si el caso atendido en el INMP fue por transmisión dentro de la institución o fue importado.
- Comunicar a través de interconsulta al médico infectólogo para evaluación de caso y apoyo en el manejo.

6.2. De la notificación de casos de dengue y otras arbovirosis

- Los casos de dengue y otras arbovirosis son de notificación obligatoria.
- El servicio deberá informar a la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental para hacer entrega de las fichas de Investigación Epidemiológica de dengue y otros arbovirosis (ANEXO N°6).
- El médico tratante del caso sospechoso llenará la ficha epidemiológica de forma adecuada y con letra legible.
- El personal de epidemiología se encargará de registrar la notificación en el NOTISP.

6.3 Diagnóstico y Toma de muestra

6.3.1. Pruebas diagnósticas y periodo de toma de muestra

- RT-PCR: tomar muestra en los primeros cuatro días posteriores al inicio de la fiebre
- NS1: tomar muestra en los primeros cuatro días posteriores al inicio de la fiebre.
- Serología IgM/IgG: Tomar muestra a partir del quinto día de iniciada la enfermedad

6.3.2. Toma de muestras para diagnóstico

- Personal del laboratorio acudirá a tomar las muestras al lugar donde se encuentre el caso sospechoso. La muestra de sangre debe extraerse a un tubo al vacío sin anticoagulante (tubo rojo) obtener una muestra de sangre de 7 mL. En casos de infantes menores de 2 años, el volumen de sangre a colectar será de 2 mL.
- Se verificará que tenga ficha epidemiológica correctamente llenada.

- Las muestras de sangre serán llevadas al área de Inmunología para obtención de suero según las siguientes especificaciones:

  - Rotular los datos del paciente y centrifugar el tubo de sangre a 3500 RPM por 5 minutos.
  - Rotular los crioviales con los siguientes datos: apellidos y nombres, edad y fecha de obtención de la muestra.
  - El laboratorio institucional deberá separar el suero en alícuotas en dos crioviales de tapa rosca estériles de 2 mL, y colocarlos inmediatamente en congelación (-10 a -20°C).
- El personal de epidemiología o de laboratorio debe llevar las muestras dentro de las 24 horas luego de su obtención al Laboratorio de Referencia en Jr. Junín 322 Magdalena, en cajas transportadoras que garanticen la conservación de la muestra (a temperatura por debajo de +8 °C) con las fichas de investigación epidemiológica la cual una copia debe llegar a la OESA para el Reporte Inmediato del caso al aplicativo del CDC, Notiweb.

6.4 Tipo de manejo según estado del paciente

Para el manejo del paciente se considerará de acuerdo a la clasificación de gravedad del paciente:

Manejo ambulatorio: paciente sin signos de alarma.
Manejo en servicio de hospitalización: paciente sin signos de alarma con problemas sociales y paciente con signos de alarma.
Manejo en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): pacientes con signos de alarma o dengue grave.

Manejo ambulatorio

Presenta las siguientes características:

- Puede tolerar volúmenes adecuados de líquidos por vía oral
- Orina por lo menos una vez cada 6 horas
- El hematocrito es estable
- No hay otras condiciones coexistentes

Se debe informar a DIRIS Lima Centro sobre los pacientes dados de alta con manejo ambulatorio para seguimiento diario para determinar progresión de la enfermedad y la aparición de signos de alarma hasta que estén fuera del período crítico hasta 48 horas después de iniciado la fiebre.

Manejo en servicio de hospitalización

Los pacientes con cualquiera de los siguientes:

Signos de alarma:

- Condiciones coexistentes como embarazo, lactancia o senilidad, obesidad, diabetes, insuficiencia renal, enfermedades hemolíticas crónicas, etc.
- Circunstancias sociales tales como paciente que vive solo, viven lejos de servicios médicos, o sin medios de transporte confiable.
- En este grupo son las pacientes que requieren hospitalización (tiene 1 o más signos de alarma) de la siguiente manera:
- **Gestante en trabajo de parto (periodo expulsivo) Emergencia:** Se atenderá el parto en Sala de AMEU y luego pasa al ambiente contiguo para recuperación de 2 horas de puerperio; después de ello a sala de aislamiento de cada servicio de obstetricia según el diagnóstico obstétrico que se encuentra la paciente.
- **Gestantes en trabajo de parto (Fase latente):** Se hospitaliza para pasar a la sala de Observación en los ambientes o en las salas de obstetricia según el diagnóstico obstétrico que se encuentra la paciente.
- **Gestante en trabajo de parto (Fase activa):** Se hospitaliza para luego pasar a centro obstétrico para el trabajo de parto.
- **Gestantes que requieren Intervención Quirúrgica:** (cesárea, LU, Laparotomía exploratoria, EBA): Se destinará la Sala de Operaciones (la que disponga en ese momento el médico jefe de guardia), luego de terminada la cirugía pasará al ambiente de Recuperación (destinada 2 camas quirúrgicas aisladas).

Manejo en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

- Toda gestante con dengue grave debe atenderse en la UCI materna (no necesita aislamiento debido a no informe de vector en el INMP) en coordinación con ginecoobstetricia y neonatología para asegurar bienestar de madre y neonato.
- Pacientes ginecológicas se deberá coordinar referencia a hospital general para atención debido a las pocas camas con las que se cuenta en la UCI de nuestra institución para atención de gestantes críticas.

MINISTERIO DE SALUD
Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Instituto Nacional Materno Perinatal

6.4.1 Recomendaciones para tratamiento de pacientes con dengue

Para pacientes con manejo ambulatorio

- Se le debe sugerir lo siguiente:
- Reposo en cama
- Ingesta apropiada de líquidos (5 vasos o más en adultos y proporcional en niños)
- Leche, jugos de frutas y solución salina isotónica/ agua de arroz, sopa
- Agua sin electrolitos puede causar trastornos hidroelectrolíticos
- Paracetamol (no más de 4 gramos al día en adultos y dosis indicada en niños)
- Compresas para la fiebre
- Buscar y eliminar criaderos de mosquito en la casa y en los alrededores
- **EVITAR**: ingerir esteroides ni AINES Ej. ácido acetilsalicílico (aspirina), diclofenaco, naproxeno, etc. (IV, IM VO ni en supositorios)
- No administrar antibióticos
- Si aparece uno o más de los siguientes síntomas el paciente debe acudir inmediatamente a la emergencia de cualquier EESS:
    - Sangrado
    - Petequias, equimosis, hematomas
    - Gingivorragia, sangrado nasal
    - Vómitos con sangre
    - Heces negruzcas o con sangre evidente
    - Menstruación excesiva / sangrado vaginal
    - Vómitos frecuentes
    - Dolor abdominal intenso
    - Mareos, confusión mental, convulsiones
    - Manos o pies fríos
    - Dificultad para respirar

Para pacientes con manejo en servicios de hospitalización

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

Monitoreo por el médico tratante:

- Signos vitales y perfusión periférica hasta 4 h después de finalizada la fase crítica
- Diuresis hasta 4 a 6 h después de finalizada la fase crítica
- Hematocrito antes y después de la reanimación con líquidos, luego cada 12 a 24 hrs
- Glicemia cada 12 o 24 h
- Otros estudios (según órgano afectado y enfermedad asociada)
- **Criterios de mejoría clínica**

MINISTERIO DE SALUD
Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Instituto Nacional Materno Perinatal

- Desaparición progresiva de los signos de alarma
- Remisión progresiva de la sintomatología general
- Signos vitales estables
- Diuresis normal o aumentada
- Disminución del hematocrito a menos del valor base en un paciente estable
- Buena tolerancia a la vía oral
- Recuperación del apetito

Para pacientes con manejo en UCI

- Obtener un hematocrito antes de hidratar al paciente; el no disponer de hematocrito no debe retrasar el inicio de la hidratación.
- ABC y monitoreo de signos vitales cada 5 a 30 minutos
- Oxigenoterapia – Iniciar hidratación intravenosa con cristaloide (lactato de Ringer o solución salina 0,9%) en bolo a 10 ml/kg en 15 a 30 min.
- Si desaparecen los signos de choque, disminuir el volumen de líquido a 10 ml/ kg/h; continuar por 1 a 2 h. Repetir el hematocrito.
- Si la evolución es satisfactoria, disminuir el goteo a razón de 5-7 ml/kg/h, por 4 a 6 h; continuar a razón de 3-5 ml/kg/h por 2 a 4 h, luego mantener a 2-4 ml/kg/h, por 24 a 48 h.
- Si no hay mejoría, administrar un segundo bolo con lactato de Ringer o solución salina 0,9%a 10 ml/ kg en 15 a 30 min. Si hay mejoría, disminuir el goteo a 10 ml/ kg/h y continuar por 1 a 2 horas. Si continua la mejoría, disminuir el goteo a 5-7 ml/kg/h, por 4 a 6 h y continuar la hidratación como se señaló anteriormente.
- Si no hay mejoría repetir un tercer bolo con lactato de Ringer o solución salina 0,9%a 10 ml/kg en 15 a 30 minutos
- Si hay mejoría, disminuir el goteo a 5-7 ml/kg/h, por 4 a 6 h y continuar la hidratación como se señaló anteriormente.
- Repita el hematocrito. Si continúa alto en comparación con el de base, se puede continuar con cristaloide o cambiar la solución IV a coloide. Reevaluar después de la reanimación. Si se observa mejoría, cambiar a solución cristaloide 10 ml/kg/h, por 1 a 2 h y continuar la reducción del goteo como se mencionó antes.
- Si el paciente continúa en choque, administrar coloide por segunda vez en la misma dosis y tiempo ya señalados. Continuar con cristaloide, según se indicó anteriormente.
- Si el paciente sigue inestable, revisar al hematocrito tomado después de cualquier bolo anterior. El hematocrito que ha disminuido bruscamente y la inestabilidad hemodinámica sugieren sangrado y la necesidad urgente de tomar una prueba cruzada y transfundir sangre o derivados inmediatamente.
- Tratamiento de la hemorragia: glóbulos rojos 5-10 ml/kg o sangre fresca a 10-20 ml/kg
- Si el paciente no mejora, evaluar nuevamente la situación hemodinámica.
- Evaluar la función de bomba (miocardiopatía, miocarditis) defina el uso de aminas.
- Evaluar las condiciones médicas concomitantes en la gestante (cardiopatía, neumopatía, vasculopatía, nefropatía, diabetes, obesidad). Estabilizar la afección de base.
- Valorar la acidosis persistente y el riesgo de hemorragia oculta y tratarlas.

6.4.2. Criterios de alta

- Ausencia de fiebre por 48 horas.
- Mejoría clínica manifiesta (bienestar general, apetito, hemodinámica estable, buena diuresis, no distrés respiratorio).
- Normalización o mejoría de los exámenes de laboratorio: tendencia al aumento de plaquetas (usualmente precedido por el aumento de leucocitos) y hematocrito estable.

6.4.3. Manejo de dengue perinatal

La transmisión vertical es infrecuente, pero debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales en zonas de circulación viral.

Hasta el momento, existen pocos casos notificados de transmisión vertical en la bibliografía mundial y la mayoría corresponde a informes de casos. Entre las mayores series de casos documentadas con repercusión neonatal se halla la que incluye 17 neonatos con dengue congénito (10 de Asia, Tailandia y Malasia, 5 de América latina, y 2 de Europa).

Los síntomas en el recién nacido han sido descritos desde las 9 horas posparto hasta los 11 días de vida, con una media de 4 días. Debido a esto, el hijo de madre con sospecha de dengue debe ser cuidadosamente seguido durante las dos primeras semanas de vida, pues es el período de aparición de la enfermedad en el recién nacido.

La presentación clínica varía desde la forma leve, que es la más común, hasta formas graves con compromiso multisistémico. La fiebre, el exantema y la hepatomegalia son los signos y síntomas más frecuentes del dengue congénito. La plaquetopenia, la leucopenia y el aumento de las transaminasas unas 5-10 veces fueron los parámetros de laboratorio característicos en los neonatos, al igual que en el paciente que se presenta. Sin embargo, a pesar de la plaquetopenia, los recién nacidos de madres sin complicaciones, no presentaron sangrado salvo una leve hemorragia digestiva alta.

La evolución en la mayoría de los pacientes estudiados fue auto limitado y favorable, con normalización de los parámetros clínicos y de laboratorio entre los 7 y 10 días posteriores al diagnóstico.

Las formas más graves de la enfermedad en el recién nacido son raras y se presentan con clínica de sepsis y compromiso multiorgánico, hemorragia digestiva, hemorragia intra craneal y muerte.

El diagnóstico en el recién nacido se realiza en base a métodos serológicos (ELISA-IgM e IgG), cultivo viral y técnicas moleculares (RT-PCR), de acuerdo a los criterios internacionales de diagnóstico.

La desaparición de anticuerpos maternos fue del 3% a los 2 meses, 19% a los 4 meses, 72% a los 6 meses, 99% a los 9 meses y 100% al año de vida. Otros autores también comunican la transmisión transplacentaria de anticuerpos de virus dengue con desaparición del 94,5% y 100% de los anticuerpos a los 12 y 18 meses, respectivamente, en los niños no infectados.

TRATAMIENTO: En estos momentos, no existe un tratamiento específico contra el virus, siendo éste únicamente sintomático de soporte. El paciente con dengue requiere reposo, una adecuada ingesta de fluidos para compensar las pérdidas por diarrea o vómito, analgésicos y antipiréticos. Se recomienda el uso de paracetamol (acetaminofeno) pero no el de la aspirina (salicilatos) por el peligro hemorrágico añadido que supondrían debido a que puede afectar la función plaquetaria. El principio fundamental en el tratamiento del dengue es la hidratación, ya sea por vía oral o intravenosa.

6.5. Medidas de prevención institucional

- Realización de reporte de febriles en Neonatología y Gineco-obstetricia semanal para detectar algún incremento anormal de casos en la institución.
- Supervisiones mensuales de focos para criaderos de dengue dentro de la institución.
- Abatizar reservorios de agua dentro de la institución, solicitar Abate a la DIRIS Lima Centro para uso institucional.
- Difundir plan para conocimiento de trabajadores de la institución y saber qué medidas tomar.
- Coordinar fumigaciones con la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental en aquellas áreas donde se identifiquen vectores de la enfermedad.

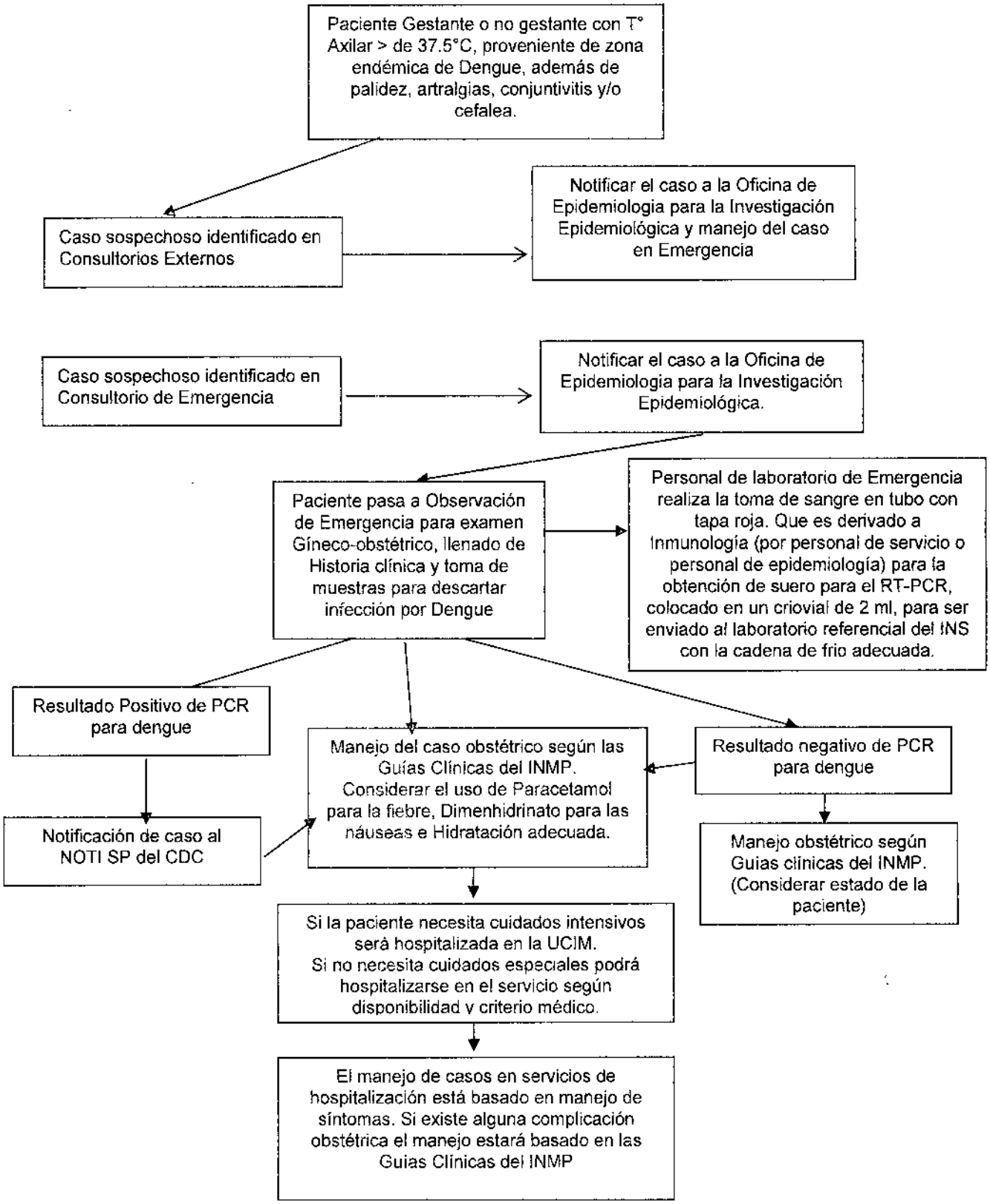
VII. RESPONSABILIDADES

- Jefe de la Oficina de Epidemiología y salud Ambiental
- Responsable de la Vigilancia Epidemiológica Activa

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

FLUJOGRAMA MANEJO DE LA GESTANTE CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR DENGUE EN EL INMP



ANEXO N°2

CRITERIO PARA LA OBTENCIÓN, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS PARA DIAGNOSTICO DE LABORATORIO DE DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA Y OTRAS ARBOVIROSIS

Metodo de Diagnostico	Enfermedad	Tiempo de enfermedad para la obtención de muestras	Muestra Biológica	Cantidad Mínima Requerida	Conservación y Transporte	Tiempo máximo de entrega de resultados
Elisa antigeno NS1	Dengue	**Suero:** Pacientes con tiempo de enfermedad ≤ 5 días (Periodo Virémico)	Suero	2 mL	"Estéril (enviar a T° por debajo de +8 °C)"	3 días
qRT-PCR (detección de ARN viral) y aislamiento Viral	Dengue, Chikungunya, Zika y otras arbovirosis	**Suero:** Pacientes con tiempo de enfermedad ≤ 5 días (Periodo Virémico)	Suero	2 mL	"Estéril (enviar a T° por debajo de +8 °C)"	"3 días para qRT-PCR 30 días para Aislamiento viral"
	Zika	**Orina:** Pacientes con tiempo de enfermedad 6 a 15 días	Orina	2 mL		
	Zika	**Semen:** En caso de sospecha de transmisión sexual	Semen	2 mL		
	Zika	**LCR:** En pacientes con Guillan Barré confirmado, sindrome congénito o sintomas neurológicos.	LCR	1 mL		
	Dengue, Chikungunya, Zika y otras arbovirosis	**Tejido:** muestra de Higado, cerebro, riñon, placenta, cordón umbilical. Asimismo a casos de abortos o natimuertos sospechosos a Zika	Tejido	1 cm3	"Estéril (enviar a T° por debajo de +8 °C)"	
Histopatología e IHQ	Dengue, Chikungunya, Zika y otras arbovirosis	**Tejido:** muestra de Higado, cerebro, riñon, placenta, cordón umbilical. Asimismo a casos de abortos o natimuertos sospechosos a Zika	Tejido	1 cm3	Enviar en formol 10% a temperatura ambiente	7 días para IHQ
ELISA (detección de IgM e IgG)	Dengue, Chikungunya, Zika y otras arbovirosis	**Suero:** Pacientes con tiempo de enfermedad 6 a 15 días	Suero	2 mL	"Estéril (enviar a T° por debajo de +8 °C)"	3 días
	Zika	**LCR:** En pacientes con Guillan Barré confirmado,sindrome neurológicos o sintomas neurológicos.	LCR	1 mL		

Muestras de casos con síndrome congénito asociado a la infección por virus zika:						
"ELISA (detección IgM)"	ZIKA	**Sangre:** En las primeras 24 horas de nacidos y cuando es captado el caso	Sangre	"2 mL (para extraer 1 mL de suero)"	"Estéril (enviar a T° por debajo de +8 °C)"	3 días
		Sangre de cordón umbilical: Extraído de la parte placentaria al momento del alumbramiento	Sangre	"5 mL (para extraer 2 mL de suero)"	"Estéril (enviar a T° por debajo de +8 °C)"	3 días
		LCR: Según criterio del especialista	LCR*	1 mL	"Estéril (enviar a T° por debajo de +8 °C)"	3 días
"qRT-PCR (detección de ARN viral)"	ZIKA	**Sangre:** En las primeras 24 horas de nacidos y cuando es captado el caso	Sangre	"2 mL (para extraer 1 mL de suero)"	"Estéril (enviar a T° por debajo de +8 °C)"	3 días
		Orina: En las primeras 24 horas de nacido y cuando es captado el caso	Orina	2 mL	"Estéril (enviar a T° por debajo de +8 °C)"	3 días
		Líquido amniótico*: Durante la atención del parto	"Líquido amniótico"	1 mL	"Estéril (enviar a T° por debajo de +8 °C)"	3 días
		LCR: Según criterio del especialista	LCR*	1 mL	"Estéril (enviar a T° por debajo de +8 °C)"	3 días
		Tejido: Cordón umbilical y placenta durante el parto. Asimismo a casos de abortos o natimuertos sospechosos a Zika	Tejido	1 cm3	Enviar estéril sin preservantes (a T° por debajo de +8 °C)	3 días
Histopatología e IHQ	ZIKA	**Tejido:** Cordón umbilical y placenta durante el parto. Asimismo a casos de abortos o natimuertos sospechosos a Zika	Tejido	1 cm3	Enviar en formol 10% a temperatura ambiente	7 días

ARN: Ácido ribonucleico; LCR: Líquido cefalorraquídeo; qRT-PCR: Reacción en cadena de polimerasa en tiempo real IHQ: Inmunohistoquímica, Ig: Inmunoglobulina.

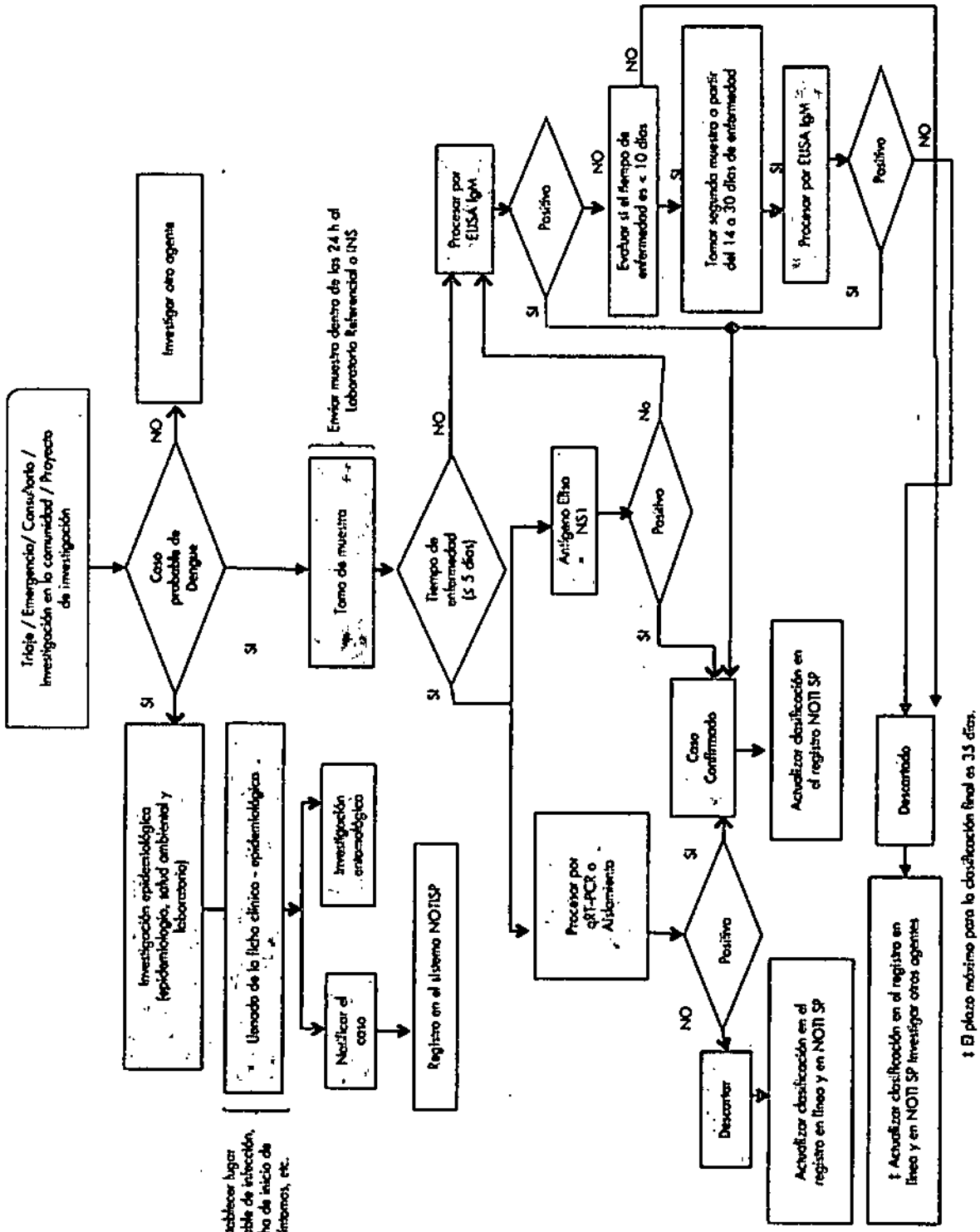
NOTA: Idealmente las muestras seran remitidas con hielo seco, en caso de no contar con hielo seco enviar a T° por debajo de +8 °C.

Se utilizará la misma muestra solicitada para la detección de IgM mediante ELISA

Los procedimientos se estableceran de acuerdo a protocolo de vigencia

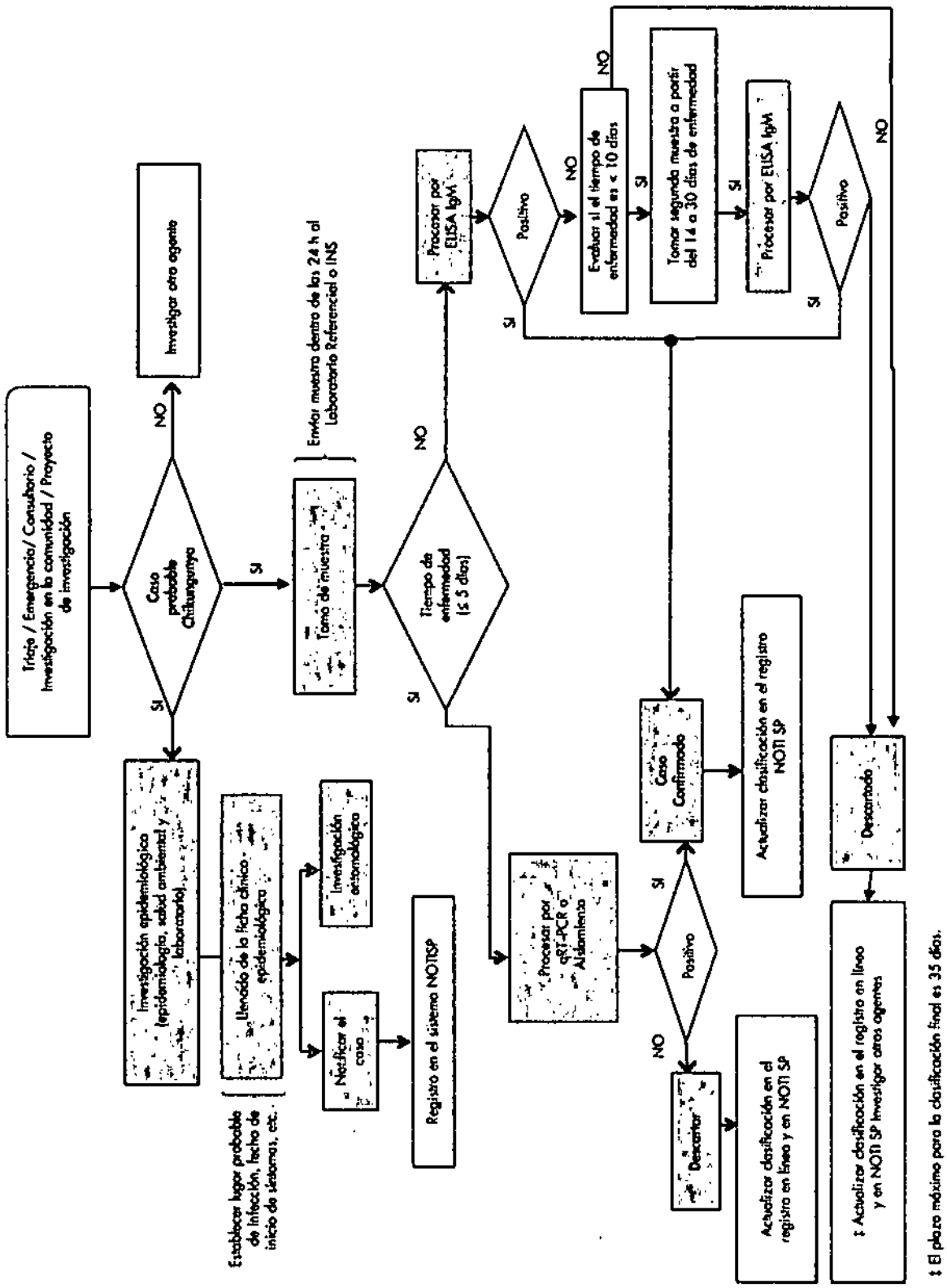
ANEXO N°3

FLUJOGRAMA DE MANEJO DE CASO PROBABLE DE DENGUE



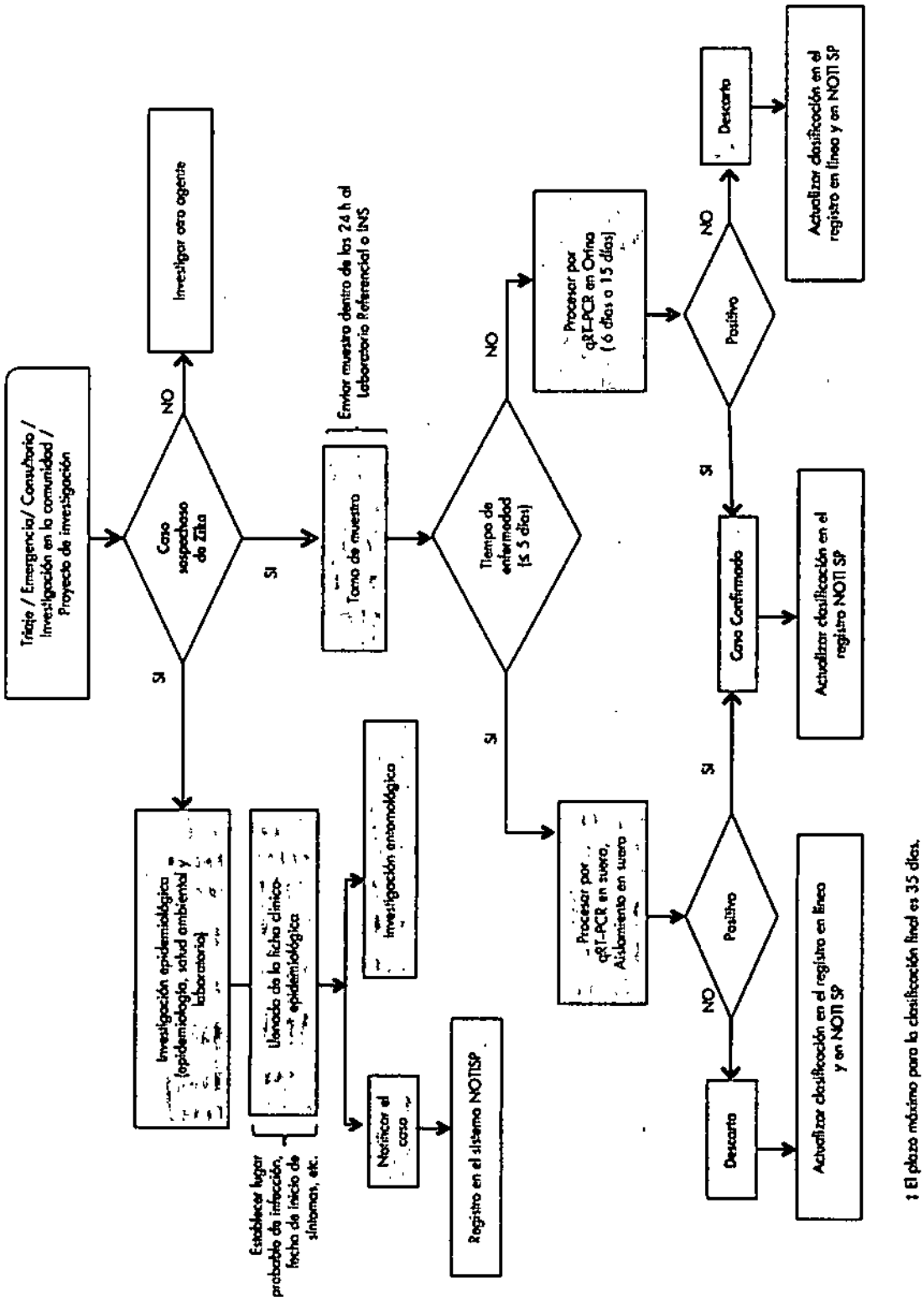
ANEXO N° 4

FLUJOGRAMA DE MANEJO EN CASO PROBABLE DE CHIKUNGUNYA



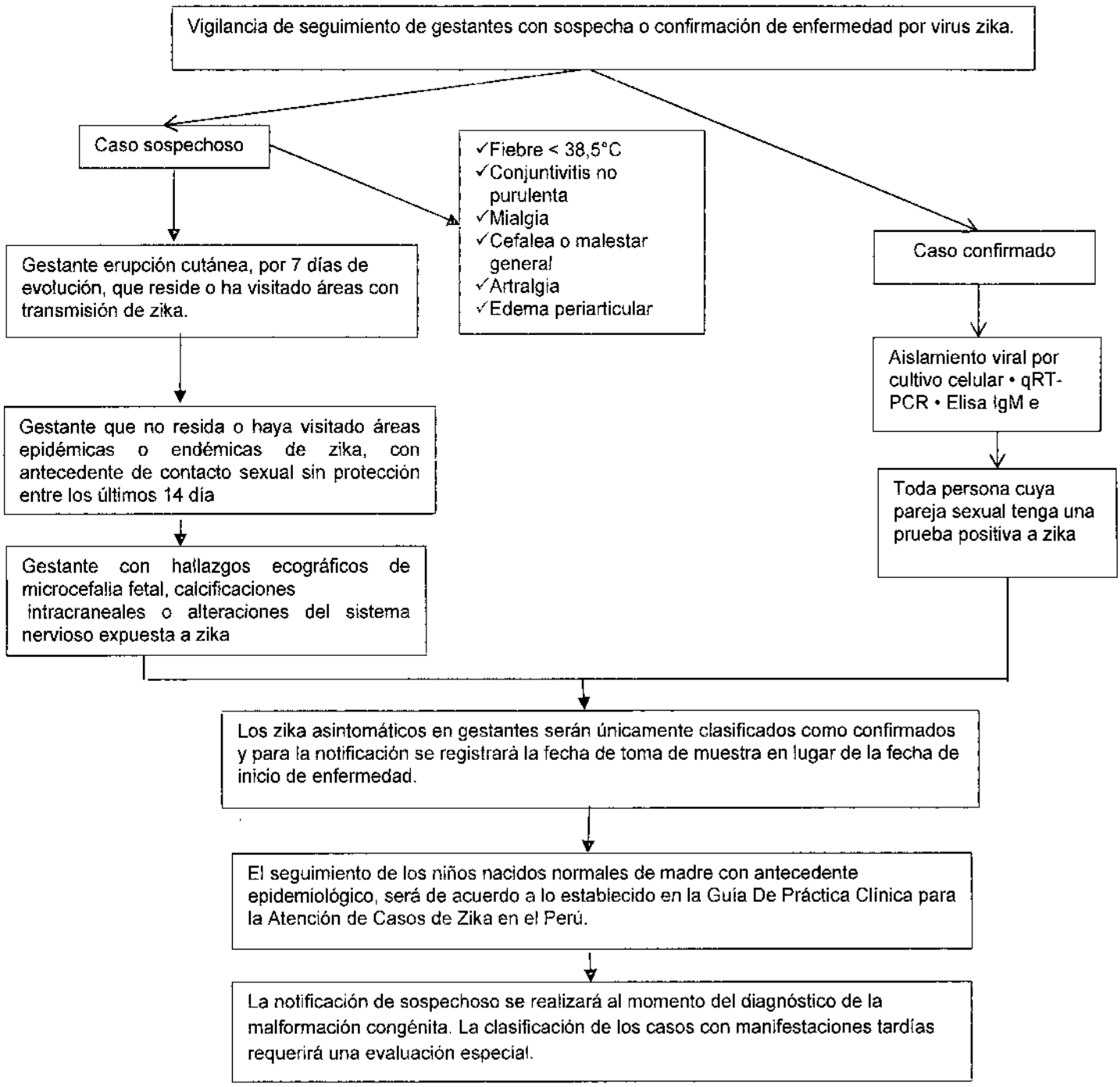
ANEXO N° 5

FLUJOGRAMA DE MANEJO EN CASO PROBABLE DE ZIKA



‡ El plazo máximo para la clasificación final es 35 días.

ANEXO 6
FLUJOGRAMA DE MANEJO EN CASO PROBABLE DE ZIKA EN GESTANTE



ANEXO 7

FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DENGUE CHIKUNGUNYA Y OTROS ARBOVIROSIS

Ficha de investigación clínico-epidemiológica
para la vigilancia de dengue, chikungunya, zika, fiebre amarilla y otras arbovirosis

I. SUSSISTEMA DE VIGILANCIA (Elegir la vigilancia que corresponde)

a. Definición de casos * (casos que cumplen criterio clínico y epidemiológico)

b. Vigilancia centinela** (Solo para EESS centinela)

c. Vigilancia de febriles*** (Toma de muestras frente al tratamiento de febriles en EESS)

II. DATOS GENERALES:

1. Fecha de investigación (Día / Mes / Año)
2. DIRESA/GERESA
3. Red
4. EESS notificante
5. Institución de salud: MINSA / Institucional / Sanidad FAP / Sanidad FA / Privado / Otro
6. Nº Consulta
7. Teléfono/Celular del paciente
8. Fecha de Nacimiento
9. Apellido Paterno
10. Apellido Materno
11. Nombres
12. Edad (años)
13. Sexo: M / F
14. Departamento
15. Provincia
16. Distrito
17. Localidad (Centro Poblado, Nombre de vía)
18. Dirección
19. Gestante: Sí / No
20. Edad gestacional (Semanas)

IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS (DATO DE IMPORTANCIA PARA EL INVESTIGADOR DE VIGILANCIA)

21. ¿Estuvo enfermo en los últimos dos semanas (14 días) antes de enfermar?

22. País	23. Departamento	24. Provincia	25. Distrito	26. Localidad	27. Dirección	27.1 Fecha de permanencia

28. Caso autóctono: Sí / No
29. Caso importado Nacional
30. Caso importado Internacional
31. Tuvo dengue anteriormente: Sí / No
32. Año
33. Recibió vacuna antiamarílica: Sí / No
34. Año de vacunación
35. Tiene comorbilidad: Sí / No
36. Cual

V. DATOS CLINICOS

37. Fecha de inicio de síntomas (Día / Mes / Año)
38. Fecha de toma primera muestra (Día / Mes / Año)
39. Fecha de toma segunda muestra (Día / Mes / Año)
40. Signos y síntomas frecuentes

Fiebre ≥ 38°C
Artralgias
a. Mialgias
b. Pain
Malestar
Cefalea
Dolor ocular o retroocular
Dolor lumbar
Rash o exantema
Congestión o inyección conjuntival
Náuseas o vómitos
Otros

Signos de alarma
Dolor abdominal intenso y continuo
Dolor torácico o disnea
Derrame pleural al examen clínico y/o por estudio de imagenes (placa o ecografía pleural o pericardio)
Vómitos persistentes
Disminución brusca de la T° o hipotermia
Disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario)
Hepatomegalia
Ictericia
Estado mental alterado (irritabilidad o somnolencia)
Trastornos del hematocrito

Signos de gravedad
Pulso débil o taquicardia
Extremidades frías o cianosis
Descenso de Presión Arterial o shock
Compromiso grave de órganes
Especifique:
Sangrado grave
Especifique:
Escala de Glasgow
Apertura ocular
Respuesta motora
Respuesta verbal

VI. EXAMENES DE LABORATORIO

	a. Prueba realizada	b. Resultado: Positivo / Negativo	c. Fecha de resultado
a. ELISA NS1 Dengue			
b. Aislamiento viral			
c. qRT-PCR Dengue			
d. qRT-PCR Otros			
e. ELISA IgM (otros virus)			
f. ELISA IgM (otros virus)			
g. Otros			
h. Muestra de tejido para inmunohistoquímica			

VII. EVOLUCIÓN DE CASOS GRAVES Y EGRESO

	Sí	no		
45. Hospitalizado			46. Fecha hospitalización	
47. Fallecido			48. Fecha defunción	
49. Fue referido			50. Fecha referencia	

51. Hospital

VIII. CLASIFICACIÓN

	Probable	Confirmado	Descartado
52. Dengue sin signos de alarma			
53. Dengue con signos de alarma			
54. Dengue grave			
55. Chikungunya			
56. Chikungunya grave			
58. Otras arbovirosis			

57. Zika: Sospechoso / Confirmado / Descartado

59. Fiebre amarilla: Sospechoso / Probable / Confirmado / Descartado

IX. OBSERVACIONES

X. INVESTIGADOR

Nombre de la persona responsable
Cargo
Center

Firma y sello

MINISTERIO DE SALUD
Dra. Ortiz Leiva

ANEXO N° 8

FORMATO CONSOLIDADO DEL REGISTRO PARA LA VIGILANCIA DE FEBRILES

PERÚ Ministerio de Salud | Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

ANEXO N° 3

FORMATO CONSOLIDADO DEL REGISTRO PARA LA VIGILANCIA DE FEBRILES

Dirección de Salud _____

RED _____

Responsable _____

Establecimiento de Salud _____

Fecha de notificación de información: __/__/__

Semana Epidemiológica _____

SE	Fecha	Grupo de edad						Total
		Menor de 1 año	1 a 4 años	5-9 años	10-19 años	20-59 años	mayor igual a 60 años	

RM 982-2016 - NTS 125-MINSA/2016/CDC-INS "Normativa Técnica de Salud para la vigilancia epidemiológica y diagnostico de laboratorio de dengue, chikungunya, zika y otras arbovirosis"

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). About Dengue. Edición online. Disponible en: https://www.cdc.gov/dengue/prevention/index.html 2022

- Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú). Vigilancia, prevención y control de dengue. Edición online. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/categoria/vigilancia-epidemiologica/subsistema-de-vigilancia/dengue/ 2022

- Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica De Salud Para La Vigilancia Epidemiológica Y Diagnóstico De Laboratorio de Dengue, Chikungunya, Zika y otras Arbovirosis en el Perú. 2016.

- C. Cabezas, V. Fiestas, M. Garcia-Mendoza, M. Palomino, E. Mamani, F. Donaires. Dengue en el Perú: a un cuarto de siglo de su reemergencia. Rev. Perú Med. EXp Salud Publica. 2015

- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Dengue: Guías para la atención de enfermos en la región de las Américas. II Edición. 2015.

MINISTERIO DE SALUD
Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Instituto Nacional Materno Perinatal