

**CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL**

**HOSPITAL PEDIATRICO**

**PLAN DE CONTINGENCIA de ENFERMEDADES  
TRANSMITIDAS POR AEDES AEGYPTI (ETAa)**

**2017**

**CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL**

**HOSPITAL PEDIÁTRICO**

**PLAN DE CONTINGENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR *Aedes Aegypti* (ETAa).**

**Dengue, Zika y Chikungunya**

**2017**

El Plan de Contingencia de Enfermedades Transmitidas por *Aedes aegypti* (ETAa) para el Hospital Pediátrico del Hospital Pereira Rossell fue elaborado por los integrantes del Comité de Contingencia de ETAa, constituido por representantes de la **Dirección Pediátrica, Dirección Administrativa, Departamento de Pediatría y Especialidades, Departamento de Emergencia Pediátrica, Unidad de Cuidados Intensivos del Niño, el Departamento de Patología - Laboratorio, Departamento de Enfermería Pediátrica y Departamento de Farmacia.**

Este plan fue elaborado para dar cumplimiento a la solicitud del Ministerio de Salud Pública para la preparación de los servicios de salud ante la eventual ocurrencia de casos de Dengue, Chikungunya y Zika.

Este documento describe las acciones a realizar frente a la ocurrencia de: casos importados, emergencia de estas enfermedades en el país o frente a una eventual epidemia.

Para la preparación de este Plan se llevaron a cabo varias instancias de reuniones de los integrantes de este Comité.

**CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. HOSPITAL PEDIÁTRICO.**

**PLAN DE CONTINGENCIA de ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR *AEDES AEGYPTI* (ETAa). 2017**

**INDICE**

- Objetivos  
Página 4
- Definición y clasificación de casos.  
Página 5
- Flujograma de actuación en el Departamento de Emergencia Pediátrica.  
Página 17
- Flujograma de actuación en el Sector de Cuidados Moderados.  
Página 30
- Flujograma de actuación en la Unidad de Cuidado Intensivo.  
Página 44
- Laboratorio para el diagnóstico de ETAa.  
Página 47
- Actividades para control del vector.  
Página 49
- Actividades de capacitación para el diagnóstico y tratamiento de casos.  
Página 50
- Educación para la salud e información a los usuarios.  
Página 50

**CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. HOSPITAL PEDIÁTRICO. PLAN DE CONTINGENCIA de ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR *Aedes Aegypti* (ETAa). 2017**

**A. OBJETIVOS:**

**OBJETIVOS GENERALES**

- 1-** Prevenir y mitigar el impacto de una epidemia de ETAa en términos de morbilidad, eventual mortalidad en las formas complicadas y su repercusión social y económica.
- 2-** Capacitar al equipo de salud para el diagnóstico precoz, tratamiento y notificación epidemiológica de los casos de ETAa.
- 3-** Optimizar la capacidad de respuesta del Hospital Pediátrico CHPR ante los casos de ETAa.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1-** Lograr la capacitación del personal y los usuarios del CHPR, en la prevención de la enfermedad a través de la participación activa del combate al vector y de consulta oportuna frente a síntomas de alto índice de sospecha.
- 2-** Optimizar la organización de los recursos y la atención de los usuarios a través del establecimiento de criterios de prioridad en la atención.
- 3-** Adaptar todos los sectores de atención hospitalaria para la atención adecuada de pacientes con sospecha de ETAa.
- 4-** Estimar y proveer los casos, e insumos a utilizar en situación de epidemia de ETAa.
- 5-** Establecer una adecuada notificación de casos sospechosos y facilitar la confirmación de los casos a través del adecuado y oportuno envío de las muestras al laboratorio de Salud Pública.
- 6-** Promover y establecer control del vector en el área del CHPR y sus alrededores.
- 7-** Capacitar a los técnicos y equipos del hospital pediátrico del CHPR en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con ETAa.

## B. DEFINICIÓN DE CASOS

Para la definición y clasificación de casos de Dengue, Zika y Chikungunya, se siguieron las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública, la Guía Clínica de Atención de Pacientes con ETAa y la publicación de OPS-OMS para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis.

**1- Caso sospechoso de Dengue:** toda persona que presente fiebre de inicio abrupto, de no más de 7 días de duración, acompañada de dos o más de los siguientes síntomas:

- cefaleas y/o dolor retro-orbitario
- náuseas y vómitos
- malestar general y/o artromialgias
- erupción cutánea
- petequias
- leucopenia
- cualquier signo de alarma
- cualquier signo de dengue grave

Sin afectación de las vías aéreas con o sin antecedentes de viaje.

**2- Caso sospechoso Chikungunya, fase aguda:** toda persona que presente fiebre de inicio abrupto  $>38,5^{\circ}\text{C}$ , de no más de 7 días de duración, acompañada de artralgia (habitualmente incapacitante) o artritis (acompañada de dolor intenso, incapacitante) no explicada por otra condición médica.

**3- Caso sospechoso Chikungunya, fase postaguda:** toda persona que presentó enfermedad por CHIKV, cuyos síntomas articulares (artritis, artralgias o edema articular) se mantienen por más de 3 semanas hasta el final del tercer mes. Puede darse una evolución continua desde el inicio de los síntomas o presentarse periodos sin síntomas de manera intermitente.

**4- Caso sospechoso Chikungunya, fase crónica:** (más de 3 meses): toda persona que tuvo enfermedad por CHIKV y presenta manifestaciones articulares, tales como dolor, edema o rigidez articular por más de tres meses después de la fase aguda. Debe descartarse artritis de otra etiología inflamatoria.

**5- Caso sospechoso de Zika:** toda persona que presente exantema y al menos dos o más de los siguientes signos o síntomas (que no se explican por otras condiciones médicas):

- fiebre, generalmente menor de 38,5°C
- conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival
- artralgiás
- mialgiás
- edema periarticular

Ocasionalmente se pueden presentar manifestaciones neurológicas, siendo una de las más frecuentes el **Síndrome de Guillain Barré**.

Constituye también un caso sospechoso, los recién nacidos con microcefalia, otras alteraciones neurológicas no explicadas por otra causa y artrogriposis.

Los primeros casos de transmisión autóctona de Chikungunya y Zika pueden no presentar antecedentes de viaje, por lo tanto, se deben notificar los casos sospechosos para promover su confirmación clínica y por laboratorio.

## Definición de caso sospechoso de Dengue, Chikungunya y Zika

| Dengue                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Chikungunya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Zika                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Toda persona que presente fiebre alta de inicio abrupto,<br/>de 2 a 7 días de duración,<br/>acompañada de dos o más de las siguientes manifestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cefaleas y/o dolor retro-orbitario</li> <li>- náuseas y vómitos</li> <li>- malestar general y/o artromialgias</li> <li>- erupción cutánea</li> <li>- petequias</li> <li>- leucopenia</li> <li>- cualquier signo de alarma</li> <li>- cualquier signo de dengue grave</li> </ul> <p>Con o sin antecedentes de viaje</p> | <p><b>Fase aguda:</b> toda persona que presente fiebre de inicio abrupto &gt;38,5 °C, de no más de 7 días de duración, acompañada de artralgia (habitualmente incapacitante) o artritis (acompañada de dolor intenso, incapacitante) no explicada por otra condición médica.</p> <p><b>Fase postaguda:</b> toda persona que presentó enfermedad por CHIKV, cuyos síntomas articulares (artritis, artralgias o edema articular) se mantienen por más de 3 semanas hasta el final del tercer mes. Puede darse una evolución continua desde el inicio de los síntomas o presentarse periodos sin síntomas de manera intermitente.</p> <p><b>Fase crónica:</b> (más de 3 meses): toda persona que tuvo enfermedad por CHIKV y presenta manifestaciones articulares, tales como dolor, edema o rigidez articular por más de tres meses después de la fase aguda. Debe descartarse artritis de otra etiología inflamatoria. En caso de artritis crónica, considerar también esta etiología</p> | <p>Toda persona que presente exantema de inicio agudo (casi siempre motivo de la consulta y el primer signo, suele ser pruriginoso, mauculopapular y cefalocaudal), que no tenga otra explicación y que presente al menos dos o más de los siguientes signos o síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-fiebre, generalmente menor de 38,5°C</li> <li>-conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival</li> <li>-artralgias</li> <li>-mialgias</li> <li>-edema periarticular</li> </ul> |
| <p>También puede considerarse sospechoso todo niño con cuadro febril agudo, de 2 a 7 días de duración, sin etiología aparente</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>Casos agudas: ocasionalmente pueden estar acompañados de manifestaciones no articulares, tales como neurológicas, cardiovasculares, dermatológicas, oftalmológicas, hepáticas, renales, respiratorias y hematológicas, entre otras, o pueden presentar disfunción de al menos un órgano o sistema con riesgo vital</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>En el caso de recién nacido con manifestación de infección congénita, por ej. microcefalia, se debe considerar e investigar esta enfermedad</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

Los primeros casos de transmisión autóctona, no presentan antecedentes de viaje, por lo tanto los médicos deben notificar los casos sospechosos a las autoridades nacionales para promover su confirmación.

## **CONSIDERACIONES SOBRE LA SOSPECHA DE CASOS DE ETAa EN EL MENOR DE 2 AÑOS (especialmente Dengue).**

Los criterios diagnósticos de Dengue utilizados en niños, así como las etapas (febril, crítica, de recuperación) y clasificación de esta enfermedad son iguales a los utilizados en adultos (sospecha de casos y clasificación de la OMS), pero de todas formas es importante realizar algunas consideraciones especiales para este grupo etario.

En los niños al igual que en los adultos Dengue es una enfermedad dinámica, con una evolución clínica impredecible, generalmente autolimitada y benigna. Presenta un amplio espectro clínico que incluye manifestaciones clínicas graves y no graves. En los niños mayores y adolescentes, la sintomatología es similar a la de los adultos, en ellos, es aplicable la definición de casos antes mencionada.

Debe tenerse en cuenta que las definiciones operativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) poseen elevada sensibilidad pero baja especificidad. Esto puede determinar sobreestimación de la enfermedad y riesgo de sobrecarga asistencial y posibles errores.

Mención especial merecen los niños pequeños, sobre todo menores de 2 años. La manifestación principal de las ETAa es la presencia de fiebre de menos de 7 días de evolución. Teniendo en cuenta que en este grupo etario, las ETAa tienen síntomas inespecíficos, que pueden confundirse con otras enfermedades febriles frecuentes en la infancia, es que se propone tener en cuenta los siguientes conceptos:

- 1- En los niños con fiebre de reciente comienzo que lucen bien, con buen estado general y que no tienen una causa clara de la misma, considerar no realizar hemograma inicialmente, (salvo fuerte nexo epidemiológico: caso de dengue en domicilio o en zona/barrio); o cambio de situación epidemiológica a epidemia de Dengue constituida. Es imprescindible el seguimiento clínico diario e instruir al responsable del cuidado del niño sobre los signos de alarma y la necesidad de consulta inmediata frente a su aparición. En los niños con fiebre sin foco evidente, continuar utilizando las normas nacionales vigentes, teniendo en cuenta las consideraciones anteriores. Ver Anexo 1. Protocolo de fiebre sin foco. Grupos etarios: menores de 3 meses, 3 a 36 meses y mayores de 36 meses.

- 2- La presencia de síntomas y signos respiratorios claros y hallazgos característicos de otras enfermedades (linfadenopatías generalizadas, esplenomegalia) alejan la sospecha de ETAa. Es importante considerar los diagnósticos diferenciales en cada caso y cuando corresponda realizar pruebas (por ej. test rápido para detección de antígenos estreptocócicos, de antígenos virales para enfermedades respiratorias, de antígenos virales en materias fecales: rotavirus, adenovirus, norovirus; test para Mononucleosis Infecciosa, examen de orina) en el lugar que consulta el niño, para evitar sobrecargar al Departamento de Emergencia Pediátrica, con pacientes en los cuales el diagnóstico de Dengue es poco probable.
- 3- Son varias las enfermedades que pueden confundirse con Dengue, tanto en la etapa febril como en la fase crítica, que se exponen en la siguiente tabla:

| Condiciones que remedan la fase febril del Dengue  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Síndrome tipo influenza                            | Influenza, sarampión, mononucleosis, seroconversión del VIH, Zika, Chikungunya                                                                                                                                                                                       |
| Enfermedades que cursan con rash                   | Rubeola, sarampión, escarlatina, infección meningocócica, alergia a drogas, Chikungunya                                                                                                                                                                              |
| Enfermedades diarreicas                            | Rotavirus, otras infecciones entéricas                                                                                                                                                                                                                               |
| Enfermedades con manifestaciones neurológicas      | Meningoencefalitis/convulsiones febriles                                                                                                                                                                                                                             |
| Condiciones que remedan la fase crítica del Dengue |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Infecciosas                                        | Gastroenteritis aguda, malaria, leptospirosis, tifoidea, hepatitis viral, VIH agudo, enfermedad bacteriana invasiva/sepsis bacteriana, shock séptico.                                                                                                                |
| Neoplasias                                         | Leucemias agudas y otras neoplasias                                                                                                                                                                                                                                  |
| Otras condiciones clínicas                         | Abdomen agudo<br>Apendicitis aguda-Colecistitis aguda<br>Perforación de víscera hueca<br>Cetoacidosis diabética<br>Acidosis láctica<br>Leucopenia y trombocitopenia ± sangrado<br>Desórdenes de plaquetas<br>Falla renal<br>Distress respiratorio<br>Lupus sistémico |

- 4- En el niño con fiebre con sospecha de Dengue, lo primero es evaluar para poder clasificarlo (ver Clasificación de Dengue).
- 5- En los casos sospechosos la evaluación con hemograma es fundamental. La leucopenia  $< 5000 \text{ mm}^3$  es la alteración hematológica más temprana y frecuente. En los menores de 1 año la ausencia de leucopenia no descarta la sospecha clínica (1/3 no tienen leucopenia). Las alteraciones hematológicas en el Dengue pueden estar ausentes en el 1º día de fiebre, por lo que si no hay signos clínicos de alarma o factores de riesgo, es preferible realizarlo a partir del 2º día de enfermedad.
- 6- Al momento de extracción de sangre para realizar hemograma, considerar realizar dosificación de PCR Y PCT, ya que de estar elevadas (sobre todo PCT) alejan el diagnóstico de enfermedad viral.
- 7- En los niños pequeños (especialmente en los menores de 6 meses) el hallazgo de leucopenia no descarta enfermedad bacteriana invasiva.

### **SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ETAa**

Si bien la clínica de las tres enfermedades es muy similar la sospecha de éstas se basará en datos clínicos y epidemiológicos (Tabla 1).

De todas maneras, dado que la enfermedad Dengue es la que puede presentar complicaciones más frecuentemente y rápida evolución a la peoría clínica, frente a la sospecha de ETAa, se actuará inicialmente como caso Dengue.

Una vez clasificado como probable Dengue (clínica, comorbilidad, epidemiología y hemograma) será clasificado según la clasificación de la OMS (A, B1, B2 y C).

**Tabla1.** Síntomas y signos de infecciones por arbovirus: *Dengue*, *Chikungunya* y *Zika*.

| SIGNOS Y SÍNTOMAS                | DENGUE                                                         | CHIKUNGUNYA                                              | ZIKA                                                        |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Motivo de consulta más frecuente | Fiebre, mialgia                                                | Dolor articular, fiebre                                  | Exantema o prurito                                          |
| Fiebre                           | Moderada<br>Muy frecuente<br>Duración: 5 a 7 días <sup>a</sup> | Intensa<br>Muy frecuente<br>Duración: 3 a 5 días         | Leve<br>Muy poco frecuente<br>Duración: 1 a 3 días          |
| Exantema                         | Aparece del 5.º al 7.º día<br>No característico                | Aparece al 2.º o 3.º día<br>No característico            | Típicamente desde el día 1<br>Máculo-papular, céfalo-caudal |
| Prurito                          | Leve a intenso                                                 | Leve a moderado                                          | Moderado a intenso                                          |
| Conjuntivitis                    | Poco frecuente                                                 | Muy poco frecuente <sup>b</sup>                          | Muy frecuente                                               |
| Manifestaciones neurológicas     | Poco frecuente                                                 | Poco frecuente (puede ser frecuente y grave en neonatos) | Posible y grave                                             |
| Cefalea                          | Intensa y frecuente                                            | Leve a moderada                                          | Leve a moderada                                             |
| Dolor retroocular                | Intenso y frecuente                                            | Poco frecuente                                           | Poco frecuente                                              |
| Poliartralgias                   | Ausente                                                        | Muy frecuente                                            | Frecuente                                                   |
| Poliartritis                     | Ausente                                                        | Frecuente                                                | Frecuente                                                   |
| Edema de manos y pies            | Poco frecuente                                                 | Frecuente                                                | Poco frecuente                                              |
| Evolución a cronicidad           | No                                                             | Muy frecuente                                            | No descrito                                                 |
| Mialgia                          | Muy frecuente e intensa                                        | Frecuente<br>Moderada a intensa                          | Poco frecuente                                              |
| Hepatomegalia                    | Signo de alarma                                                | Muy poco frecuente                                       | Muy poco frecuente                                          |
| Vómitos frecuentes               | Signo de alarma                                                | Muy poco frecuente                                       | Muy poco frecuente                                          |
| Diarrea                          | Frecuente                                                      | Muy poco frecuente                                       | Muy poco frecuente                                          |
| Dolor abdominal intenso          | Signo de alarma                                                | No se presenta                                           | No se presenta                                              |
| Sangrado de la piel              | Frecuente                                                      | Muy poco frecuente                                       | Muy poco frecuente                                          |
| Sangrados de mucosas             | Signo de alarma                                                | Muy poco frecuente<br>(cuando se presenta es grave)      | Muy poco frecuente                                          |
| Choque                           | Es la forma grave más frecuente <sup>c</sup>                   | Poco frecuente                                           | No se conoce                                                |
| Leucopenia                       | Moderada a intensa                                             | Leve a moderada                                          | Leve a moderada                                             |
| Proteína C reactiva              | Normal                                                         | Elevada                                                  | Elevada                                                     |
| Hematocrito elevado              | Es un signo de alarma                                          | Poco frecuente                                           | Poco frecuente                                              |
| Recuento plaquetario             | Normal a muy bajo                                              | Normal a bajo                                            | Normal a bajo                                               |
| Consideraciones particulares     | Riesgo de muerte                                               | Puede evolucionar a artropatía crónica                   | Riesgo de infección congénita y SGB                         |

<sup>a</sup> En el dengue, la caída de la fiebre entre el tercer y el quinto día de la enfermedad puede asociarse al inicio de la gravedad.

<sup>b</sup> La conjuntivitis es poco común en la infección por CHIKV, sin embargo en los niños este síntoma es más frecuente.

<sup>c</sup> El choque es de rápida instalación y aparece más frecuentemente entre el tercer y el séptimo día de la enfermedad.

## **Clasificación de pacientes con Dengue**

**Grupo A:** caso sospechoso de Dengue en paciente **sin signos de alarma, ni condiciones coexistentes ni riesgo social**

**Grupo B1:** caso sospechoso de Dengue en paciente **sin signos de alarma, con condiciones coexistentes y/o riesgo social**

**Grupo B 2:** caso sospechoso de Dengue en paciente **con signos de alarma:**

- Dolor abdominal intenso
- Vómitos persistentes
- Sangrado de mucosas o hemorragias espontáneas
  - Petequias, equimosis, hematomas
  - Gingivorragia, sangrado nasal
  - Hematemesis, enterorragia, sangrado genital
- Acumulación de líquidos detectados clínicamente, por ecografía o radiología
  - Ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico
- Letargia, irritabilidad
- Hipotensión postural (lipotimia)
- Hepatomegalia
- Aumento progresivo del Hto con descenso de plaquetas  $< 100.000 \text{ mm}^3$

**Grupo C:** caso sospechoso de Dengue en paciente **con una o más** de las siguientes manifestaciones:

- **Shock.** El shock por Dengue tiene algunas particularidades que lo diferencian de otros tipos de shock (p. ej shock séptico). El shock por Dengue presenta peculiaridades fisiopatológicas, especialmente relacionadas con el aumento significativo y precoz de la permeabilidad vascular y los relacionados con la

coagulabilidad sanguínea. La respuesta inflamatoria produce este aumento de la permeabilidad ocasionando extravasación de fluidos y proteínas a los espacios intersticiales y cavidades serosas. Puede cursar con aumento del tono vascular, ocasionando un aumento de la resistencia vascular periférica, comportándose clínicamente como un shock frío con deficiencia del volumen intravascular (componente hipovolémico) y en ocasiones asocia disfunción miocárdica (componente cardiogénico).

Los signos de insuficiencia circulatoria se evidencian (como en otros tipos de shock) por:

- Taquicardia
- Pulso rápido y débil
- Disminución de la presión del pulso
- Relleno capilar mayor de 2 segundos
- Extremidades frías
- Taquipnea
- Oliguria
- Agitación o estupor
- Hipotensión en la etapa tardía (shock descompensado)

Son características particulares del shock por Dengue:

- El sensorio frecuentemente inalterado, (no concordante con la alteración hemodinámica observada).
- En general no dura más de 24 a 48 hs y pueden producirse recurrencias durante este periodo.
- Ausencia de fiebre (establecer un monitoreo cercano cuando el paciente se torna afebril)
- El aumento del hematocrito.
- Disminución de la albúmina.
- Puede acompañarse de bradicardia sinusal.
- Es precedido por una rápida caída de plaquetas.
- Si no se corrige adecuadamente la hipovolemia, puede llegar a la disfunción orgánica múltiple y muerte.

- **Dificultad respiratoria por extravasación grave de plasma**
- **Sangrado grave** (hematemesis, melena, metrorragia voluminosa sangrado del sistema nervioso central)
- **Afectación grave de órganos:** daño hepático (AST o ALT  $\geq$  1000 UI), sistema nervioso central (alteración de conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos.

Recordar que en el caso de Dengue, es una enfermedad dinámica; el paciente puede evolucionar de una fase a la otra muy rápidamente.

En el Dengue, es difícil anticipar quien evolucionará a la forma grave, pero existen factores de riesgo de evolucionar a dengue grave. Estos factores son:

- Menor de dos años
- Presencia de alguna enfermedad crónica sistémica como cardiopatía, diabetes, colagenopatías, neoplasias, insuficiencia renal, desnutrición crónica, síndrome de Down, obesidad mórbida, inmunodeficiencia, hemoglobinopatías entre otras
- Embarazo
- Tratamiento con corticoides o anticoagulantes

# DENGUE

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CASOS



### DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

Fiebre de menos de siete días de evolución.



### DOS O MÁS DE LOS SIGUIENTES SIGNOS:

Náuseas y vómitos  
Erupción cutánea  
Cefalea y/o dolor retro-ocular  
Malestar general, mioartralgias.

Leucopenia  
Petequias o prueba del torniquete positiva.

### SOLICITAR CONFIRMACIÓN DE LABORATORIO SEGÚN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

### NOTIFICAR AL DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EN SALUD:

TELÉFONICA: 24091200  
FAX: 24085838  
E-MAIL: [vigilanciaeipi@msp.gub.uy](mailto:vigilanciaeipi@msp.gub.uy)  
WEB: [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

### EVALUAR SIGNOS DE ALARMA:

- Dolor abdominal intenso y continuo
- Sangrado de mucosas
- Vómitos persistentes.
- Derrame seroso (en peritoneo, pleura, pericardio) detectado por clínico por imágenes (ecografía de abdomen o Rx de tórax).
- Hepatomegalia (> 2 cm).
- Somnolencia o irritabilidad.
- 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-existent: 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.

### AUSENTES

#### DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA NI CO-MORBILIDAD

**Criterios:**  
Sin signos de alarma y  
Tolera adecuados volúmenes de líquidos por vía oral, y  
Tiene diuresis normal.

### PRESENTES

#### DENGUE CON CO-MORBILIDAD

**Criterios:**  
Condiciones pre-existent, o  
Riesgo social

### PRESENTA UNO O MÁS SIGNOS DE ALARMA

**INICIAR TRATAMIENTO INMEDIATO EN EL SITIO DE ATENCIÓN Y DURANTE EL TRASLADO.**

### DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA

**Criterios:**  
Uno o más de signos de alarma.

### DENGUE GRAVE

**Criterios:**  
Uno o más de los hallazgos.  
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

**PRUEBAS DE LABORATORIO**  
Hemograma con plaquetas (si es posible)

#### TRATAMIENTO

- Reposo relativo en cama, con aislamiento del paciente para evitar la picadura de los mosquitos.
- Adecuada ingesta de líquidos (1 l por día o más por día)
- Paracetamol: Adultos: 500-1000 mg cada 6 horas, máximo 4g por día. Niños: 10 a 15 mg/Kg/dosis.
- NO USAR AAS ni otros AINES.
- 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.

(1) Prueba del torniquete: Inflar el manguito del tensiómetro en una cifra intermedia entre TA sistólica y TA diastólica durante 5 minutos y contar el nro de petequias. La presencia de petequias se considera prueba positiva.  
Abreviaturas: Hto: Hematocrito, TP: Tiempo de Protrombina, TPTA: Tiempo Parcial de Tromboplastina Activada, S.F: Solución Fisiológica

### GRUPO B

Requiere internación

**PRUEBAS DE LABORATORIO**  
Hemograma con plaquetas

#### TRATAMIENTO

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

**PRUEBAS DE LABORATORIO**  
Hemograma con plaquetas

#### TRATAMIENTO

- Obtener Hto antes de hidratar al paciente.
- Administrar solo Solución Salina 0.9 % lactato 10 Ringer ml/kg/hora en 1 hora.

#### Evaluar:

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

#### SEGUIMIENTO

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

Criterios de Alta de Casos Hospitalizados (doctores deben estar presentes)  
Ausencia de Fiebre por 48 horas. Mejoría del Estado clínico. Incremento del recuento de plaquetas. Ausencia de Dificultad Respiratoria. Hematocrito estable sin hidratación intravenosa.

### GRUPO C

Requiere internación preferentemente en UTI

**PRUEBAS DE LABORATORIO**  
Hemograma con plaquetas.

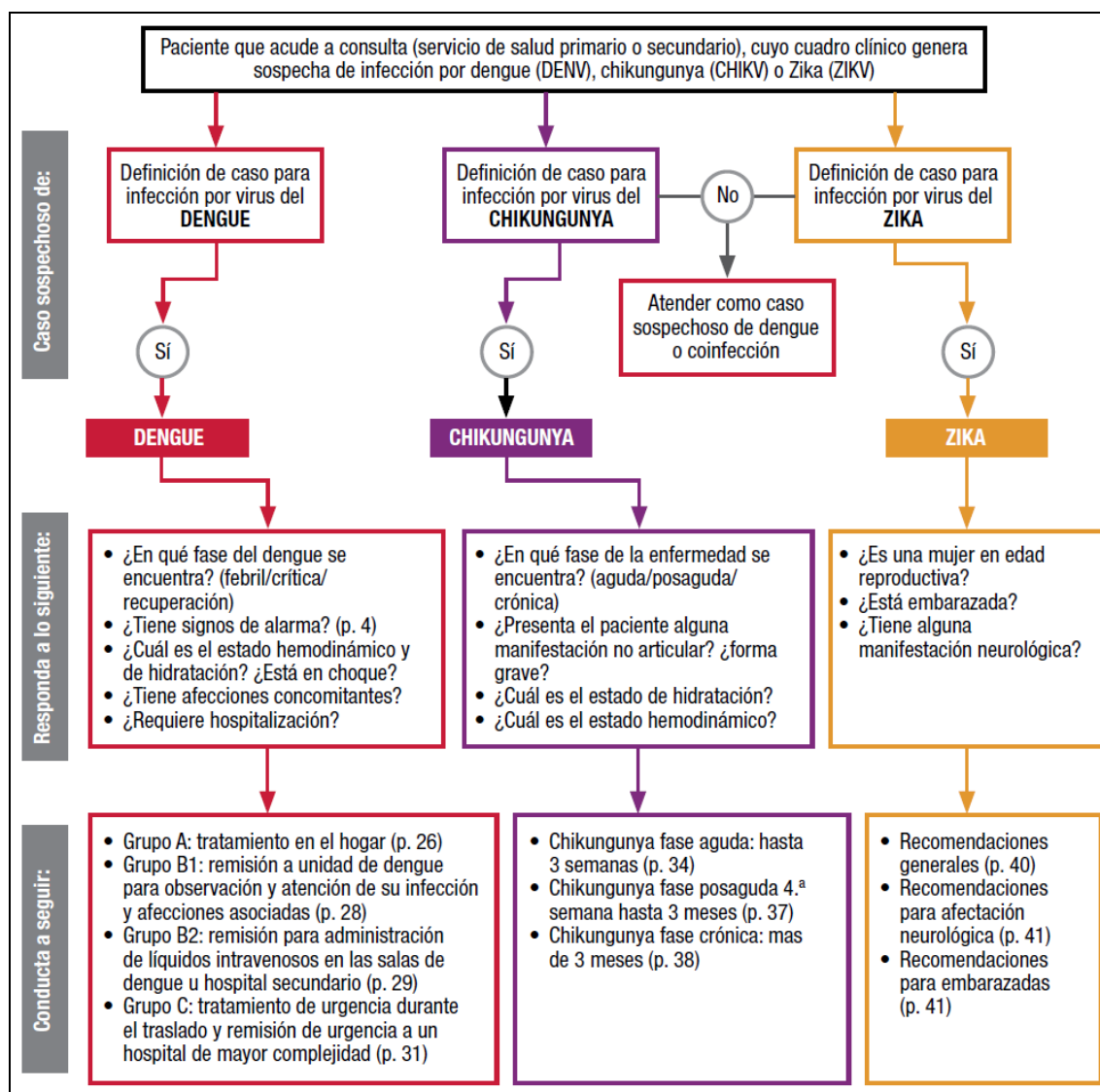
- Grupo Sanguíneo y Factor Rh.
- Coagulograma, Rx de Tórax y Ecografía Abdominal.
- Otros, según condición clínica asociada.

#### TRATAMIENTO

- Obtener Hto antes de hidratar al paciente.
- Iniciar Solución Salina 0.9 % o Ringer Lactato a 20 ml/kg en 15-30 minutos.
- Evaluar:
- 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:
- 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 cristaloide y valorar función de bomba (miocarditis), 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.



## Algoritmo para la atención de casos de Dengue, Zika y Chikungunya



Extraído de: Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. OMS.OPS. Dic 2016

## PLAN DE CONTINGENCIA DE DENGUE.

### DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA (DEP).

#### Plan de Actuación en Departamento de Emergencia Pediátrica. CHPR.

##### A. ETAPA DE BROTE EPIDÉMICO.

- 1- Todo paciente que consulte en DEP, iniciará el proceso asistencial en el Triage.
- 2- En el Triage a cargo de Licenciada de Enfermería (LE), será clasificado utilizando el sistema de Triage que se aplica actualmente en el DEP, en los diferentes niveles.
- 3- Los pacientes nivel I y nivel II serán asistidos en la URE (nivel I o II) y en Área de Urgencia/Observación (nivel II). En caso de tratarse pacientes con probable Dengue grave, y una vez estabilizados serán admitidos al hospital (UCIN o Área de Cuidados Moderados/Aislamientos).
- 4- A los pacientes nivel III o nivel IV-V, que tengan fiebre de menos de 7 días de evolución, ausencia de signos de infección respiratoria y ausencia de una causa evidente de la fiebre, se catalogan como caso sospechoso de ETAa.
- 5- Los pacientes catalogados como caso sospechoso de ETAa se asistirán en el Área de Observación del Departamento de Emergencia en las unidades de Aislamiento y de ser necesario se utilizarán las camas 7 y 8.
- 6- En todos los casos catalogados como sospechosos de ETAa:
  - a. Catalogar o descartar si corresponde a un caso sospechoso de Dengue.
  - b. Buscar signos de alarma.
  - c. Identificar si presenta **condiciones preexistentes o comorbilidades** que determinen una evolución desfavorable
- 7- Ante caso sospechoso, colocar tul en la unidad de cada paciente, aplicar repelente, utilizar pastillas termoevaporables. Cuando quedan dudas si corresponde o no a un caso sospechoso, se mantendrá en Área de Observación,

en donde se reevaluará y se adecuará conducta según evolución y resultados de exámenes realizados.

- 8- Realizar hemograma y extracción de muestras para diagnóstico de ETAa según se detalla en sección Laboratorio (página 47)
- 9- Realizar la notificación a MSP división Epidemiología de caso sospechoso de ETAa.
- 10- Se realizará la notificación a la dirección de la Región Sur de ASSE (a cargo de Coordinación/Supervisión).
- 11- Se clasificará al paciente en los diferentes grupos de riesgo:

**Grupo A – color verde:** caso sospechoso de Dengue en paciente sin signos de alarma, ni condiciones coexistentes ni riesgo social.

**Grupo B1 – color amarillo:** caso sospechoso de Dengue en paciente sin signos de alarma, con condiciones coexistentes y/o riesgo social

**Grupo B 2- color amarillo:** caso sospechoso de Dengue en paciente con signos de alarma

**Grupo C – color rojo:** sospecha de Dengue grave (paciente con shock, distress respiratorio, sangrado grave o afectación grave de órganos)

- 12- El paciente **A- verde y B1- amarillo** ingresará al sector de cuidados moderados, sala de aislamiento para Dengue. Permanecerá en la urgencia hasta esperar resultados de hemograma y se coordine su admisión. La admisión hospitalaria de los casos A – Color verde se mantendrá en tanto la demanda asistencial sea controlada o hasta que se instale epidemia: posteriormente se manejarán en forma ambulatoria con seguimiento estricto. Se coordinará con SAME 105 y la RAP.
- 13- El paciente **B2- amarillo** se estabilizará según protocolo, en el lugar del diagnóstico y asegurar que se mantenga estable hasta que sea ubicado en el lugar de internación definitivo. En los Servicios de Urgencias la presentación

clínica de estos pacientes debe diferenciarse de otras enfermedades que presentan síntomas y signos similares, por lo que en la evaluación inicial será necesario valorar la realización o no de exámenes de laboratorio que orienten al diagnóstico diferencial:

- a. Hemograma
- b. PCR, PCT
- c. Azoemia, creatininemia
- d. Funcional hepático con albuminemia
- e. Crasis sanguínea
- f. Medio interno (gasometría, ionograma, glicemia, lactato)
- g. Examen de orina
- h. Muestras para estudios bacteriológicos o virales.

14- Se evaluará admisión a Cuidados Intermedios o Cuidados Moderados, analizando severidad de signos de alarma con equipo receptor y respuesta al tratamiento inicial.

15- El paciente **grupo C- rojo**, iniciará asistencia en URE o área con monitorización donde se realizará la estabilización hasta que se coordine su ingreso a UCIN.

**a. Tratamiento del shock por Dengue:**

- i. Monitorización
- ii. Oxigenoterapia con  $\text{FiO}_2$  elevada, considerar OAF o CPAP en etapas iniciales.
- iii. Acceso vascular – Laboratorio completo
- iv. Reposición con suero fisiológico o SRL 20 ml/kg en bolo (en 10 a 15 minutos), que puede repetirse si no hay respuesta cada 20 minutos, hasta estabilización. Este tratamiento también aplica a Servicios de Urgencia prehospitalarios, puestos fijos o móviles, hasta estabilización y derivación a centro de referencia.

- v. Expertos en el tema diferencian shock descompensado (hipotensivo) del shock compensado (normotensivo), recomendando en estos casos una reposición inicial más cautelosa para evitar sobrecarga hídrica, utilizando suero fisiológico o SRL 10 ml/kg en 1 hora y luego ajustar según la respuesta clínica y mediciones seriadas del hematocrito.
- vi. Si el paciente se estabiliza, continuar con suero fisiológico:
  - 1. 10 ml/kg/hora por 1 hora
  - 2. 7 ml/kg (hora  $\leq$  15 kg) o 5 ml/kg/hora ( $>$  15 kg) por 2 horas
  - 3. 5 ml/kg (hora  $\leq$  15 kg) o 3 ml/kg/hora ( $>$  15 kg) por 2 horas
- vii. Si sigue estable, aporte de mantenimiento (2-3 ml/kg/hora) por 24-48 hs.
- viii. Si no hubo respuesta a reposición con soluciones hidroelectrolíticas, (el shock persiste), y presenta Hto elevado, expansión con coloides (Albúmina, Haemacel, plasma fresco congelado). Si el Hto es bajo, transfusión con concentrado de glóbulos rojos. Ecocardiograma. Ecografía tóraco-abdominal. Considerar soporte con inotrópicos.
- ix. Corregir acidosis metabólica, hipoglicemia, hipocalcemia, disionías.
- x. Si no hay mejoría, considerar pérdidas ocultas, falla cardíaca, sangrado del SNC.
- xi. Ante sangrado significativo (descenso del Hto de más del 40% del valor basal), reponer con concentrado de glóbulos rojos. Si no responde o sangrado persistente no controlado (SNC,

hemorragia digestiva severa, shock corregido), transfundir con plaquetas.

xii. Balance estricto de ingresos y egresos.

xiii. Control de diuresis, (aceptable 0,5 ml/kg/hora)

xiv. Controles clínicos cada 15 minutos hasta estabilizar shock y luego cada 1 a 2 horas.

xv. Control con hematocrito antes de cada expansión, posterior a cada expansión y luego cada 4-6 hs según evolución.

**b. Recordar que el tratamiento del shock en la primera fase está dirigido a revertir el shock con restauración del volumen circulante efectivo.**

**c. En la segunda fase la reposición apunta a mantener normovolemia evitando hipervolemia y sobrecarga hídrica.**

16- Los protocolos terapéuticos para pacientes A- Color Verde, B1 y B2 Amarillo se presentan en plan de Cuidados Moderados. Grupo C – Color rojo se complementa con de protocolo UCIN).

17- Los casos que no sean sospechosos de ETAa continuaran su proceso habitual de asistencia.

## **B) ETAPA EPIDÉMICA.**

Para poder llevar a cabo el Plan de Contingencia en el Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP) ante una eventual etapa epidémica, se dispone de un plan de trabajo que considera aspectos logísticos, un flujograma para estos pacientes, planta física adecuada, reforzar recursos materiales y humanos, coordinación con servicios de internación hospitalarios (Cuidados Moderados, Sector Aislamientos y UCIN); primer nivel de atención RAP – SAME 105, Epidemiología MSP; Laboratorio de Urgencia CHPR; Farmacia.

### ***Flujograma.***

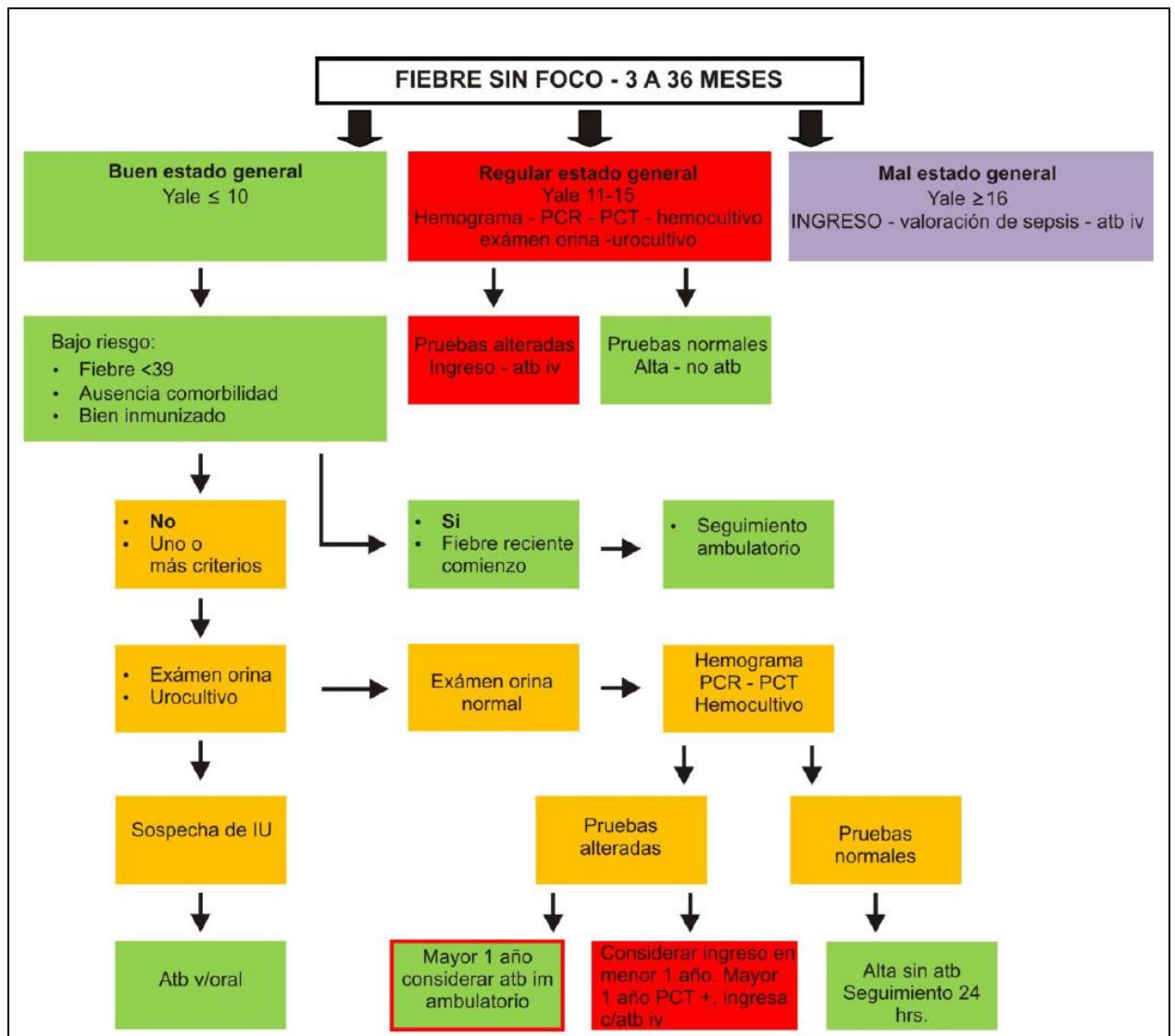
- i. Todo paciente que consulte en DEP, iniciará el proceso asistencial en el Triage.
- ii. En el Triage a cargo de LE, será clasificado utilizando el sistema de Triage que se utiliza actualmente en el DEP, en los diferentes niveles.
- iii. Los pacientes nivel I y nivel II serán asistidos en la URE (nivel I) y en Área de Urgencia/Observación (nivel II). En caso de tratarse pacientes con probable dengue grave, y una vez estabilizados serán admitidos al hospital (UCIN o Área de Cuidados Moderados/Aislamientos).
- iv. A los pacientes nivel III o nivel IV-V, que tengan fiebre de menos de 7 días de evolución, ausencia de signos de infección respiratoria y ausencia de una causa evidente de la fiebre, serán catalogados como caso sospechoso de ETAa. A estos se les buscarán signos de alarma (dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, irritabilidad, letargia, sangrados y petequias). En caso de no tenerlos se clasificarán como Grupo A – color verde y serán derivados al área de contingencia destinada a tal fin. En caso de presentar signos de alarma, grupo amarillo B2, serán derivados al sector de asistencia del Área de Observación ya referido.
- v. En el sector de contingencia, al paciente grupo A – verde se le realizará la paraclínica pertinente (hemograma y extracción de sangre para diagnóstico de dengue) en área acondicionada. Se llenará la tarjeta dengue (anexo) y se realizará coordinación de seguimiento ambulatorio a cargo de ASSE RAP / SAME 105. En este sector se realizará un breve periodo de observación en tanto se espera el resultado del hemograma para evaluar signos

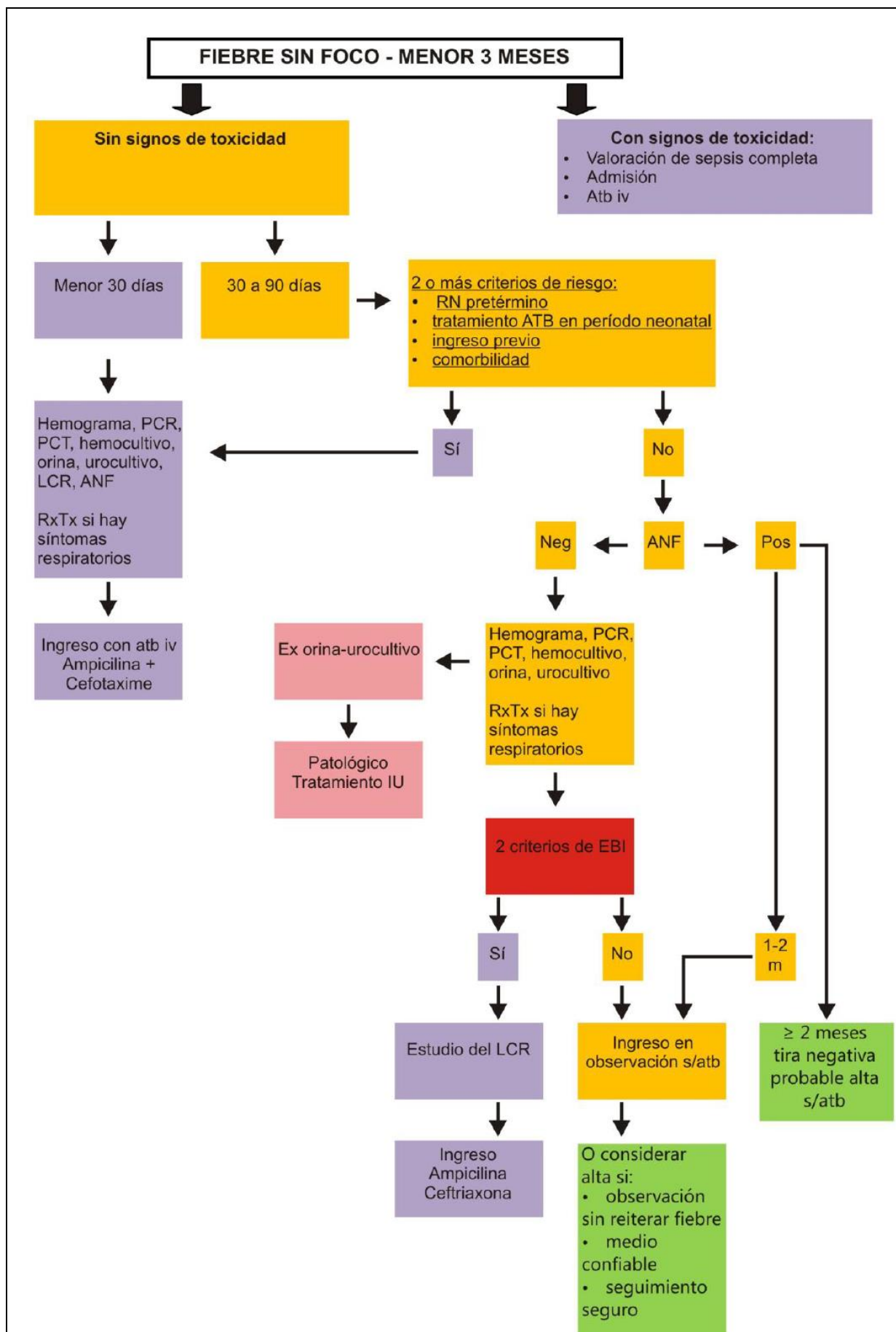
de alarma en el hemograma. En caso de epidemia establecida estos pacientes deben asistirse en forma ambulatoria.

- vi. En el paciente B1 se tomará la misma conducta que en el paciente A, pero dada la vulnerabilidad social, edad o comorbilidad, ingresará a sala de aislamiento para dengue. Permanecerá minutos u horas en el sector de contingencia de dengue hasta que se coordine ingreso a sala.
- vii. El paciente B2 será derivado a área específica del área de observación del DEP o Sala de aislamiento de Dengue. Se realizará estabilización del paciente según protocolo, en el lugar del diagnóstico y se asegurará que se mantenga estable hasta que sea ubicado en el lugar de internación definitivo.
- viii. El paciente clasificado como grupo C - rojo, será derivado a URE o área de observación donde se iniciará la estabilización hasta que se coordine su ingreso a UCI-cuidados moderados (si mejora), según corresponda.
- ix. En todos los grupos de pacientes se realizará la notificación epidemiología y se remitirán las muestras para diagnóstico de ETAa según se detalla en sección Laboratorio (página 47)
- x. Los casos que no sean sospechosos de ETAa continuaran su proceso habitual de asistencia.
- xi. Las técnicas por PCR, para virus respiratorios, Enterovirus, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis* y *Bordetella sp.* deben considerarse para casos especiales o formas graves, para diagnósticos diferenciales. Estas técnicas están disponibles en el Laboratorio CHPR.

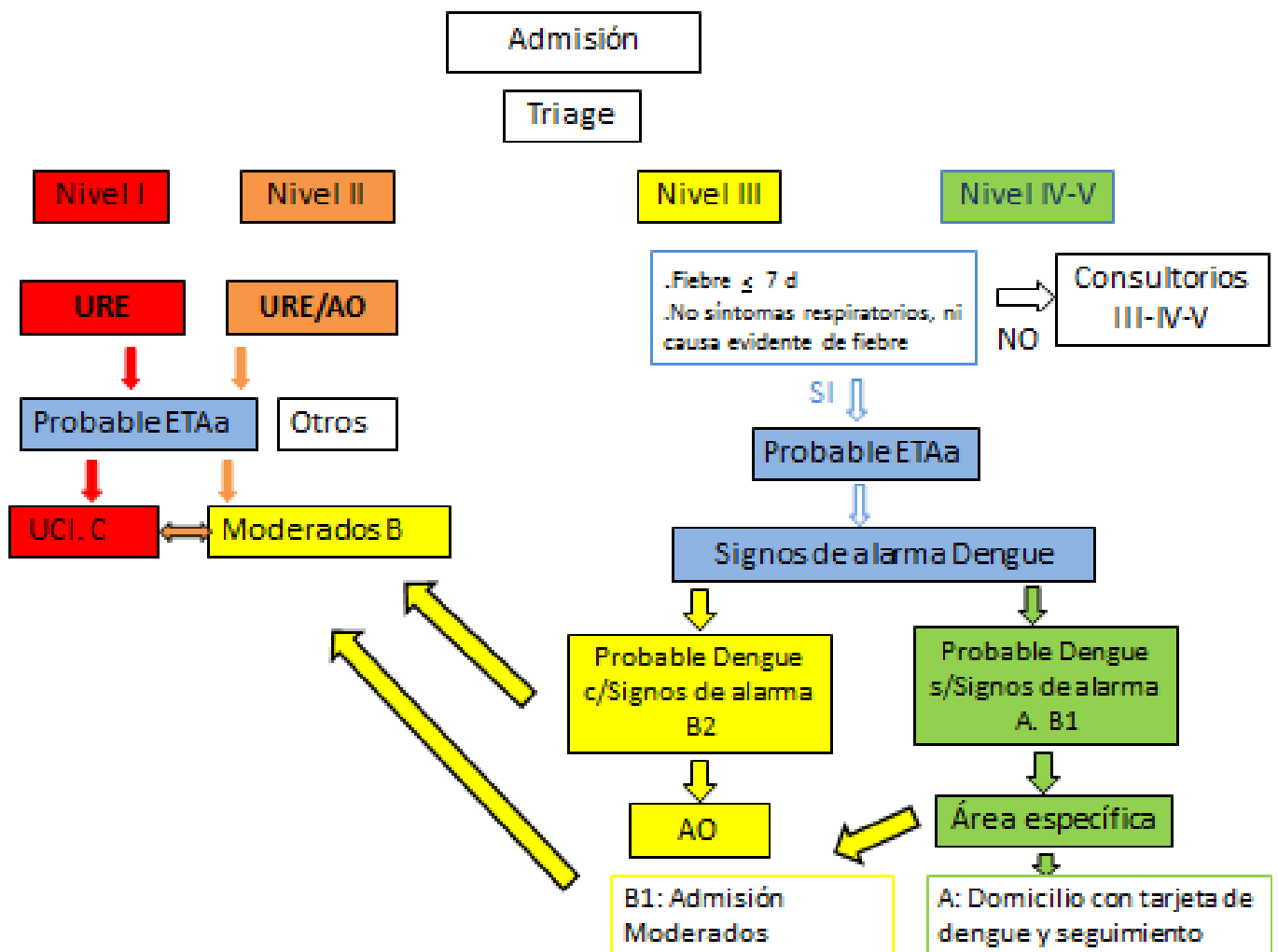
- xii. Si bien la clínica de las tres enfermedades es muy similar la sospecha de Chikungunya o Zika se basará en datos clínicos y epidemiológicos.

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE FIEBRE SIN FOCO





## FLUJOGRAMA DE ACTUACION EN DEP



## Flujograma de manejo del paciente con sospecha de fiebre por dengue

### TRIAGE DENGUE DEP

| TRIAGE DENGUE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grupo A<br>Sospecha de dengue<br>Sin comorbilidad<br>Sin signos alarma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Grupo B1<br>Comorbilidad y/o<br>Riesgo social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Grupo B2<br>Signos de alarma o<br>signos tempranos de shock                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Grupo C<br>Shock descompensado<br>SDRA Sangrado grave                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>PRUEBAS DE LABORATORIO</b><br>Hemograma con plaquetas (si es posible)<br><b>MANEJO AMBULATORIO</b><br><b>TRATAMIENTO</b><br>• Reposo relativo en cama, con aislamiento del paciente para evitar la picadura de los mosquitos.<br>• Adecuada ingesta de líquidos.<br>• Paracetamol: Niños: 10 a 15 mg/kg/día, máximo 4g por día.<br>• NO USAR ASPIRINA ni otros AINES.<br>• NO ADMINISTRAR antibióticos ni corticoides.<br>• Evitar medicamentos por vía intramuscular.<br>• Dar la información oral y escrita sobre signos de alarma, medidas de prevención y contraindicaciones. | <b>PRUEBAS DE LABORATORIO</b><br>Hemograma con plaquetas<br><b>INGRESA A SALA DENGUE</b><br><b>TRATAMIENTO</b><br>• Hidratación Vía Oral de acuerdo a condición pre-existente.<br>• Si no tolera la Vía Oral, iniciar hidratación basal intravenosa con cristaloideos (SF + D5%), de acuerdo a condiciones pre-existentes (según fórmula de Holliday-Seeguer).<br>• Aislamiento de los mosquitos.<br>• Vigilancia clínica específica según el tipo de condición asociada.<br>• Tratamiento sintomático igual que para los casos ambulatorios.<br>• Dar la información oral y escrita sobre medidas de prevención y contraindicaciones a sus familiares. | <b>PRUEBAS DE LABORATORIO</b><br>Hemograma con plaquetas<br><b>INGRESA A SALA DENGUE</b><br><b>Iniciar tratamiento en DEP AO TRATAMIENTO.</b><br>• Administrar solo Solución Salina 0,9% o lactato Ringer 10ml/kg/hora por 1 hora. Reevaluar.<br>• Si persisten signos de alarma, repetir el procedimiento 1 o 2 veces más.<br>• 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.<br>• 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.<br>• Si hay un empeoramiento de los signos vitales y/o un aumento del Hto, manejarlo como dengue grave.<br>• Si hay un empeoramiento de los signos vitales y un descenso brusco del Hto., considerar hemorragias (ver dengue grave). | <b>PRUEBAS DE LABORATORIO</b><br>• Hemograma con plaquetas.<br>• Grupo Sanguíneo y Factor Rh.<br>• Funcional hepático crasis.<br>• Rx de Tórax y Ecografía Abdominal.<br>• Otros, según condición clínica asociada.<br><b>INGRESA A UCI/URE</b><br><b>TRATAMIENTO</b><br>Obtener Hto antes de hidratar al paciente.<br>• Iniciar Solución Salina 0,9 % o Rínger Lactato a 20 ml/kg en 15-30 minutos. Evaluar.<br>• 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 B2.<br>• Si el paciente no mejora y el Hto sigue alto repetir el procedimiento de hidratación (20 ml/kg 15-30 minutos). Reevaluar.<br>• Si mejora, seguir con cristaloideos 10 ml/kg en 1 hora y seguir como dengue con Signos de Alarma.<br>• Si no mejora el Hto sigue alto, administrar un tercer bolo de cristaloides y valorar función de bomba (miocarditis) y uso de drogas vasoactivas y corregir acidosis. Si no mejora iniciar coloides, 10-20 ml/kg en 30-60 minutos. |
| <b>Coordinar seguimiento Ambulatorio Tarjeta dengue</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Ingresa a sala de dengue o área de observación Según disponibilidad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Mejora Ingres a sala dengue</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>No mejora Dengue grave ingresa URE/UCI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Comorbilidad:</b> embarazo, menor 2 años, obesidad, desnutrición, Diabetes, asma, cardiopatías, coagulopatías y otras condiciones crónicas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

## **INTERNACIÓN EN SECTOR DE CUIDADOS MODERADOS**

**ACTUACIÓN EN CASO DE BROTE EPIDÉMICO** (dos o más casos autóctonos confirmados)

### **FLUJOGRAMA DE CASOS SOSPECHOSOS DE ETAa**

La admisión hospitalaria de los casos A (color verde) se realizará para optimizar el diagnóstico y tratamiento de los casos. De ocurrir un cambio en la situación epidemiológica con aumento de los casos, estos niños se manejarán en forma ambulatoria con seguimiento estricto. Se coordinará con SAME 105 y la RAP.

En el **sector de Aislamientos del segundo piso** ingresarán los pacientes con probable **Chikungunya, Zika y Dengue clasificados como Grupo A** (sin signos de alarma ni condiciones coexistentes de riesgo) **y B1** (sin signos de alarma pero con condiciones coexistentes y/o riesgo social). Las habitaciones cuentan con todas las medidas necesarias para evitar la exposición del paciente al vector.

Los pacientes con **Dengue** clasificados como del **grupo B2** deberán ingresar al sector de Cuidados Intermedios (CI); de no ser esto posible ingresarán al sector del tercer piso, ala oeste, dotado de los recursos materiales y humanos necesarios para el tratamiento de estos pacientes. En ese sector, deberá existir un enfermero cada 3 niños para poder cumplir con los controles requeridos en esta situación clínica.

Los pacientes de alta de UCIN (grupo C estables) ingresarán a este sector.

En caso de **dengue Grupo C** ingresará a **unidad de reanimación y estabilización (URE) o cuidados intermedios o UCI**.

## PLAN DE ACTUACIÓN

### Conducta al ingreso

Se aplicarán las directivas pautadas para el plan de contingencia.

En todo niño que ingresa al CHPR, desde el momento en que se plantea presente una ETAa, será una **prioridad el evitar su contacto con mosquitos**, para ello:

- deberá aplicarse repelente en toda la superficie cutánea que no quede cubierta por ropa
- se le deberá colocar el tul mosquitero, que se mantendrá hasta 24 hs luego de ceder la fiebre en el caso de dengue y hasta 7 días de enfermedad en el caso de Zika.
- deberá ubicarse en las habitaciones acondicionadas a tal fin (con pastillas repelente termoevaporables y mosquiteros en las ventanas)

**Todas las medidas posibles tendientes a mantener al niño con sospecha de ETAa lejos del mosquito, deben cumplirse en todo momento, incluso cuando el niño es trasladado de un sector del hospital a otro.**

A todos los pacientes con sospecha de ETAa al ingreso además:

- Deberá realizarse un hemograma (a excepción de los pacientes que ya se les hubiera hecho en el Departamento de Emergencia)
- Deberá confirmarse la notificación al Departamento de Vigilancia en Salud del MSP, siendo una enfermedad de denuncia obligatoria dentro de las 24 horas de identificada la sospecha del caso.
- Si no se ha realizado, deberá realizarse por las siguientes vías:
  - . telefónica (guardia de división epidemiología del MSP) 24091200; o por . fax 240858 38; o
  - . vía electrónica: [vigilanciaepi@msp.gub.uy](mailto:vigilanciaepi@msp.gub.uy)
  - . web: [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

En los casos de sospecha de microcefalia por virus Zika, se confirmará que se haya realizado el reporte siguiendo la Ordenanza Ministerial Nº 447 (12/08/09) al mail [congénitos@msp.gub.uy](mailto:congénitos@msp.gub.uy) o por FAX al 24085838, utilizando la ficha de Notificación en Menores de 1 año, diseñada para tal fin.

- Se debe entregar a cada paciente la tarjeta de seguimiento de pacientes sospechosos de dengue.
- Confirmar que se haya realizado la extracción de muestras para búsqueda etiológica de ETAa.
- El personal médico deberá completar la planilla de control de síntomas y signos cada 6 horas en el caso de pacientes B1 con riesgo social, cada 3 horas en los B1 con comorbilidades o condiciones de riesgo y en forma horaria en caso de B2. El balance hídrico se realizará cada 6 horas en todos los pacientes.
- El personal de enfermería deberá completar la planilla de control diseñada para este fin con una frecuencia variable de acuerdo a la gravedad del paciente (mínimo dos veces por turno en B1 y horario en B2)
- Realización de hemograma diario hasta 48 hs en apirexia

**Otras consideraciones:**

- No usar aspirina ni otros AINES (dipirona, ibuprofeno, ketoprofeno)
- No administrar medicación intramuscular o rectal
- No está indicado el uso de corticoides y antibióticos para Dengue.

**En casos de sospecha de Dengue además:**

**Grupo A (en caso de que ingrese) y Grupo B 1**

- Reposo en cama

- En caso de prurito cutáneo, realizar medidas locales como baño con esponjas frías para alivio del mismo. Si esto no es efectivo se pueden utilizar antihistamínicos. Recordar que el prurito en el dengue suele durar entre 36 a 72 horas.
- Líquidos abundantes por vía oral (leche, jugos de frutas naturales, con precaución en diabéticos), suero oral (sales de rehidratación oral SRO 75). Se debe tener precaución con el uso de agua sola, ya que puede causar desequilibrio hidro-electrolítico.
- Si no tolera la vía oral o bebe poco líquido, hidratar por vía IV a dosis de mantenimiento. Se debe comenzar la terapia con líquidos intravenosos con solución salina normal al 0,9% o lactato Ringer con dextrosa al 2% o sin ella. Deben evitarse las soluciones hipotónicas.

Volúmen por hora (Fórmula de Holliday Segar):

4 cc/kg/hora - hasta 10 kg de peso

40 cc/hora + 2 cc/kg/hora - si el peso esta entre 11 y 20 kg

60 cc/hora + 1 cc/kg/hora – si el peso del niño es mayor de 20 kg

- Se debe reiniciar la vía oral tan pronto sea posible.
- Antipirético y analgésico: Paracetamol 10 a 15 mg/Kg/dosis, hasta cada seis horas. Utilizar además medidas físicas. Solo en casos de niños hospitalizados con antecedente de convulsión febril o extremo disconfort por la fiebre puede utilizarse dipirone 10-15 mg/Kg/dosis.
- Si vómitos: ondansetrón 0,15/mg/kg dosis IV., cada 8 horas (dosis máxima 4 a 8 mg cada 8 horas), o domperidona: 0.3 mg/Kg/dosis (una gota/Kg/dosis). Dosis máxima: 10 mg cada 6 horas. **Si los vómitos son reiterados, se considera signo de alarma y pasa a clasificarse como B.**
- Re-evaluar de acuerdo a evolución clínica. Sí durante la re-evaluación se detectan signos de alarma pasa a Grupo B2

**Grupo B2:** con signos de alarma en Dengue

- Estabilizar al paciente, en el lugar del diagnóstico y asegurar que se mantenga estable hasta que sea ubicado en el lugar de internación definitivo.
- Obtener hemograma completo (hematocrito, plaquetas y leucocitos) antes de hidratar al paciente. Considerar realizar exámenes de laboratorio (si no se realizaron en Urgencias, funcional hepático, crisis sanguínea, medio interno y otros en función de manifestaciones clínicas).
- *El no disponer de un hematocrito no debe retrasar el inicio de la hidratación*

**Reposición en las primeras horas:**

- Administrar líquidos IV: Suero Fisiológico o Lactato Ringer, una carga de 10 ml/Kg/hora por 1 hora. REEVALUAR, clínicamente y nuevo hemograma.

**Reposición en las horas siguientes:**

**1- Paciente que mejora clínicamente:**

- Continuar con Solución Salina o Lactato Ringer  
  
7 ml/Kg/hora ( $\leq 15\text{Kg}$ ) o 5 ml/Kg/hora ( $> 15\text{Kg}$ ) por 1-2 horas  
  
5 ml/Kg/hora ( $\leq 15\text{Kg}$ ) o 3 ml/Kg/hora ( $> 15\text{Kg}$ ) por 1-2 horas
- Si continúa estable, continuar con volumen de mantenimiento (fórmula de Holliday Seagar).
- Reiterar hematocrito a las 6 horas del primero. Al estar el paciente mejor clínicamente es esperable que el hematocrito se encuentre igual o en descenso. Si se mantiene clínicamente estable, con mejoría mantenida, reiterar Hto a las 12 hs y posteriormente en forma diaria, hasta el egreso.

- Un aumento o un hematocrito persistentemente elevado conjuntamente con signos vitales inestables (como pulso débil) indica la existencia de una extravasación plasmática activa y la necesidad de administrar un mayor número de expansiones.
- Sin embargo, un aumento o un hematocrito persistentemente elevado conjuntamente con signos vitales estables y adecuada diuresis no requiere un mayor número de expansiones. En este caso, continuar monitoreando de manera cercana y es de esperarse que el hematocrito descienda dentro de las siguientes 24 horas y la extravasación de plasma se detenga.
- La disminución del hematocrito (por ejemplo de 50% a 40% o a un valor menor al hematocrito basal del paciente) conjuntamente con signos vitales inestables (taquicardia, pulso débil, acidosis metabólica u oliguria) puede indicar una hemorragia severa.
- Por otro lado, el descenso del hematocrito junto en un paciente hemodinámicamente estable, con adecuada diuresis, indica hemodilución y/o reabsorción del fluido extravasado, en este caso la reposición de fluidos agresiva debe ser discontinuada para evitar edema pulmonar.

## **2- Paciente que no mejora (sin shock)**

- Nueva carga de Suero Fisiológico a 10 ml/Kg en una hora por 1 o 2 hs
- Obtener nuevo hematocrito.
- Hematocrito en descenso en un paciente sin mejoría clínica puede corresponder a sangrado, si este no es evidente pensar en sangrados ocultos.
- Si el paciente mejora continuar con disminución progresivo del aporte IV como en el punto 1.

- Si no mejora, considerar el paciente como dengue C (ver manejo Grupo C en UCI)
- Laboratorio:
  - Hematocrito y hemoglobina al ingreso, después de reemplazar fluidos y luego cada 6-12 horas o antes si fuera necesario
  - Plaquetas cada 24 horas o antes según sangrado moderado o grave persistente (incluir crisis sanguínea)
  - Urea, creatinina
  - Funcional y enzimograma hepático con albuminemia
  - Gasometría venosa
  - Ácido láctico
  - Crisis sanguínea
  - Ionograma, glicemia
  - Proteína C reactiva
  - Orina simple si es necesario
  - Ecografía tóraco-abdominal
  - Radiografía de tórax seriada según indicación clínica
  - Valorar ecocardiograma y enzimas cardíacas
- **Monitoreo estricto:**
  - Signos vitales c/15-30 minutos, hasta estabilización
  - Balance hídrico y diuresis
- Reiniciar la vía oral apenas sea posible

- Hemorragias moderadas con Hto y Hb estables: se tratan con soluciones cristaloides

La mejoría está indicada por:

- Presión arterial normal, perfusión adecuada, sensorio normal.
- Diuresis adecuada (0.5 a 3 ml/Kg/hora).
- Disminución del hematocrito por debajo del valor de base en un paciente estable

Criterios de alta: deben estar todos presentes

- Ausencia de fiebre por 48 hrs
- Ausencia de dificultad respiratoria
- Mejoría del estado clínico
- Plaquetas más de 50.000 y en ascenso
- Hematocrito estable sin hidratación parenteral

**Previo al alta se debe recomendar:**

Buscar y eliminar los criaderos de mosquitos en la casa del paciente y sus alrededores.

Usar mosquiteros y repelente.

Entregar al cuidador información sobre la enfermedad, signos de alarma y tratamiento por la presentación de otros casos en la familia.

Entregar tarjeta de seguimiento de pacientes con dengue.

Identificar cuál va a ser el adulto entrenado en cuidados de dengue, que siempre va a ser necesario para vigilar al niño.

Es imprescindible establecer el seguimiento de los casos sospechosos de dengue en el primer nivel de atención. Al alta inicialmente la Unidad de Derivación y Enlace coordinará quien realizará el seguimiento de estos niños (Equipo asistencial de primer nivel, Plan Aduana, Programa de seguimiento de niños de Alto Riesgo) según cada situación clínica.

### **Criterios de pase a UCIN**

#### **Grupo C: Formas graves de Dengue**

Las formas graves se definen por uno o más de los siguientes criterios:

- shock descompensado por extravasación del plasma
- acumulación de líquido con dificultad respiratoria
- sangrado profuso que sea considerado clínicamente importante por los médicos tratantes
- compromiso grave de órganos.
  - Sospecha de disfunción miocárdica (en paciente que no mejora con la hidratación adecuada, hipotensión, bradicardia o alteración de la fracción de eyección en ecocardiograma)
  - Disminución de la diuresis con aporte hídrico adecuado
  - Ictericia, enzimas hepáticas elevadas más de 4 veces del valor de referencia
  - Alteraciones de la coagulación (TP o KPTT)
  - Alteración de conciencia, convulsiones.
  - Alteraciones ECG

PLAN DE CONTINGENCIA DE DENGUE. 2017. PLANILLA DE CONTROL MEDICO, PACIENTES  
INGRESADOS EN SECTOR DE CUIDADOS MODERADOS

Nombre: Dirección: Tel: Seccional:

CI: FN: Cama:

Estuvo fuera del país los últimos 15 días.....Fecha de ingreso a Uruguay...../...../....

Contacto cercano con enfermo con dengue.....Ciudad..... Barrio.....

Síntoma inicial:.....Día de inicio de primer síntoma...../...../.....Día de inicio de  
fiebre...../...../.....

Fecha de notificación al MSP...../...../..... Responsable de la notificación.....

| Días de internación |                  | 1° |   |   |   | 2° |   |   |   | 3° |   |   |   | 4° |   |   |   | 5° |   |   |   | 6° |   |
|---------------------|------------------|----|---|---|---|----|---|---|---|----|---|---|---|----|---|---|---|----|---|---|---|----|---|
|                     | Síntomas/signos  | M  | T | V | N | M  | T | V | N | M  | T | V | N | M  | T | V | N | M  | T | V | N | M  | T |
|                     | Fiebre           |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |
| SNC                 | Glasgow          |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |
|                     | Irritabilidad    |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |
|                     | Convulsiones     |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |
|                     | Erupción cutánea |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |
|                     | Petequias        |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |
|                     | Sangrado         |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |
| Dig                 | Vómitos          |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |
|                     | Dolor abdominal  |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |   |   |    |   |

SNC: sistema nervioso central. Dig: digestivo. Hemod: hemodinamia. PP: pleuropulmonar. Frec cardíaca: frecuencia cardíaca. T recoloración: tiempo de recoloración. PA: presión arterial. T°: temperatura. Sudorac: sudoración. Frec Resp: frecuencia respiratoria. Auscult: auscultación.

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA PLANILLA DE CONTROL MEDICO DE PACIENTES INGRESADOS EN SECTOR DE CUIDADOS MODERADOS

**Fiebre:** anotar temperatura de cada turno

**Glasgow:** anotar número

**Sangrados:** incluye epistaxis, gingivorragias, sangrado digestivo alto o bajo y genitorragia. Anotar si presenta o no, y de presentarlo, tipo de sangrado en el adverso de la hoja

**Vómitos:** En caso de presentarlos, anotar número de vómitos en las últimas 6 horas.

**Perímetro abdominal:** anotar en cm.

**Pulsos:** B: bueno, D: débil, A: ausente

**Temp de extremidades:** C: cálidas, F: frías

**Auscult resp:** si o no a la presencia de estertores, anotar cuales en adverso de la planilla

**Diuresis:** anotar la cantidad en ml, cuando el niño orine.

El resto de las variables se completan con si o no.

**PLAN DE CONTINGENCIA DE DENGUE. 2017**

## PLANILLA DE CONTROL ENFERMERÍA

### PACIENTES INGRESADOS EN SECTOR DE CUIDADOS MODERADOS

Nombre:

Cl:

Cama

[illegible]

La frecuencia de estos controles, variará y dependerá de la categorización del caso dengue (A, B1, B2 o C) durante su internación.

El balance hídrico se realizará cada 6 horas en los casos de B1, horario en los casos de B2.

### Valores de referencia de hematocrito y hemoglobina de acuerdo a la edad

|         | 15 días      | 3 meses    | 6 meses    | 1-2 Año    | 5 Años     | 10 Años    | Adulta   | Adulto     |
|---------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|------------|
| HTO     | 52 ± 8       | 37 ± 4     | 35 ± 4     | 36 ± 4     | 37 ± 4     | 40 ± 4     | 42 ± 6   | 46 ± 7     |
| HB      | 17 ± 3       | 11,5 ± 1,5 | 11,3 ± 1,5 | 11,8 ± 1,2 | 12,3 ± 1,2 | 13,2 ± 1,5 | 13,6 ± 2 | 15,3 ± 2,5 |
| Fuente: | FALLACE 2003 |            |            |            |            |            |          |            |

Si se cuenta con un hematocrito inicial (en el período febril), ese será el valor que debe utilizarse como referencia para ese paciente.

## **PLAN DE CONTINGENCIA DE DENGUE. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DE NIÑOS.**

- ✓ La unidad de cuidados intensivos ha acondicionado 3 unidades para el ingreso de pacientes con Dengue con medidas de aislamiento del paciente del vector.
- ✓ Se ha confeccionado una planilla de registro de síntomas de la enfermedad y monitorización de las funciones vitales.
- ✓ Se está capacitando al equipo de salud en las características clínicas y evolutivas de la enfermedad.

En esta unidad se asistirán los pacientes que se encuentren en la clasificación como Grupo C.

**DENGUE GRAVE:** Indicación de ingreso a terapia intensiva

Criterios- uno o más de los siguientes hallazgos:

- Shock descompensado por fuga de plasma
- Distress respiratorio por acumulación de líquidos
- Sangrado grave
- Daño orgánico importante

## **TRATAMIENTO**

El aislamiento del vector mosquito se debe mantener hasta luego de 24 horas en apirexia.

Denuncia epidemiológica (si no se realizó previamente).

En los casos en los que el paciente presente signos de gravedad, se debe expandir enérgicamente al paciente y evaluar estrechamente su evolución controlando:

- Signos vitales,
- Tiempo de llenado capilar,
- Hematocrito,

- Diuresis
- Elementos de sobrecarga hídrica

Paraclínica: hemograma, ionograma, albuminemia, funcional hepático, Rx de tórax, de acuerdo a la evolución Ecocardiograma, Ecografía de tórax

Obtener hematocrito antes de expandir al paciente

- Iniciar SF o Ringer Lactato a 20 ml/Kg en 15 – 30 minutos. Evaluar
- Si el paciente mejora, seguir con SF o RL a 10 ml/Kg por 1 hora. Si mantiene estabilidad continuar reducción de aporte IV como en el paciente B2.
- Si el paciente no mejora y el HTO sigue alto, repetir el procedimiento de expansión 20 ml/Kg- 15-30 minutos. Reevaluar
- Si mejora, seguir con cristaloides 10 ml/Kg en 1 hora y seguir como dengue con signos de alarma.
- Si no mejora y el HTO sigue alto, iniciar colides (albúmina), 10 a 20 ml/Kg en 30- 60 minutos. Reevaluar.
- Si mejora cambiar a cristaloides 10 ml/Kg en 1 hora y seguir como dengue con signos de alarma.
- Si no mejora continuar con coloides 10-20 ml/Kg en 1 hora. Reevaluar
- Si no mejora, considerar el uso de drogas vasoactivas. Ecocardiograma
- Si el paciente no mejora y el HTO baja indica sangrado y la necesidad urgente de transfundir con GR y eventualmente plaquetas.
- Tratamiento de hemorragias según criterio clínico.
- Para descender la temperatura se usará paracetamol a 10 mg/Kg cada 6 horas dosis máxima 500 mg. De no poder realizar medicación vía oral dipirona i/v a 10- 15 mg/Kg

Cuando el paciente no mejora con los primeros volúmenes de cristaloides y coloides tiene indicación de un monitoreo estricto de su volemia (PVC), diuresis horaria, PA invasiva, ecocardiograma para evaluar la contractilidad miocárdica.

De no lograrse la estabilidad hemodinámica se podrá requerir el uso de inotrópicos y o vasopresores.

No se debe realizar concentrados plaquetarios profilácticos, solo en la situación de sangrados importantes.

Se debe monitorear las funciones de órganos, función renal, hepática, respiratoria y actuar de acuerdo a cada falla.

De acuerdo a la bibliografía no está indicado el uso de corticoides.

Recordar la posibilidad de infección bacteriana fundamentalmente en la etapa de recuperación con signos como: fiebre, leucocitosis, PCR aumentada.

Signos de mal pronóstico y causa de muerte: shock refractario, FOMS.

### **Tratamiento de las complicaciones**

Falla cardíaca: inotrópicos y vasodilatadores.

Falla respiratoria, edema pulmonar: CPAP precoz.

Síndrome compartimental abdominal: paracentesis.

### **Condiciones al alta**

- Ausencia de fiebre durante 24 horas sin el uso de antipiréticos
- Mejoría evidente del cuadro clínico, hemodinamia estable
- Hematocrito en valores estables
- Recuento planetario superior a 50.000/mm<sup>3</sup>
- Ausencia de distress respiratorio

## **LABORATORIO PARA DIAGNÓSTICO DE ETAa**

### **Obtención de muestras para diagnóstico de ETAa**

Los procedimientos técnicos utilizados son técnicas inmunológicas y/o moleculares. Es el laboratorio el que decide que técnicas realizará de acuerdo a la fecha de la toma de la muestra y a la fecha del inicio de los síntomas.

Cada muestra debe estar bien rotulada y acompañada de una copia del formulario de notificación de casa sospechoso con los datos epidemiológicos completos (imprescindible que conste la fecha de inicio de los síntomas y la fecha de toma de la muestra).

Se deberá enviar una muestra de sangre en 2 tubos sin anticoagulante, 3 mL es suficiente, el mínimo es 1 mL. Si se sospecha Zika enviar muestra de orina.

Las muestras se recibirán en el laboratorio del CHPR, durante las 24 hs. los 7 días de la semana.

En caso de sospecha de dengue, en el laboratorio de CHPR se realizará por métodos inmunocromatográficos, validados a nivel nacional por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP), la detección de antígeno NS1 de virus dengue y la detección de IgM e IgG antiviral dengue.

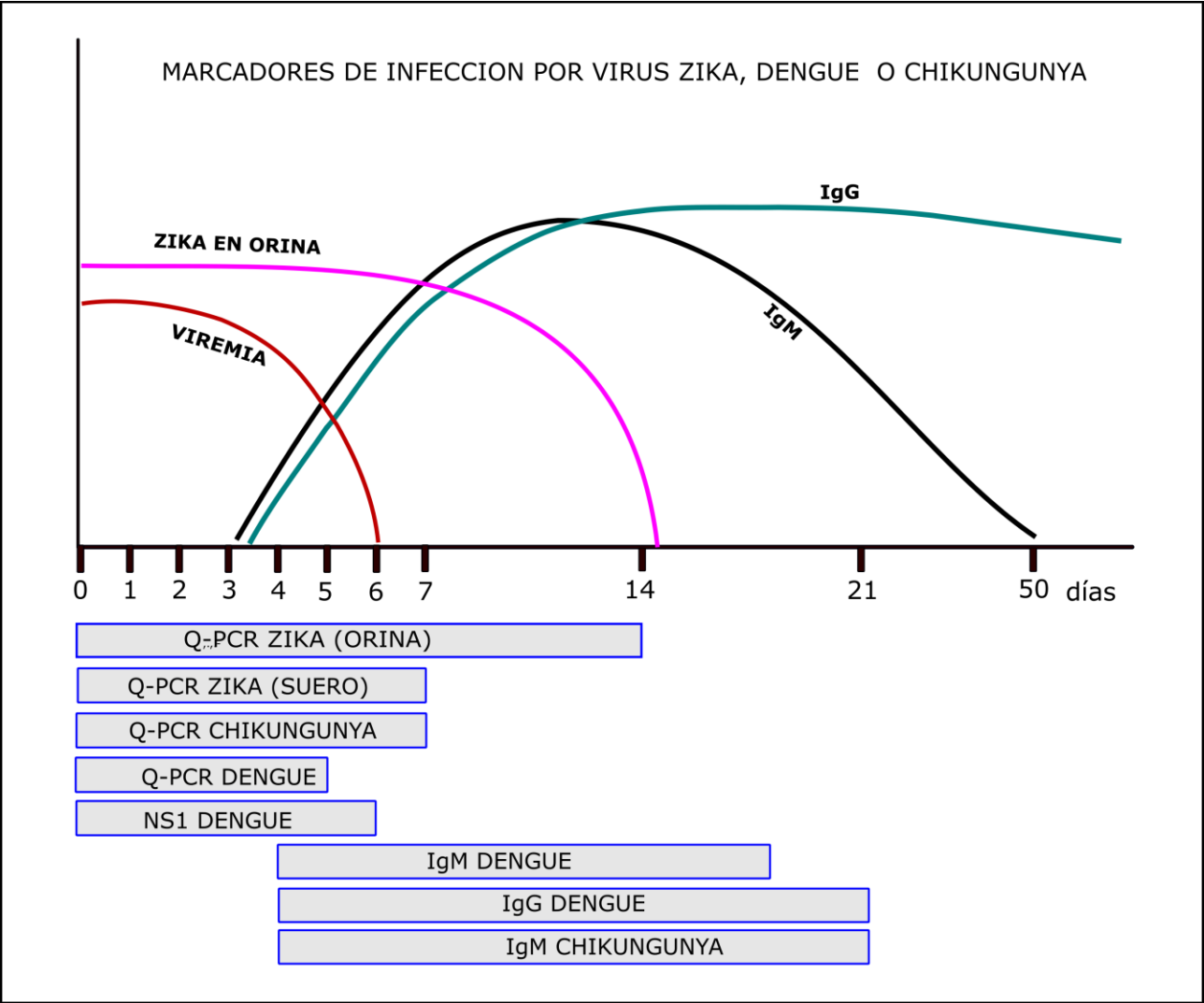
El resultado se subirá al sistema informático de laboratorio (SIL) a la brevedad y estará disponible para su consulta por Intralab.

El laboratorio de biología molecular del CHPR recibirá el tubo de sangre y la muestra de orina (cuando corresponde) desde la sección emergencia y realizará la determinación de Dengue, Chikungunya y Zika en el correr de las mañanas de lunes a viernes, registrando el resultado validado en el SIL, quedando disponible para consulta en el Intralab.

Las muestras se enviarán además al DLSP, para estudios epidemiológicos y confirmación diagnóstica.

El personal administrativo del laboratorio de emergencia ingresará los datos del caso al sistema informático del DLSP y coordinarán el envío de la muestra a dicho laboratorio. Es el Departamento de Patología Clínica el responsable de coordinar el transporte de las muestras en condiciones de bioseguridad (triple empaque) y en condiciones de refrigeración (4º - 8º C).

Estos resultados se incorporarán al SIL por parte del sector de microbiología una vez recibidos, quedando disponibles en el módulo de consulta de Intralab.



## ACTIVIDADES PARA CONTROL DEL VECTOR

A nivel hospitalario se realizarán acciones para control del vector, siguiendo el concepto de control integrado de vectores (CIV), cuyas características son:

- Efectividad
- Eficiencia
- Oportunidad
- Adecuado a la situación y ambiente
- Bajo impacto negativo al ambiente
- Racionalidad de planteo y ejecución

**a. Control por manejo ambiental:** ordenamiento del ambiente intra y perihospitalario evitando tener depósitos (acúmulo de agua en azoteas, superficies con desagües insuficientes)

Promover reglas ambientales destinadas a impedir el acúmulo de agua en los distintos espacios del área hospitalaria.

**b. Tratamiento de residuos sólidos:** almacenamiento, recolección y eliminación adecuada, de residuos para disminuir el número de posibles criaderos.

Disminución al mínimo de la vegetación innecesaria.

**c. Control químico:**

- Tratamiento perifocal
- Tratamiento espacial: aplicación de insecticida en el predio peri- hospitalario

Preferiblemente respetar la hora de aplicación recomendada por la OPS/OMS (de 6 a 8.30 y 17 a 19.30 pm)

Se debe repetir la aplicación cada 3 días para cortar la transmisión

**d. Protección de ambientes interiores, individual y uso de repelentes:** se colocarán mosquiteros en todas las áreas y se supervisará el uso adecuado. Se instruirá, a usuarios y personal (en especial personal de limpieza) sobre la necesidad de mantener las aberturas cerradas (ventanas) en todo momento.

Se instruirá sobre el uso de repelentes.

## **ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CASOS**

- 1 – Presentación y difusión del Plan de Contingencia ETAa Hospital Pediátrico CHPR.
- 2 – Capacitación/Difusión a personal técnico.
- 3 – Puesta a punto Enfermedades Transmitidas por Aedes aegypti.
- 4 – Taller Manejo de casos sospechosos de ETAa.
- 5 – Difusión Guía de Manejo Clínico ETAa y otras arbovirosis.
- 6 – Capacitación sobre control del vector.

## **EDUCACIÓN PARA LA SALUD E INFORMACIÓN DE LOS USUARIOS**

- 1 – Información a usuarios mediante folletería.
- 2 – Gestión de la comunicación a la población (medios de prensa oral y escrita)
- 3 – Difusión de Información y Materiales de Educación en página web del CHPR
- 4 – Difusión de material didáctico mediante cartelería y pantallas en salas de espera

# Anexo 1. Formulario de Notificación de casos de ETAa

|                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                  |  |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|
|  <p><b>Ministerio de SALUD</b></p> | <p align="center"><b>Dirección General de la Salud</b><br/><b>Departamento de Vigilancia en Salud</b></p> <p align="center"><i>Formulario de notificación e investigación epidemiológica</i></p> |  | <p align="center">FO- 13321-005</p> |
|                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                  |  | <p align="center">Página 1 de 1</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <p>Caso sospechoso de <b>DENGUE</b> <input type="checkbox"/> <b>CHIKUNGUNYA</b> <input type="checkbox"/> <b>ZIKA</b> <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         | SE:                                                                                                   | Fecha de notificación: ____/____/____                                     |                                                                        |
| Inicio de síntomas: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fecha consulta: ____/____/____                          | Internación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                  | Fecha ingreso: ____/____/____                                             |                                                                        |
| Institución:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Sector:                                                 | Tel:                                                                                                  | int:                                                                      |                                                                        |
| <p><b>Datos del caso</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
| 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 corresponde)                                               |                                                                        |
| Dirección:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Barrio:                                                 |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
| Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Localidad:                                              | Tel/cel:                                                                                              |                                                                           |                                                                        |
| <p><b>Datos del notificador</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
| Nombre y apellido:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Notifica como:                                          | Cel:                                                                                                  |                                                                           |                                                                        |
| <p><b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
| <p><b>Datos clínicos y epidemiológicos:</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
| 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"/> |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
| <p>¿Viajó o vive en áreas con circulación de Dengue/Chikungunya/Zika? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dónde: _____</p> <p>Fecha de regreso al país: ____/____/____</p>                                                                                                                                                             |                                                         |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
| <p>¿Recibió vacunación contra la fiebre amarilla? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____</p>                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
| <p>¿Cursó anteriormente alguna de éstas enfermedades? Dengue: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha aprox.: ____/____/____</p> <p>Chikungunya: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha aprox.: ____/____/____ Zika: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha aprox.: ____/____/____</p> |                                                         |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
| <p>¿Cursa embarazo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Trimestre: 1ero. <input type="checkbox"/> 2do. <input type="checkbox"/> 3ero. <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
| <p><b>Paraclínica:</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
| Hemograma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Leucocitos: ____/mm <sup>3</sup>                        | Plaquetas: ____/mm <sup>3</sup>                                                                       | Hematocrito: ____%                                                        |                                                                        |
| <p><b>Muestra de sangre enviada al Departamento de Laboratorios de Salud Pública</b><br/>(especifique para que enfermedad se registran los resultados)</p>                                                                                                                                                                                                 | Fecha toma de muestra                                   | ELISA IgM                                                                                             | ELISA IgG                                                                 | PCR VIRAL                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1° ____/____/____                                       | Reactivo <input type="checkbox"/><br>NO reactivo <input type="checkbox"/>                             | Reactivo <input type="checkbox"/><br>NO reactivo <input type="checkbox"/> | Positivo <input type="checkbox"/><br>Negativo <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2° ____/____/____                                       | Reactivo <input type="checkbox"/><br>NO reactivo <input type="checkbox"/>                             | Reactivo <input type="checkbox"/><br>NO reactivo <input type="checkbox"/> | Positivo <input type="checkbox"/><br>Negativo <input type="checkbox"/> |
| <p>¿Se implementaron medidas de aislamiento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
| <p><b>Evolución del caso</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
| <p>Requirió internación en CTI: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Egreso: alta <input type="checkbox"/> fallecimiento <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____</p>                                                                                                                                                             |                                                         |                                                                                                       |                                                                           |                                                                        |
| <p><b>Diagnóstico final:</b><br/>Clasificación (cuando corresponda):<br/>confirmado <input type="checkbox"/> descartado <input type="checkbox"/> incompletamente estudiado <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                    |                                                         |                                                                                                       | C.P.:                                                                     |                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                                                       | N° Reg:                                                                   |                                                                        |

Actualizado Enero 2016

## Anexo 2. Tarjeta de seguimiento de paciente con dengue.

| <p><b>RECOMENDACIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar mucho líquido: agua, jugo de fruta, suero de rehidratación, sopa, leche, té, mate</li> <li>• Guardar reposo</li> <li>• Descender la temperatura y/o calmar el dolor con PARACETAMOL (no superar nunca a las dosis máximas recomendadas por el médico)</li> </ul> <p><b>ATENCIÓN</b> En caso de presentar uno o más de los siguientes <u>signos de alarma</u> consulte a la brevedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor muy intenso y sostenido en el abdomen</li> <li>• Desaparición brusca de la fiebre</li> <li>• Sangrado por la nariz, boca u otro tipo de hemorragias</li> <li>• Disminución del volumen de orina</li> <li>• Vómitos frecuentes o con sangre</li> <li>• Dificultad para respirar</li> <li>• Agitación o somnolencia intensa</li> <li>• Sudor frío</li> <li>• Puntos o manchas rojas en la piel</li> <li>• Mareos frente a cambios de posición</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                | <div style="text-align: center; background-color: #d3d3d3; padding: 5px; border: 1px solid black;"> <b>TARJETA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES<br/>CON SOSPECHA DE DENGUE</b> </div> <div style="text-align: right; padding: 5px;">  </div> <p>Nombres: _____</p> <p>Apellidos: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: ____/____/____</p> <p>Domicilio: _____</p> <p>Institución: _____</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">PRESENTE ESTE CARNET EN CADA CONSULTA</p> |                               |                                |           |        |        |        |        |         |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                 |                               |                                |           |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------|--------|--------|--------|--------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------|-------|----------------|--|--|--|-------|----------------|--|--|--|-------|----------------|--|--|--|-------|----------------|--|--|--|-------|----------------|--|--|--|
| <p>Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____</p> <p>Notificación al MSP: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Fecha: ____/____/____</p> <p>Datos complementarios:</p> <p>Control de signos vitales:</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>1º día</td> <td>2º día</td> <td>3º día</td> <td>4º día</td> <td>5º día</td> <td>6º día</td> <td>7º día</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">PA mmHg</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">TAX sc</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1º día                        | 2º día                         | 3º día    | 4º día | 5º día | 6º día | 7º día | PA mmHg |  |  |  |  |  |  |  | TAX sc |  |  |  |  |  |  |  | <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Exámenes paraclínicos</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 20%;">Hematocrito (%)</th> <th style="width: 20%;">Plaquetas (/mm<sup>3</sup>)</th> <th style="width: 20%;">Leucocitos (/mm<sup>3</sup>)</th> <th style="width: 25%;">Serología</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fecha</td> <td colspan="4">____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Fecha</td> <td colspan="4">____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Fecha</td> <td colspan="4">____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Fecha</td> <td colspan="4">____/____/____</td> </tr> <tr> <td>Fecha</td> <td colspan="4">____/____/____</td> </tr> </tbody> </table> |  | Hematocrito (%) | Plaquetas (/mm <sup>3</sup> ) | Leucocitos (/mm <sup>3</sup> ) | Serología | Fecha | ____/____/____ |  |  |  | Fecha | ____/____/____ |  |  |  | Fecha | ____/____/____ |  |  |  | Fecha | ____/____/____ |  |  |  | Fecha | ____/____/____ |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1º día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2º día                        | 3º día                         | 4º día    | 5º día | 6º día | 7º día |        |         |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                 |                               |                                |           |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |
| PA mmHg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                |           |        |        |        |        |         |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                 |                               |                                |           |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |
| TAX sc                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                |           |        |        |        |        |         |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                 |                               |                                |           |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Hematocrito (%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Plaquetas (/mm <sup>3</sup> ) | Leucocitos (/mm <sup>3</sup> ) | Serología |        |        |        |        |         |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                 |                               |                                |           |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                |           |        |        |        |        |         |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                 |                               |                                |           |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                |           |        |        |        |        |         |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                 |                               |                                |           |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                |           |        |        |        |        |         |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                 |                               |                                |           |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                |           |        |        |        |        |         |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                 |                               |                                |           |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                |           |        |        |        |        |         |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                 |                               |                                |           |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |       |                |  |  |  |

