

SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO Y ZIKA (SFAIYZ)

PROVINCIA DE CÓRDOBA 2023/2024

El presente documento está basado en recomendaciones de OPS, Nacionales y Provinciales.

Introducción

Los brotes de arbovirosis transmitidas por el mosquito *Aedes aegypti* generan sobrecargas de los sistemas salud y esta situación se puede tornar aún más grave con el incremento significativo de casos que se presenta en cada temporada y la transmisión simultánea de dengue, chikungunya y/o zika. La organización de los servicios de salud para la rápida detección y atención oportuna de pacientes con dengue u otras arbovirosis reduce el riesgo de complicaciones y muerte de las personas afectadas.

En esta etapa, en la que se observa un incremento de casos en la región, además de reforzar las medidas preventivas para reducir los riesgos de propagación de las arbovirosis, es fundamental que los municipios den continuidad a las actividades esenciales de control del *Aedes aegypti*.

Por lo anterior, se describen a continuación, un conjunto de recomendaciones para los equipos de control de vectores, agentes de salud y población. Estas recomendaciones se basan en la evidencia científica actualmente disponible, y se exponen con la expectativa de que todas las intervenciones y acciones de control de vectores sean acompañadas de una campaña de comunicación para la población, en la que se promuevan las medidas de prevención, enfatizando la necesidad de la consulta ante la aparición de síntomas, la identificación y consulta urgente ante signos de alarma, las acciones de control del vector y las medidas de protección personal.

Acciones a realizar en etapa pre-brote

Prevención y control del vector

Cada municipio deberá realizar una **estratificación de riesgo para dengue** a fin de orientar las medidas de prevención y control del vector. Para ello, se utilizará información histórica del lugar a fin de priorizar las intervenciones con base en la identificación de áreas con mayor potencial de transmisión (alta densidad del vector, introducción y/o recirculación de nuevos serotipos del DENV).

Durante esta etapa es necesario intensificar las medidas de saneamiento ambiental de los espacios públicos y privados. Asimismo, el control y la eliminación (de ser posible) de objetos potenciales criaderos de mosquitos en los domicilios y peridomicilios así como en sitios críticos y predios estratégicos (cementeros, basurales). Es importante destacar que se deben fortalecer las actividades de prevención en establecimientos de alto riesgo (geriátricos y comunidades cerradas, unidades de salud y hospitales).

Las acciones de prevención en cuanto a la vigilancia entomológica y la eliminación de objetos potenciales criaderos de mosquitos es de competencia municipal, pudiendo solicitar al nivel provincial las capacitaciones y asistencia que requieran.

Las medidas de control se llevarán a cabo de acuerdo con la sospecha clínica y la epidemiología, y deben ser ejecutadas por el municipio correspondiente o, en caso de ser necesario, solicitar asistencia al Departamento de Zoonosis de la Dirección de Jurisdicción de Epidemiología de la provincia.

Es responsabilidad de esta Dirección monitorear y verificar que se hayan tomado todas las medidas de prevención y control. Además, se hará responsable de centralizar la información de todos los centros de salud y de laboratorio, elaborar informes periódicos y difundir la información.

Atención al paciente

La detección temprana y la rápida atención médica a los pacientes con dengue grave u otras arbovirosis, ayudaran a reducir las complicaciones y por ende la letalidad. Para esto es fundamental incentivar una consulta temprana y preparar los equipos de salud y el sistema sanitario para una posible co-circulación de más de un arbovirus.

Vigilancia epidemiológica y laboratorial

En esta etapa es fundamental intensificar la vigilancia epidemiológica y laboratorial. Esta vigilancia tiene como objetivo detectar precozmente casos y brotes de estas enfermedades para la toma de decisiones y acciones oportuna.

Implementación de la vigilancia:

Para su correcto funcionamiento es necesaria una coordinación del nivel central con los niveles locales, y de estos entre sí, para:

1. Establecer referentes en cada nivel.
2. Unificar criterios epidemiológicos y operacionales para tomar las medidas correctas de prevención y control.
3. Identificar los distintos actores que llevarán a cabo las acciones de prevención y control de foco.

Proceso de notificación:

Es responsabilidad del agente de salud tanto del sector público como privado que, ante la sospecha clínica de un caso, según Ley 15.465, lo notifique de manera inmediata a su jefe/a inmediato/a superior y al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0.).

Además, toda muestra que sea derivada al Laboratorio Central de la Provincia de Córdoba deberá ser acompañada de la ficha epidemiológica específica completa. Los casos confirmados o sospechosos que requieran internación o que fallezcan también deberán ser notificados a la Dirección de Jurisdicción de Epidemiología de manera inmediata: Departamento de Zoonosis (351-8191370) o a la guardia de Epidemiología (351-3463803).

Instrumentos de notificación:

Ficha de notificación B1: deberá completarse y enviar junto con la muestra al laboratorio y en caso de pacientes internados y fallecidos al Departamento de Zoonosis.

Ficha de notificación RN/Aborto/Mortinato: se completará y enviará ante caso de síndrome congénito, aborto o muerte fetal con sospecha de asociación a la infección por Zika.

Ficha de notificación de Síndrome de Guillain Barré asociado a infección por virus Zika: Se completará y enviará ante caso sospechoso de SGB asociado a Zika.

Toma y conservación de muestra: (ver nota Laboratorio Central)

Toda muestra debe ser acompañada de su ficha epidemiológica específica COMPLETA. Recordar que las muestras de suero deben ser tomadas siempre en tubos vacutainer y que, si es temprana, corresponde tomar una segunda muestra. Todas las muestras, independientemente del tipo de que se trate, deben ser conservadas a temperaturas entre 4º y 8ºC. Se debe tomar una muestra por cada diagnóstico solicitado, a excepción para las arbovirosis, que se podrá tomar una sola muestra, siempre y cuando sea suficiente. Los tubos vacutainer y las etiquetas podrán ser solicitados al Laboratorio Central de la Provincia.

Diagnóstico sospechado	Tipo de muestra	Cantidad y medio de transporte	Observaciones
Dengue Chikungunya Hantavirus Fiebre amarilla Leptospirosis	Suero obtenido en forma estéril	5-7 ml en tubo vacutainer	En muestras tempranas (menos de 5 días de evolución) se enviará una 2ª muestra tomada a los 15-20 días de la primera.
Encefalitis por flavivirus	LCR y suero obtenido en forma estéril	LCR en tubo estéril Suero: 5-7 ml en tubo vacutainer	
Fiebre Hemorrágica	Suero obtenido en forma estéril	5-7 ml en tubo vacutainer	Se debe enviar 2ª muestra tomada entre los 45 y 60 días del alta del paciente.
Paludismo	Gota Gruesa y frotis de sangre periférica	2 láminas	
Rubéola Sarampión	Suero obtenido en forma estéril a partir del 5º día del exantema Orina hasta el día 14 de iniciado los síntomas.	Suero: 5-7 ml en tubo vacutainer Orina: 5-7 ml en frasco estéril	En caso de poseer nexo epidemiológico se deberá tomar la muestra al primer contacto con el paciente
Rickettsia	Suero LCR Biopsia de lesión Contenido de pústula	Suero: 5-7 ml en tubo vacutainer. LCR: en tubo estéril Biopsia: en frasco estéril Contenido de Pústula: tubo estéril o hisopos	Garrapatas en tubo estéril enviado de manera inmediata o conservadas en etanol al 70%
Zika Zika en embarazada	Suero obtenido en forma estéril Orina Líquido amniótico (LA). Solo por sugerencia obstétrica y en caso de niño/a con malformación detectada por	Suero: 5-7 ml en tubo vacutainer Orina: 5-7 ml en frasco estéril LA: 0,5 a 1 ml en tubo estéril	En muestras tempranas (menos de 5 días de evolución) se enviará una 2ª muestra tomada a los 15-20 días de la primera.
Zika en recién nacido (RN) con malformación congénita o sin malformación pero con madre sospechosa, probable o confirmada para		Suero: 5-7 ml en tubo vacutainer Suero del cordón o del RN: 0,5-1 ml en tubo vacutainer LCR: 0,5 ml en tubo estéril. Orina: 5-7 ml en frasco estéril Placenta y cordón: 3x3 cm (aprox.) en tubo estéril (sin el agregado de ningún medio y/o conservante). Derivar inmediatamente refrigerado.	
SGB asociado a zika		Suero: 5-7 ml en tubo vacutainer LCR en tubo estéril Orina: 5-7 ml en frasco estéril	En muestras tempranas (menos de 5 días de evolución) se enviará una 2ª muestra de suero tomada a los 15-20 días de la primera. Orina: muestras de pacientes con menos de 16 días de evolución.
Zika en paciente fallecido aborto o mortinato		Placenta y cordón: 3x3 cm (aprox.) en tubo estéril (sin el agregado de ningún medio y/o conservante). Derivar inmediatamente refrigerado.	

Definiciones operacionales

Caso sospechoso de síndrome febril: Persona que presente fiebre (38ºC o más), de menos de 7 días de duración, mialgias, artralgias y cefalea, sin afección de las vías respiratorias y sin etiología definida.

Caso sospechoso de Dengue y Chikungunya: Persona que presente fiebre (38ºC o más), de menos de 7 días de duración y dos o más de los siguientes síntomas: mialgias, artralgias, cefalea y/o rash, sin afección de las vías respiratorias y sin etiología definida.

Vigilancia de la infección por el virus Zika como síndrome febril agudo inespecífico (por transmisión vectorial o sexual)

Caso sospechoso de Zika en áreas con circulación viral (OPS/OMS modificado): Paciente que presente exantema (habitualmente maculo-papular pruriginoso) y dos o más de los siguientes signos o síntomas: Fiebre (generalmente $<38,5^{\circ}\text{C}$), conjuntivitis (no purulenta/hiperemia), artralgias, mialgia, edema periarticular.

Caso sospechoso de Zika en áreas sin circulación viral (OPS/OMS modificado): Paciente que presente exantema (habitualmente maculo-papular pruriginoso) y dos o más de los siguientes signos o síntomas: Fiebre (generalmente $<38,5^{\circ}\text{C}$), conjuntivitis (no purulenta/hiperemia), artralgias, mialgia, edema periarticular y:

- que en las 2 semanas anteriores a la aparición de los síntomas tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión local del virus de Zika o
- tenga antecedente de contacto sexual sin protección en las 2 semanas previas a la aparición de los síntomas, con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión local del virus de Zika.

Paciente fallecido sospechoso de Zika: paciente fallecido que cumple con la definición de caso sospechoso.

Caso sospechoso de SGB asociado a Zika (OPS-OMS modificado): Paciente que presente los siguientes signos y síntomas (nivel 3 de los criterios de Brighton):

- Debilidad bilateral y flácida de los miembros; y reflejos tendinosos profundos disminuidos o ausentes en los miembros con debilidad;
- Enfermedad monofásica; intervalo entre el inicio y el nadir de la debilidad entre 12 horas y 28 días; y posterior fase de meseta clínica;
- Ausencia de una causa alternativa que justifique la debilidad y:
 - con antecedente de residencia o viaje reciente a un área con circulación del virus del Zika, o
 - que haya tenido contacto sexual sin protección con persona con antecedente de residencia o viaje en el último mes a un área de circulación del virus del Zika.

Caso sospechoso de Zika en mujeres embarazadas en áreas con transmisión vectorial comprobada de virus del Zika: mujer embarazada que presente exantema y al menos dos o más de los siguientes signos o síntomas: Fiebre (generalmente $<38,5^{\circ}\text{C}$), conjuntivitis (no purulenta/hiperemia), artralgias, mialgia, edema periarticular.

o mujer embarazada asintomática en la cual se constate hallazgo ecográfico de microcefalia, u otras anomalías cerebrales y de otras estructuras intracraneanas fetales descriptas en relación con la infección por Zika. Estos son:

- calcificaciones cerebrales
- hiperecogenicidad periventricular o focales dispersas
- ventrículomegalia/ hidrocefalia
- megacisterna magna
- disgenesia cerebelosa
- disgenesia de cuerpo calloso
- atrofia cerebral (adelgazamiento del parénquima).

Caso sospechoso de Zika en mujer embarazada en áreas sin circulación viral: mujer embarazada que cumpla los criterios de caso sospechoso de enfermedad por virus del Zika (en mujeres embarazadas de áreas con transmisión); y:

- que en las 2 semanas anteriores a la aparición de los síntomas tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión local del virus del Zika; o
- tenga antecedente de contacto sexual sin protección en las 2 semanas previas a la aparición de los síntomas, con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión local del virus del Zika.

Caso de Síndrome congénito sospechoso de estar asociado a Zika: Recién nacido vivo que presente microcefalia (medida de perímetro cefálico por debajo de -2 desvíos estándar a las 24 horas post-parto, según referencias estandarizadas de acuerdo edad gestacional y sexo) u otra malformación congénita del sistema nervioso central y cuya madre, durante el embarazo,

- que haya tenido antecedente de residencia o viaje a un área con circulación del virus del Zika, o haya tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja con antecedente de residencia o viaje a un área con circulación del virus del Zika. Recuerde que este niño deberá notificarse a la Red SERENAR. (redserenar@gmail.com)

Sospecha de transmisión vertical de Zika sin Síndrome congénito: nacido vivo de cualquier edad gestacional que no cumpla con la definición de caso sospechoso de síndrome congénito asociado al virus del Zika, y cuya madre haya sido clasificada como caso sospechoso, probable o confirmado de enfermedad por el virus del Zika durante el embarazo.

Caso de aborto o muerte fetal con sospecha de asociación a la infección por Zika:

Todo aborto o mortinato de una gestante que durante el embarazo haya presentado exantema y que:

- tenga antecedente de residencia o viaje a un área con circulación del virus del Zika o
- haya tenido relaciones sexuales sin protección durante el embarazo con una pareja con antecedente de residencia o viaje a un área con circulación virus del Zika.

Caso sospechoso de paludismo: Toda persona que haya presentado fiebre (> de 38°C) en las últimas dos semanas, sin otra etiología definida y que presente al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos:

- Antecedente de haber padecido la enfermedad en los últimos 5 años.
 - Que haya viajado a una zona con transmisión activa de paludismo en los últimos 3 años.
 - Que resida o haya viajado a zona receptiva de Argentina en las que se hayan presentado casos de paludismo en el último mes.
- También debe sospecharse en pacientes que posean:
- Fiebre sin foco dentro de 1 año de haber visitado una zona endémica de paludismo, extendido a 3 años para las áreas en riesgo de *P. vivax*.
 - Anemia, hepatomegalia y / o esplenomegalia de causa desconocida en paciente con antecedente de viaje a zona endémica.
 - Receptores de donaciones de sangre o trasplantes que tienen fiebre sin etiología conocida durante los 3 meses después de la transfusión.

Muestra para paludismo:

Se utilizan gotas de sangre del pulpejo del dedo para gota gruesa y extendido fino.

- Gota gruesa: colocar en un portaobjetos limpio de 1 a 3 gotas de sangre y con el vértice de otro portaobjetos realizar de 3 a 6 movimientos circulares, a fin de unir las gotas de sangre y obtener una extensión gruesa uniforme de aproximadamente 1 cm de diámetro.
- Extensión fina: trabajar sobre una superficie plana y firme, colocar en un portaobjetos limpio, de 1 o 2 gotas de sangre cerca de un extremo del portaobjetos y usando un segundo portaobjetos como "extensor" deslizar el mismo a lo largo del primer portaobjetos, manteniendo un ángulo de 45° y teniendo la precaución de que durante todo el procedimiento el "extensor" esté en contacto con la sangre.