



## PLAN PARA MEJORAR LA VIGILANCIA DEL SÍNDROME FEBRIL EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PARAGUAY

2014 – 2015

---

### 1. INTRODUCCION

Una serie de enfermedades febriles se presentan frecuentemente en las áreas tropicales y ocasionan problemas de salud pública por su magnitud y distribución. Entre las enfermedades febriles causadas por agentes infecciosos se encuentran el dengue y fiebre amarilla, la malaria, la leptospirosis, el hantavirus y la chikungunya.

La distribución geográfica de estas enfermedades se ha modificado en función a fenómenos climáticos, la distribución de los vectores, la ampliación de la frontera agrícola, así como por fenómenos sociales como las migraciones y los viajes internacionales.

Las zonas receptoras de emigrantes y viajeros internacionales son especialmente sensibles a la introducción de nuevos agentes infecciosos. Para la oportuna identificación de estos riesgos es fundamental contar con un sistema de vigilancia sensible y una adecuada capacidad diagnóstica de los laboratorios regionales.

En el contexto del conocimiento progresivo de las enfermedades emergentes y reemergentes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la implementación de la Vigilancia del Síndrome Febril como una estrategia para la identificación temprana de enfermedades de interés en salud pública y de otras enfermedades no diagnosticadas usualmente o de las cuales se desconoce su presencia.

El objetivo principal de la estructura de vigilancia de febriles es detectar prontamente por medio de la identificación de personas con enfermedad febril, la presencia de los diversos agentes etiológicos donde el episodio febril no es dilucidado en primera instancia por el cuerpo médico, entrando este diagnóstico al grupo de las enfermedades febriles indeterminadas, de esta manera, se pretende evitar la muerte por enfermedad tropical y caracterizar nuevas entidades nosológicas o reconocer la ya existentes.



## 2. JUSTIFICACION

La vigilancia del síndrome febril es una función esencial del sistema de vigilancia nacional pues permite conocer las etiologías posibles que pueden ser identificadas en un área determinada, identifica el riesgo de enfermar para la población local, un turista o un migrante y permite proponer medidas de control y prevención para minimizar el impacto de estas enfermedades emergentes y reemergentes en la población.

Existe un gran número de pacientes febriles que acuden a los establecimientos de salud y donde luego de descartar las enfermedades infecciosas comunes tanto bacterianas, virales u otras, no se conoce la etiología de la fiebre.

Nuevos virus y otros poco conocidos se están diseminando en nuestro país y debemos empezar a incorporar en nuestra vigilancia epidemiológica, pues son enfermedades que están en forma latente amenazando a nuestra población.

El modelo de vigilancia del síndrome febril debe disponer de atributos esenciales, tales como: simplicidad, sensibilidad, representatividad, oportunidad de la información, aceptabilidad, adaptabilidad y valor predictivo positivo

En Paraguay, de acuerdo a una evaluación realizada en setiembre de 2013, seis de las 18 regiones sanitarias tienen fallas en la representatividad de sus reportes (<del 80% de sus semanas alcanzan un 80% de unidades notificadoras). De las 18 Unidades Epidemiológicas Regionales (UER), sólo el 30% cumple con los requerimientos básicos de equipamiento (computadoras e internet, mobiliario, y recursos humanos (médico, epidemiólogo, bioquímico y comunicador) necesario para hacer frente a las amenazas existentes.

El presente Plan para mejorar la Vigilancia del Síndrome Febril en la red de servicios de salud de Paraguay plantea tres componentes clave: a. Vigilancia Epidemiológica; b. Vigilancia Laboratorial; y c. Atención Integral del paciente con síndrome febril.

Reconociendo la necesidad de un abordaje intersectorial enfocado a determinantes sociales de la salud para responder a las amenazas que representan las enfermedades febriles, el presente Plan está alineado a otros planes de prevención y control específicos, como el dengue, la malaria y otros, que complementan y respaldan las acciones que se sugieren aquí a ser desarrollada en el ámbito de la red de servicios de salud públicos y privados.



## 2.1. Perfiles de riesgo

### Dengue

El Dengue es una enfermedad febril transmitida por mosquitos rápida propagación y alto impacto social y económico, en el mundo y la región de las Américas.

Las epidemias del dengue se han agravado en Paraguay, desde la reintroducción del virus en 1988. Desde 2009 Paraguay se ha convertido en un país endémico de dengue. Esto significa que todo el año se registran casos y existe población susceptible que puede enfermar y presentar formas graves de la enfermedad. En el año 2010 se registraron 13.766 casos, en el año 2011, 42.945; en el 2012, 32.347 y en el 2013, 130.155. El área metropolitana de Asunción que incluye al Departamento Central y Bajo Chaco concentra el mayor número de notificaciones (más del 60% del total).

Los brotes de dengue y su gravedad están asociados a macrofactores ambientales, socioeconómicos, políticos y sociales, así como microfactores tales como las características biológicas del virus, el vector y la persona afectada.

### Fiebre amarilla

La fiebre amarilla es una zoonosis propia de algunas regiones tropicales de América del Sur y África, que a través del tiempo ha causado numerosas epidemias con elevadas tasas de mortalidad. El agente etiológico es un arbovirus del género Flavivirus. En Paraguay se presentó un brote con 28 casos en 2008. De estos, 11 (39%) fallecieron a causa de la enfermedad.

Los factores que actualmente condicionan la urbanización de la fiebre amarilla, se relacionan con la expansión geográfica y el alto grado de infestación de las zonas urbanas por *Aedes aegypti*. Asimismo, las migraciones de la población inducidas por los conflictos socio - políticos y económicos que afectan al país, determinan la aparición de asentamientos transitorios de poblaciones no vacunadas en áreas selváticas. La cobertura de la vacuna es un factor asociado al nivel de riesgo.

### Leptospirosis

La leptospirosis es una enfermedad febril asociada a la contaminación de alimentos, transmitida a través de ratas y otros animales infectados, que eliminan constantemente *Leptospiras* vivas al medio ambiente, contaminando



agua, suelo y alimentos. Su espectro clínico presenta en el hombre un cuadro clínico variable desde formas menores muy benignas a formas graves de evolución mortal.

En Paraguay, en el 2011 se registraron 3 casos y en el 2012 se registraron 5 casos. En el 2013 no se reportaron casos.

## **Malaria**

Desde el año 2000 se ha logrado disminuir significativamente los casos autóctonos de malaria en el Paraguay, de tal manera que en los últimos 5 años ha dejado de ser prioridad como problema en salud pública. El último caso autóctono fue notificado en el año 2011.

Sin embargo, se observa paralelamente, un aumento en el registro de casos importados procedentes en su mayoría del África y del Brasil, y que retornan al país en áreas o municipios que presentan condiciones de riesgo para la ocurrencia de transmisiones y brotes.

A esta situación se suma la existencia de municipios de alta vulnerabilidad debido no solo a condiciones ambientales favorables y presencia de vectores, sino también a una historia de endemidad y a existencia de pasos de frontera terrestres con otros países, sin ningún tipo de control de viajeros, que resultan en zonas permeables para el desarrollo de la transmisión de enfermedades vectoriales.

## **Chikungunya**

La enfermedad de chikungunya (CHIK) es una infección viral transmitida por especies de mosquitos *Aedes* que produce un cuadro agudo de fiebre, generalmente muy alta, asociada con artralgias.

En diciembre de 2013 la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) notificó la detección de la primera transmisión autóctona en una isla del Caribe. Desde entonces se ha diseminado rápidamente por todo el Caribe y a otras zonas del continente, provocando brotes con altas tasas de ataque (entre un 38% y 63%) y una elevada demanda de atención en los servicios de salud. Considerando el fenómeno de la globalización y la presencia del vector, la mayoría de los países de la Región, entre los que se incluye Paraguay, están en riesgo de presentar casos y eventuales brotes de la enfermedad.



### 3. OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL

Minimizar el impacto del dengue, la malaria, la fiebre amarilla, la chikungunya, la leptospirosis y otras afecciones infecciosas, a través del cumplimiento de los atributos de sensibilidad, representatividad y oportunidad de la vigilancia de síndrome febril en la red de servicios de salud.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

##### 1. Eje 1: Vigilancia Epidemiológica

Responsable: Dirección General de Vigilancia de la Salud

##### Objetivos específicos

- 1.1. Aumentar la sensibilidad y oportunidad del sistema de vigilancia, mediante: el desarrollo de la vigilancia centinela de síndrome febril en áreas endémicas según mapa de riesgo, la supervisión capacitante y el monitoreo de los centros centinelas, la amplificación de la vigilancia universal del síndrome febril agudo en las áreas no endémicas y el fortalecimiento de las Unidades Epidemiológicas Regionales (UER)
- 1.2. Desarrollar la capacidad necesaria para el control de brotes en zonas de riesgo, mediante la reactivación de la vigilancia comunitaria del síndrome febril agudo en zonas de alto riesgo y la capacitación a los Equipos de Respuesta Rápida (ERR) para la investigación oportuna y el control adecuado de brotes.

##### 2. Eje 2: Vigilancia de Laboratorio

Responsable: Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP)

##### Objetivos específicos

- 2.1. Sostener las pruebas de diagnóstico de enfermedades febriles en la red de laboratorios de dengue, mediante la adquisición de reactivos de biología molecular para LCSP y de reactivos para diagnóstico de dengue por ELISA y/o Test rápido en hospitales regionales y servicios seleccionados;
- 2.2. Asegurar la cantidad suficiente de RRHH para cubrir la demanda en vigilancia y en brotes, mediante la contratación de recursos humanos para laboratorios



- 2.3. Capacitar de manera continua a los RRHH de los laboratorios de la red, mediante la realización de un taller de actualización en diagnóstico de dengue para laboratorios de la red, supervisión capacitante a los laboratorios regionales, capacitación técnica en anticuerpos neutralizantes (OPS) y pasantías de RRHH de las regiones en LCSP;
- 2.4. Estandarizar procedimientos y algoritmos de laboratorio para el diagnóstico laboratorial del enfermedades febriles, mediante la elaboración, actualización y difusión de normas y procedimientos;
- 2.5. Fomentar la notificación oportuna por parte de laboratorios de otros sectores, mediante la socialización de la Resolución Ministerial 431/08, la elaboración de un instrumento práctico y operativo de notificación, y la inclusión de laboratorios privados de otras regiones sanitarias en la red de laboratorios;
- 2.6. Garantizar la calidad de desempeño de los laboratorios de la red, mediante el envío de paneles para control de calidad a los laboratorios de la red, el establecimiento de las medidas correctivas, y la gestión de la participación del LCSP en evaluaciones externas coordinadas por centros colaboradores de OPS

### **3. Eje 3: Atención integral de las personas con síndrome febril**

Responsable: Dirección General de Redes y Servicios de Salud (DGRSS)

#### **Objetivos específicos**

- 3.1. Asegurar la atención adecuada y oportuna a las personas con síndrome febril agudo
- 3.2. Mantener en funcionamiento un laboratorio de apoyo en servicios que permita asegurar cantidad suficiente de pruebas de apoyo clínico para casos de dengue, para lo cual se adquirirán y distribuirán reactivos.



**PLAN PARA MEJORAR LA  
VIGILANCIA DEL SÍNDROME FEBRIL  
EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DE PARAGUAY**

**CRONOGRAMA**  
Oct 2013 – Nov 2015

PILAR ES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TAREAS	Responsables	Indicadores de proceso	Línea de base Setiembre 2013	Meta	O	D	F	A	J	A	O	D	F	A	J	A	O		
								/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
								N	E	M	M	J	S	N	E	M	M	J	S	N		
Vigilancia Epidemiológica	1.- Aumentar la sensibilidad y oportunidad del Sistema de Vigilancia	1.1.- Desarrollo de Vigilancia Centinela de Enf. febril en Áreas Endémicas según mapa de riesgo	1.1.1.- Complementar los Centros Centinelas de IRAG para la Vigilancia de Enf. febril	DGVS Iván Allende Martha Von Horoch Andrea Ojeda Desiré Recalde	* Ficha de vigilancia de Enf. febril ajustada y socializada * Planilla de notificación ajustada y socializada * Estrategia de la Vigilancia Centinela de Enf. febril validada y socializada * Definición de criterios de cierre de casos fallecidos elaborada	* Existen 9 Centros Centinelas, que serán adecuados:  Eje Sur: H.R. Encarnación Eje Norte: H.R. PJ Caballero, Eje Centro Oriental: H.R. Ciudad del Este, H.R. Coronel Oviedo Eje Centro Occidental (Zona Metropolitana): H.G. Barrio Obrero, IMT, H.G. Pediátrico Niños de Acosta Nú, Hospital Nacional de Itauguá y Hospital Central del IPS. Eje Chaco: No hay.	* Crear 4 nuevos Centros Centinelas en Zona Metropolitana. (aumento de un 45%) y reacondicionar los 9 existentes. 13 centros en total  * 19 UER conformadas y equipadas	x	x	x	x			x	x	x						
		1.2.-Supervisión Capacitante y Monitoreo de los Centros Centinelas	1.1.2.- Incrementar los Centros Centinelas en la zona metropolitana de Asunción		* Porcentaje de Regiones Sanitarias con Unidades Epidemiológicas Regionales y/o de área programática instaladas y completas																	
		1.3.-Supervisión Capacitante y Monitoreo de los Centros Centinelas	1.1.3.- Compra de equipos informáticos para nuevos centros inforporados (4)		* Porcentaje de Hospitales con UE instaladas y completas																	
		1.4.- Amplificación de la Vigilancia Universal del Sx. Febril Agudo en las áreas no Endémicas	1.1.4.- Dos reuniones de expertos para validación de estrategia centinela de Vigilancia		* Porcentaje de UER con equipamiento básico completo																	
		1.5.- Fortalecimiento de UER	1.1.5.- Una reunión de expertos para definición de criterios de cierre de casos fallecidos		* Número de Centros Centinelas de Enf. febril (reorientados de IRAG y nuevos)																	
			1.1.6.- Contratación de 4 Epidemiólogos para los Centros Centinela																			
			1.2.1.- Desarrollar Herramientas para S&M																			
			1.3.1.- Visitas de Supervisión																			
			1.3.2.- Visitas de Monitoreo																			



		1.4.1.- Fortalecer las Unidades Epidemiológicas Regionales y Hospitalares 1.4.2.- Supervisar las UER y las UEH por ejes del País 1.4.3.- Monitorear las UER y las UEH por ejes del País 1.5.1.- Contratación de 4 Epidemiólogos 1.5.2. Compra de equipos e instalaciones 1.5.3. Servicios de internet por fibra 1.5.4. Compra de 10 Notebook			dos, y seis reiones apenas 1 profesional a cargo de la UER. Una Región (IV RS Guairá) no tenía UER conformada																
Vigilancia Laboratorial	1.- Sostener las pruebas de diagnóstico de Enf. febril en la red de laboratorios 1.1.- Adquisición de reactivos de Biología molecular para LCSP 1.2.- Adquisición de reactivos para diagnóstico de Enf. febril por ELISA y/o Test rápido en hospitales regionales y servicios seleccionados *	Gestiones administrativas para la adquisición y distribución de reactivos	LCSP Gustavo Chamorro Cynthia Vazquez 292653	*Reactivos de Biología molecular *Reactivos para diagnóstico de Enf. febril por ELISA y/o Test rápido en hospitales regionales y servicios seleccionados	En proceso de construcción	x	x			x	x	x					x	x	x		
	2.- Asegurar cantidad suficiente de RRHH para cubrir la demanda en vigilancia y en brotes. 2.1. Contratación de recursos humanos para laboratorios	2.1.- Contratación de bioquimicos en CDE, y Encarnación 2.2.- Contratación de dos bioquimicos en LCSP 2.3.- Contratación de dos técnicos de laboratorio en LCSP 2.4.- Contratación de un técnico en informática	LCSP Gustavo Chamorro Cynthia Vazquez 292653 Sonia Ortigoza	* N bioquimicos en hospitales regionales * N bioquimicos, tecnicos en LCSP	En proceso de construcción	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	





Atención integral	<p>I. Asegurar la atención adecuada y oportuna a las personas con síndrome febril agudo con sospecha de Enf. febril</p>	<p>Supervisar capacidades instaladas (infraestructura, equipamientos, insumos, medicamentos y RRHH) previendo una epidemia con 50mil casos Taller con directores de hospitales, jefes de urgencia y jefes de sala para la definición de las estrategias en diferentes fases de la organización de los servicios Desarrollara la red de urgencia e implementación del rac Supervision Monitoreo Cinco talleres (uno por eje) para la capacitación de profesionales de APS y especialistas 50 supervisiones capacitantes en establecimientos referencia (hospitales regionales y estapezializado) Taller para la implementación de Regulación medica</p> <p>15 medicos reguladores para cubrir 24 horas cada centro y 10 técnicos supervisión</p>	<p>Dirección General de Redes y Servicios de Salud Carlos María Romero Domingo Pizzurno</p>	<p>*Plan de Infraestructura, equipamientos, insumos, medicamentos y RRHH disponibles/necesarios, por distrito Porcentaje de establecimientos de salud con RAC implementado en las urgencias * Plan de implementación de la Regulación Medica * Número de centros reguladores instalados con equipos básicos (fax, telefonos, celular, internet) * Porcentaje de hospitales referenciales que elaboraron sus planes de contingencia * número de camas hospitalarias * número de camas hospitalarias para Enf. febril * número de sillones de hidratación * número de camas en UCI</p>	<p>(En proceso de construcción) * Clasificación de riesgo en los diferentes servicios de atención de pacientes implementada * x personal de salud capacitado en el diagnóstico y manejo clínico de los casos de Enf. febril * La mayoría de casos fatales de Enf. febril llegaron graves a la primera atención en el establecimiento de salud * Número total de camas hospitalarias: 375 (2012) y 720 (2013). Específicamente en Central (178 y 420) y otras regiones (197 y 300) Número de camas hospitalarias para Enf. febril de 372 (en 2012) y 720 camas (en 2013) * 2013: 150 sillas de hidratación * camas UTI: 210 (en 2012) y 300(en 2013)</p>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
-------------------	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

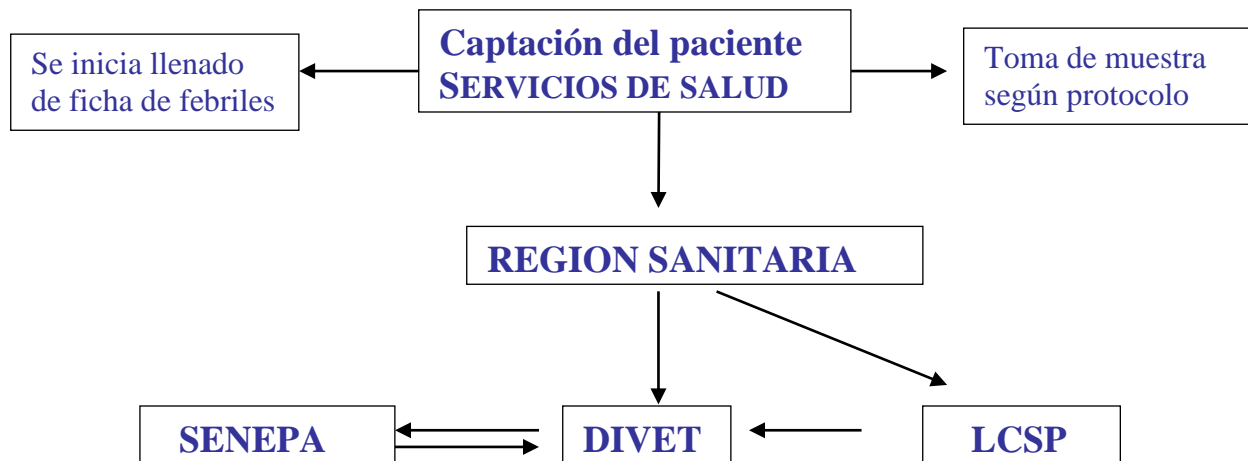


## ANEXOS

### PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL

**Definición de caso:** Todo paciente febril agudo sin foco aparente con temperatura mayor o igual a 38°C con menos de 7 días de evolución

#### FLUJOGRAMA DE NOTIFICACIÓN



#### MODO DE VIGILANCIA

##### Flujo de notificación

Ante un caso sospechoso, el médico debe notificarlo de forma inmediata al Servicio de Epidemiología del Hospital/ Región Sanitaria/ Unidad de Gestión de datos/ Centro Nacional de Enlace, enviando la ficha epidemiológica del caso o los datos relevantes. Se tomaran muestras según indicaciones de Laboratorio Central.

#### PROCEDIMIENTOS DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN

##### Notificación inmediata (fichas epidemiológicas)

- Recepción por: Impreso, Por FAX, Correo electrónico
- Determinar patología
- Corroborar el correcto llenado de los datos
- Colocar sello de mesa de entrada (Fecha, hora, firma)
- Registrar en el cuaderno de mesa de entrada (Fecha recepción, Servicio Notificante, Región Sanitaria Notificante, Nombre y Apellido del paciente, edad, fecha de inicio de síntomas, Región Sanitaria del Paciente, Distrito, Barrio, patología.
- Si la ficha llega del laboratorio Central se envía por fax a la Región Sanitaria a la que pertenece el paciente.



### **Dengue**

- Remitir 1 (una) copia a Entomología del SENEPA
- Remitir 1 (una) copia al informático encargado,
- Remitir original al Coordinador Médico de Dengue.

### **Fiebre Amarilla**

- Remitir 1 (una) copia al PAI
- Remitir al Coordinador Médico de Fiebre Amarilla.

### **Hantavirus, Leptospirosis**

- Se remite una copia a la región sanitaria correspondiente.

### **Inmunoprevenibles**

- Se remite por fax a la región correspondiente.
- Se remite original al PAI.

### **Chikungunya**

- Si se trata de un caso autóctono, deberá notificarse de forma urgente al Centro Nacional de Enlace de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (Guardia telefónica: +595985588279)
- Si se detecta un caso autóctono se realizará una investigación epidemiológica con la finalidad de establecer la cadena de transmisión a nivel local, buscar activamente otros casos y tomar las muestras necesarias para el diagnóstico laboratorial. Los datos recogidos orientarán las medidas de control vectorial.

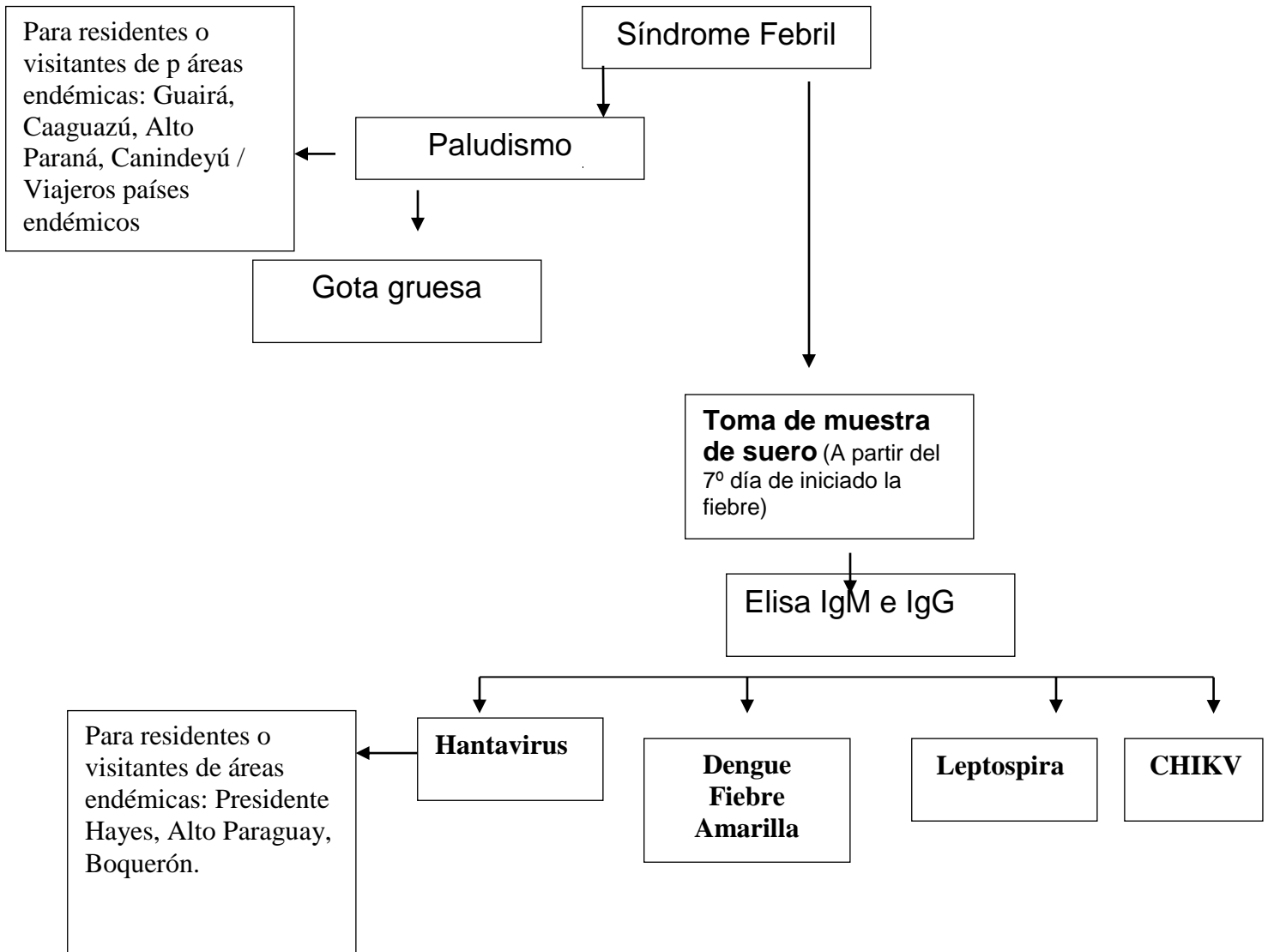
Observación: Los procedimientos de control estarán definidos según la enfermedad, según las indicaciones de la Dirección General de Vigilancia de la Salud y de la DIVET. Los mismos deberán estar sujetos a revisiones periódicas a fin de ajustar mecanismos que aseguren manejo adecuado de las variables de interés para las Direcciones.

### **Recepción de resultados laboratoriales**

- Se recibe el resultado por fax de laboratorio Central de Salud Pública.
- En caso de resultado laboratorial de **Dengue**: se recibe del Laboratorio Central de Salud Pública, Laboratorio Regional de Encarnación, Paraguari, Ciudad del Este, Pedro Juan Caballero, Capital.
- En algunas ocasiones se recibe resultados laboratoriales de laboratorios privados.
- Se remite una copia a Entomología y otra copia al Coordinador de Dengue.
- Se remite por fax a la región sanitaria correspondiente.



## FLUJOGRAMA DE PROCESAMIENTO DE MUESTRAS





## VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL AGUDO

**Definición de caso:** Persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre, de menos de siete (7) días de duración, mialgias y cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

### 1. DATOS DEL NOTIFICANTE:

Institución: ..... Nombre del Notificante: .....  
N° de Historia Clínica: ..... Fecha de notificación: ...../...../.....

### 2. DATOS DEL PACIENTE

Responsable:.....  
Apellido y nombre:.....  
Edad:.....CIP:.....Sexo: M: ( ) F: ( )  
Domicilio:.....  
Localidad/Barrio:.....  
Departamento:.....Distrito:.....  
.....  
Urbano ( ) Rural ( ) Teléfono: .....

### 3. DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de la fiebre: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de la consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SÍNTOMAS	si	no	ign	SINTOMAS	si	no	ign	SINTOMAS	si	no	ign
Fiebre (.....°C)				Dolor abdominal				Edema bpalpebral			
Cefalea				Inyección conjuntival				Hepatomegalia			
Mialgias				Tos				Esplenomegalia			
Artralgias				Disnea				Oligoanuria			
Dolor retro ocular				Taquipnea				Sind. confusional			
Erupción				Prurito				Sind. meningeo			
Náuseas				Ictericia				Sind. Hemorrágico*			
Vómitos				(*) Especificar (marcar con una cruz): petequias...; púrpura...; epistaxis...; gingivorragia...; hemoptisis....., melena...; vómitos negros...; otros.....							
<b>Presión Arterial:</b> MIN ...../MAX..... <b>Pulso:</b> ...../min. <b>FR:</b> ...../min <b>Prueba de lazo:</b> POS ( ) NEG( )											



#### 4. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación..... Lugar de trabajo..... Rural ( ) Urbano ( )

Viajó durante los últimos 45 días? SI ( ) NO ( )

Fecha:...../...../.....Dónde?.....

Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? ?SI ( ) NO ( )

Fecha:...../...../.....Lugar.....

Tuvo un cuadro similar anterior?. SI ( ) NO ( ) Cuando? .....

Conoce casos similares? SI ( ) NO ( )

Dónde?.....

#### ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

Anti Amarilla: Si ( ) No ( ) Ignora ( ) Fecha de vacunación: ...../...../..... Lugar: .....

#### SOSPECHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA

(Calificar por n° de orden) Paludismo ( ) Dengue( ) Fiebre Amarilla ( ) Leptospirosis ( )  
 Hantavirus ( ) Triquinosis ( ) Chikungunya ( ) Otros.....  
 Tratamiento indicado (medicamento y dosis).....

#### 5. DATOS DE LABORATORIO

Fecha: .../.../... Hto:.....% GB:...../mm3. Fórmula:...../...../...../.....  
 Plaq:...../mm3. VSG:.....mm  
 Fecha de toma de 1ª muestra...../...../.....  
 Resultados.....  
 Fecha de toma de 2ª muestra...../...../.....  
 Resultados.....

#### 6. EVOLUCIÓN DEL CASO (se llena al alta)

Paciente hospitalizado Si ( ) No ( ) Ignora ( ) Fecha de hospitalización: ...../...../.....  
 Termino de Fiebre: Fecha: ...../...../.....  
 Condición de alta: ..... Fecha de alta: ...../...../.....  
 Fallecido Si ( ) No ( ) Fecha de defunción: ...../...../.....  
 Clasificación final: Fecha: ...../...../.....



## INSTRUCTIVO PARA LLENADO DE FICHA VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL AGUDO

### 1. DATOS DEL NOTIFICANTE:

**Institución:** Nombre de la Institución/Establecimiento de Salud en donde está siendo investigado el caso

**Nombre del Notificante:** Nombre y apellido del personal de salud que completa la presente ficha

**Nº de Historia Clínica:** Copiar el Nº de HC

**Fecha de notificación:** Fecha en que ingresa al sistema. (NOTIFICACIÓN INMEDIATA)

### 2. DATOS DEL PACIENTE:

**Responsable:** Del paciente en caso de ser éste: menor o estar inhabilitado para responder

**Apellido y Nombre:** Completar con los datos de la Cédula de Identidad

**CIP:** Número de Cédula de Identidad

**Domicilio: Localidad/Barrio:** Registrar detalladamente la dirección donde habita el paciente, para eventualmente ubicarlo

**Departamento: Distrito:** Registrar el lugar de donde proviene el paciente

**Urbano:** Marcar con una cruz. Si pertenece a zona con una población de 2.000 habitantes y más. Por debajo de este límite, se considera rural. En Paraguay todas las cabeceras distritales se consideran urbanas y el resto rural. (Anexo B4 Mercosur)

**Teléfono:** Línea baja o celular, donde ubicar al paciente

### 3. DATOS CLÍNICOS: Completar en el momento de la consulta.

Marcar con una X los síntomas, en las columnas correspondientes.

La columna Ign (Ignora) llenar en caso que el paciente no pueda referir los síntomas.

Fiebre: Temperatura Axilar mayor a 38 °C.

Inyección conjuntival: Denominado también Ojos Rojos

Taquipnea: Respiración acelerada y superficial

Sind. Confusional: Alteración de la conciencia con dificultad de centrar la atención

FR...../min : Frecuencia respiratoria por minuto.

### 4. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

**Ocupación:** Actividad a que se dedica . **Lugar de trabajo:** Lugar o lugares donde realiza su actividad

**Viajó:** Si se desplazó de su comunidad, precisar específicamente el lugar

**Conoce casos similares:** Respecto al entorno comunitario del paciente

**ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN:** (Completar lugar y año de vacunación)

**SOSPECHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA:** Calificar la mayor sospecha diagnóstica con 1 y la menor con 7



## Definiciones de Casos Sospechosos:

**DENGUE: Caso Sospechoso:** Paciente con enfermedad febril aguda con duración máxima de 7 días y con dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-orbital, mialgias, artralgias, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas y leucopenia, y que reside o haya estado en los últimos 15 días en zona con circulación de virus de Dengue.

**FIEBRE AMARILLA: Caso sospechoso:** Paciente con cuadro febril agudo de inicio súbito hasta 7 días, residente o que estuvo en área con circulación viral (ocurrencia de casos humanos, epizootias o aislamiento viral en mosquitos), en los últimos 15 días, sin antecedentes de vacunación antiamarílica o con situación vacunal desconocida.

**HANTAVIROSIS (SINDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS – SPH) Para áreas Endémicas (Regiones Sanitarias XV, XVI y XVII): Caso sospechoso:** Paciente previamente sano, con fiebre igual o mayor de 38° C y uno o más de los siguientes síntomas: mialgias, disnea o dificultad para respirar, náuseas, vómitos, tos, escalofríos, cefalea y dolor abdominal.

**LEPTOSPIROSIS: Caso sospechoso:** aparición aguda de fiebre de menos de 7 días de duración, acompañada de mialgias, cefalea, y derrame conjuntival, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología aparente, seguido o no de ictericia, meningitis, nefropatía, neumonía, hemorragias.

Individuo que presenta síntomas de proceso infeccioso inespecífico con uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos sugestivos 15 a 30 días antes del inicio del cuadro.

- Exposición a inundaciones o inmersión en agua potencialmente contaminada.
- Exposición a cloacas y pozos ciegos o fosas sépticas.
- Actividades con riesgo ocupacional como recolección de basura, manejo de animales potencialmente infectados, agricultura en terreno fangoso.
- Presencia de animales infectados en los locales frecuentados por el paciente.

**PALUDISMO: Caso sospechoso:** Todo individuo que presenta un cuadro febril y que reside o procede de área donde haya transmisión de Malaria o que haya recibido transfusión sanguínea en zonas endémicas, en período de 8 a 30 días antes del inicio de los síntomas.  
**Para residentes o visitantes de Areas endémicas:** IV Región Sanitaria o Guairá, V Región Sanitaria o Caaguazú, X Región Sanitaria o Alto Paraná y XIV Región Sanitaria o Canindeyú.

**TRIQUINOSIS: Caso sospechoso:** Toda persona que presente cuadro febril con uno o más de los siguientes edema palpebral e inyección conjuntival, mialgias, con antecedente de ingestión de carne cruda o mal cocida 15 días antes.

**CHIKUNGUNYA: Caso sospechoso:** Paciente con inicio de fiebre aguda  $\geq 37,5$  °C Y artralgia grave/ discapacitante o artritis no explicada por otra condición médica (de acuerdo a lo reportado los casos de Enfermedad por virus Chikungunya cursan con fiebre alta) y que cumple algún criterio epidemiológico tales como: a. Residir en o haber visitado áreas





epidémicas o endémicas en las dos semanas previas al inicio de los síntomas; b. Contacto cercano con viajero que regresó de una zona con transmisión reconocida del CHIK; c. El paciente se ha identificado al mismo tiempo y en la misma zona donde se han producido otros casos confirmados de fiebre chikungunya.

#### 5. DATOS DE LABORATORIO

Registrar las fechas de tomas de muestras sanguínea.

Hto: Hematocrito GB: Glóbulos Blancos

Fórmula: Llenar en el siguiente orden: Neutrofilos/Linfocitos/Eosinofilos/Monocitos

Plaq: plaquetas VSG: Velocidad de Eritrosedimentación (primera hora)

6. EVOLUCIÓN DEL CASO: Llenar al alta del paciente.