

7. - ENFERMEDADES VECTORIALES

- 7. 1.- Chagas Agudo y Congénito. Pág. 88.**
- 7. 2.- Dengue Clásico, hemorrágico. Pág. 90.**
- 7. 3.- Fiebre Amarilla. Pág. 93.**
- 7. 4.- Leishmaniasis. Pág. 96.**
- 7. 5.- Paludismo. Pág. 98.**

	7.1. - ENFERMEDAD DE CHAGAS (AGUDO Y CONGÉNITO) (TRIPANOSOMIASIS AMERICANA). CIE-10 B57.
Justificación	En la Argentina y en el marco de la Iniciativa del Cono Sur, bajo la secretaría de la OPS/OMS, se ha establecido la meta de la interrupción de la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas durante la primera década del 2000. El progreso de las acciones del Programa Nacional de Chagas, permite utilizar a la notificación de casos de Chagas Agudo como uno de los indicadores más significativos de la tendencia hacia la interrupción de la transmisión, considerándose como "emergencia sanitaria".
Descripción	Es una antroponosis. Presenta una forma aguda que puede durar de 2 a 4 meses con poca manifestación clínica y elevadas parasitemias. Luego se pasa a la denominada fase indeterminada donde la única evidencia es la serología reactiva con escasa parasitemia, para finalmente llegar a la fase crónica al cabo de aproximadamente 15 años de evolución en 3 de cada 10 infectados quienes presentarán una lesión orgánica. Si bien la infección puede presentarse en cualquier edad, la mayor incidencia se registra hasta los 14 años de edad en zonas sin control de transmisión. La forma aguda puede ser sintomática, oligosintomática o asintomática. La expresión clínica puede ser síntomas inespecíficos como síndrome febril prolongado, adenomegalia, hepato-esplenomegalia, anemia, anorexia, irritabilidad o somnolencia, convulsiones, diarrea, coriza, edema (mas frecuentes en lactantes y niños menores de 4 años) y síntomas específicos (5% de casos): complejo oftalmoganglionar, chagoma de inoculación (reacción inflamatoria en el lugar de inoculación), hematógeno y lipochagoma. La miocarditis y la meningoencefalitis son expresiones clínicas graves de la fase aguda. En zonas endémicas, el síndrome febril prolongado puede llegar a ser verdadero síntoma guía en ausencia de otras manifestaciones.
Agente	<i>Trypanosoma cruzi</i> , un protozooario flagelado que infecta a los insectos vectores, a los animales domésticos y a los humanos. El vector se infecta cuando se alimenta con la sangre de un animal con parasitemia.
Transmisión	La transmisión vectorial, se produce a través del <i>Triatoma Infestans</i> (vinchuca o chinche). La transmisión se produce cuando el vector infectado defeca el tripanosoma al picar al ser humano o reservorio. La transmisión por transfusión sanguínea tiene importancia epidemiológica a partir del número creciente de donantes infectados de áreas endémicas que han migrado a centros urbanos, por lo que existe la necesidad de mantener los controles de bancos de sangre. La transmisión congénita o connatal, que ocurre durante el embarazo o el nacimiento, es relevante para el control. Otras formas de transmisión con menor impacto a nivel poblacional son accidentes de laboratorio y transplantes de órganos.
Reservorio	Además del hombre se han descrito más de 150 especies de animales domésticos y salvajes (perros, gatos, cabras, cerdos, ratas y ratones, quirópteros, carnívoros y primates). En el ciclo doméstico los perros y gatos tiene especial importancia por su alta y prolongada parasitemia, los que los convierte en fuente de parásitos. Las aves no son reservorios de la enfermedad de Chagas, aún cuando pueden favorecer el crecimiento de la población de vectores.
Incubación	Luego de la picadura los síntomas agudos aparecen aproximadamente entre 5 a 14 días; en la transmisión debido a una transfusión sanguínea las manifestaciones son aparentes entre 30 a 40 días después.
Transmisibilidad Susceptibilidad y Resistencia	La mayoría de las personas tienen el parásito en la sangre o tejidos durante toda su vida. La parasitemia es mayor durante la fase aguda de la enfermedad. Durante la fase indeterminada y la crónica el parásito puede no detectarse en forma continua por los métodos ópticos tradicionales. Esto hace que las personas infectadas sean potenciales transmisores de la enfermedad a través de la sangre, tejidos u órganos en cualquier momento de su vida una vez infectados. El vector se vuelve infectante de 10 a 30 días después de haber picado a un huésped infectado y permanece infectado mientras vive (hasta 2 años aproximadamente).
Distribución	Esta enfermedad pone en riesgo a más de 100 millones de personas de 17 países. Enfermedad limitada a América, desde el sur de Estados Unidos hasta el sur de Argentina y Chile. En nuestro país es endémica con diferentes niveles de riesgo. Debido a las migraciones de la población el área endémica para la transmisión transfusional y connatal se extiende hasta Tierra del Fuego.

	<p>Actualmente se estima existen aproximadamente 2.300.000 infectados. En este momento en las áreas endémicas hay 950.000 viviendas bajo control de la transmisión vectorial. Esta patología no presenta variaciones estacionales ni cíclicas, pero la probabilidad de contacto con el vector es mayor en los meses más cálidos.</p>
Definición de caso	<p>Caso sospechoso de infección Aguda: Pacientes con síndrome febril prolongado, más la presencia de otro síntoma específico o inespecífico (esplenomegalia o chagoma) y que:</p> <p>a.- es residente o ha estado en zona endémica en los últimos 6 meses. b.- antecedentes de Contacto con sangre (transfusiones, drogadicción IV, accidentes de trabajo) u otro material biológico.</p> <p>Caso sospechoso de modalidad congénita: Niños de hasta 1 año de edad, hijo de madre con serología positiva para Chagas,</p> <p>Caso confirmado de infección aguda: Caso sospecho confirmado por laboratorio (visualización del parásito) (ver Capítulo IV, toma de muestra, página...).</p> <p>Caso confirmado de modalidad congénita: Hasta los 6 meses de edad con observación directa del parásito. Después de los 6 meses de edad: 2 técnicas serológicas diferentes positivas y que una de ellas sea ELISA o IFI.</p> <p>Criterios de laboratorio para el diagnóstico: -Parasitología positiva directa (Strout, gota fresca, microhematocrito) son confirmatorias. Ante un primer estudio negativo repetir la técnica. -Serología positiva para anticuerpos contra <i>T. cruzi</i> (IgM) es presuntivo. Para detección de IgG, se utilizan: inmunofluorescencia indirecta (IFI); prueba de hemaglutinación indirecta (IHA); prueba de aglutinación directa (DA) y Elisa. Estas técnicas son útiles en fase aguda a partir del día 20 de adquirida la infección.</p> <p>-Ver normas para el Diagnóstico de la Infección Chagásica (Nº resolución 523/97).</p>
Modalidad de Vigilancia	<p>Se notificarán al SINAVE los casos que cumplen todos los criterios de caso sospechoso de chagas agudo y de modalidad congénita. Notificación semanal por C2, de casos sospechosos, individualizado. Por Ficha específica, notificar el caso agudo o congénito al Programa de Control Provincial.</p>
Medidas De Control	<p>Nivel individual: Tratamiento específico del caso: todo caso confirmado debe recibir inmediatamente el tratamiento específico. Ver Normas para la Atención del Infectado Chagásico (Nº de Resolución SPS 28/99). Investigación epidemiológica de infección aguda en los convivientes. Investigación epidemiológica para la identificación de fuente de infección y acciones acordes a ella (domicilio, banco de sangre o maternidades).</p> <p>Nivel comunitario: La aparición de un chagas agudo vectorial es considerada una emergencia sanitaria que desencadena o inicia actividades de rociado químico en el paraje/localidad afectado y la instalación o reforzamiento de la vigilancia entomológica a cargo de la comunidad con monitoreo y supervisión del Programa Nacional de Chagas. Simultáneamente ofrecer Información, Educación y Comunicación en la población sobre el modo de transmisión y los métodos de prevención. Mejoramiento de viviendas, o construcción adecuada de las mismas.</p>

	7.2. - DENGUE CLÁSICO CIE-10 A90 DENGUE HEMORRAGICO/ SINDROME DE CHOQUE DEL DENGUE (DH/SCD) CIE 10 A91
Justificación	Enfermedad vírica transmitida por artrópodos. Es una enfermedad grave y con gran potencial epidémico. En casos de SCD no tratados las tasas de letalidad pueden ser de 40 a 50%. Hasta el presente no existe vacuna. En nuestro país el vector, (mosquito <i>Aedes aegypti</i>) se ha detectado en 332 municipios desde Buenos Aires y La Pampa hacia el norte. Existe circulación de virus y ha habido en 1998 una epidemia en la zona noroeste (provincia de Salta). Tiene dos formas clínicas, Dengue clásico y Dengue Hemorrágico.
Descripción	Enfermedad viral febril y aguda, que tiene un comienzo repentino, fiebre de 3 a 5 días de duración que suele ser bifásica, (raramente la duración de la fiebre se extiende más de 7 días), cefalea intensa, dolor retroorbitario, mialgia, artralgia, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas y leucopenia. En el DH, es característica la permeabilidad vascular anormal, hipovolemia y anormalidades de los mecanismos de la coagulación sanguínea. Las formas graves constituyen el síndrome de Choque por Dengue. La susceptibilidad parece ser universal en los humanos; en los niños la enfermedad es más benigna que en los adultos. La infección con un serotipo confiere inmunidad contra el mismo (inmunidad homóloga) y sólo por un corto período contra los otros serotipos (inmunidad heteróloga). La infección por un serotipo con inmunidad previa para otro serotipo sería el principal desencadenante de la forma hemorrágica.
Agente	Virus del dengue, un arbovirus del género de los <i>Flavivirus</i> , perteneciente a la familia Flaviviridae. Se conocen cuatro serotipos: 1,2,3,4 que son los mismos que causan el dengue hemorrágico. Vector: mosquito <i>Aedes aegypti</i> y <i>Aedes Albopictus</i> . El <i>Ae. aegypti</i> es una especie hematófaga diurna, con una actividad máxima durante las primeras y las últimas horas del día. Las hembras colocan los huevos en recipientes con agua como cacharros, floreros, tanques y cubiertas abandonadas. Los huevos pueden permanecer hasta un año viables secos y al ser mojados eclosionan en 48 hs. a 5 días, dando lugar a larvas acuáticas, no infectantes. El período larval puede durar, de acuerdo a las condiciones ambientales de 5 a 14 días. <i>Ae. Albopictus</i> , recientemente detectado en el norte de nuestro país, puede criar más fácilmente en sitios como axilas de árboles y soporta un rango más amplio de temperatura.
Transmisión	Por la picadura del mosquito vector. Los mosquitos adquieren la infección a partir de personas con virus en sangre; incuban el virus y luego lo transmiten a otras personas. No se transmite por contacto directo de persona a persona ni desde el agua o alimentos.
Reservorio	En las zonas urbanas, el hombre y el mosquito completan el ciclo que perpetúa los virus. En América aunque el <i>Aedes albopictus</i> está presente, no ha sido asociado con la enfermedad.
Incubación	Varía de 3 a 15 días, con una media de 6 días.
Transmisibilidad	Para los mosquitos, la sangre de las personas enfermas es infectante desde dos días antes del comienzo de los síntomas (fiebre) y hasta cinco días después. El virus dentro del <i>Aedes aegypti</i> incuba de 8 a 12 días, y desde ese momento puede transmitirlo por el resto de su vida adulta (de 4 a más de 30 días según condiciones ambientales).
Distribución	El virus circula en cuatro serotipos diferentes conocidos como Den-1, Den-2, Den-3 y Den-4. En América del Sur circulan por lo menos 3 serotipos de virus. En Argentina, en el año 1998 circuló el Den-2 en el NOA, mientras los focos en países limítrofes presentaron los Den-1 y Den-2. La epidemia puede presentarse en cualquier lugar donde los vectores sean abundantes y se introduzca el virus.
Definición de caso	Caso sospechoso de dengue clásico: Toda persona que presenta aparición aguda de fiebre con una duración de hasta 7 días y se ve acompañada de dos o más de los siguientes: cefalea, dolor retroorbitario, mialgia, artralgia, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas leves, y que resida o haya viajado a área endémica, o con transmisión activa de dengue o con presencia de <i>Aedes aegypti</i> . De dengue hemorrágico: Todos los siguientes criterios deben estar presentes: fiebre o antecedente reciente de fiebre, manifestación hemorrágica evidenciada por uno de los siguientes signos: Prueba del torniquete positiva, petequias, equimosis o púrpuras, hemorragia gingival, tracto gastrointestinal, hematemesis, melena.

	<p>Trombocitopenia (100.000/mm³ o menos) Extravasación de plasma por aumento de la permeabilidad capilar, manifestada al menos por uno de los siguientes: 20% de aumento de hematocrito sobre los valores normales disminución del 20% del hematocrito luego del tratamiento, presencia de signos de pérdida de plasma : derrame pleural, ascitis e hipoproteinemia. De síndrome de choque por dengue: todo lo anterior más evidencia de insuficiencia circulatoria con manifestaciones de: pulso rápido y débil, disminución de la presión del pulso ,o hipotensión para la edad, piel fría, húmeda y agitación. Caso Probable: Todo paciente sospechoso de dengue clásico con IgM positiva. Caso Confirmado: Es un caso sospechoso o probable con confirmación serológica de una muestra pareada de IgM o IgG, aislamiento de virus o prueba histoquímica. En una situación de epidemia luego de la confirmación de circulación del virus mediante las pruebas de laboratorio antedichas, los casos siguientes se confirman por criterios clínico-epidemiológicos (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterios de laboratorio para el diagnóstico: • -Aislar virus dengue de suero, plasma, leucocitos o muestras de autopsia (Confirmatorio). • La confirmación tiene importancia para la vigilancia viral • -Cuadriduplicación o aumento mayor de los títulos recíprocos de anticuerpos IgM o IgG contra uno o varios antígenos del virus del dengue en muestras séricas pareadas (Confirmatorio). • -Detección del antígeno del virus del dengue en el tejido de la autopsia mediante pruebas histoquímicas o inmunofluorescencia (Confirmatorio). • -Detección de secuencias genómicas víricas en el tejido de la autopsia, el suero o muestras de líquido cefalorraquídeo por reacción en cadena de polimerasa (RCP) (Probable). <p>Caso Importado: Caso confirmado que fue detectado en un país diferente de donde ocurrió la transmisión. Caso Autóctono: Caso confirmado en el mismo país donde ocurrió la transmisión.</p>
<p>Modalidad de vigilancia</p>	<p>Notificar por planilla C2, semanal, numérico y por grupos de edad. Por ficha específica al Programa de Vectores. En ella se agregarán datos de la persona mas datos epidemiológicos como viajes a áreas endémicas en las 2 últimas semanas, hospitalización, presencia de dengue hemorrágico, SCD, vacunación contra la Fiebre Amarilla. Además de la vigilancia clínica epidemiológica, existen vigilancia serológica, vigilancia viral, vigilancia entomológica (Ver Manual de Vigilancia del Dengue – Programa Nacional de Vectores). Es una enfermedad de notificación inmediata (teléfono, fax, o radio) en lugares donde aun no se ha detectado la transmisión del dengue pero sí hay <i>Aedes aegypti</i>.</p>
<p>Medidas de control</p>	<p>Nivel Individual: Inicio de investigación epidemiológica en los casos sospechosos en relación con las actividades en los 15 días previos al inicio de la enfermedad para localizar el foco; búsqueda de casos no notificados o no diagnosticados. Evitar el contacto de mosquitos con el paciente hasta que desaparezca la fiebre por medio de mosquiteros, repelentes, mallas metálicas. Si surge dengue en proximidades de foco de fiebre amarilla selvática se recomienda la inmunización contra la fiebre amarilla a la población según normas, ya que ambas enfermedades urbanas comparten el mismo vector. Está contraindicado el ácido acetil salicílico (aspirina) para el tratamiento de la fiebre. Nivel comunitario: Las acciones en terreno se deben tomar en forma conjunta con responsables de saneamiento, control de vectores, medio ambiente y equipo</p>

	<p>de salud.</p> <p>Información, educación y comunicación en la población sobre la biología del mosquito, el modo de transmisión y los métodos de prevención.</p> <p>Intensificar la vigilancia de los casos febriles en áreas de riesgo potencial.</p> <p>Intensificar las medidas de control tendientes a eliminar potenciales sitios comunitarios de cría del mosquito, como los que se encuentran en cementerios y baldíos.</p> <p>Eliminación de criaderos de mosquitos mediante la destrucción o inversión de recipientes de agua o aplicación de larvicidas; eliminación de adultos mediante la fumigación.</p> <p>Campañas de eliminación de cacharros y el tratamiento comunal de basura.</p>
--	--

	7.3. - FIEBRE AMARILLA – CIE10 A95. NOTIFICACION BAJO REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL.
Justificación	<p>Existe el riesgo potencial del resurgimiento de la Fiebre Amarilla Urbana (FAU) en muchas ciudades del continente Americano, debido a la persistencia de la Fiebre Amarilla Selvática (FAS). La FAU es una enfermedad altamente transmisible en presencia de personas susceptibles y mosquitos vectores.</p> <p>Las tasas de letalidad por esta patología pueden llegar al 50%.</p> <p>Para prevenir la FAU es necesario detectar y controlar al vector responsable de la transmisión del virus, detectar rápidamente los casos probables, prevenir brotes y controlar las epidemias realizando acciones de control inmediatas. Existe una vacuna de alta eficacia (99%), que deja inmunidad de largo plazo (entre 30 – 35 años), pero con la cual se recomienda la revacunación cada 10 años.</p> <p>Esta es una patología de Notificación Obligatoria en todo el mundo de acuerdo al Reglamento Sanitario Internacional.</p>
Descripción	<p>Enfermedad infecciosa aguda de origen viral, que tiene una duración breve y presenta cuadros clínicos de gravedad variable. Se caracteriza por el comienzo súbito que incluye fiebre, escalofríos, cefalalgia, dorsalgia, mialgias generalizadas, postración, náusea y vómito. Con el avance de la enfermedad se observa pulso más lento y débil, aunque la temperatura corporal sea elevada (signo de Faget). En el período conocido como de intoxicación, se observan síntomas de insuficiencia hepato – renal, que se manifiestan por ictericia, hematemesis, melena y otras manifestaciones hemorrágicas (epistaxis, otorragias, gingivorragias) oliguria, anuria con albuminuria y postración.</p> <p>La enfermedad confiere inmunidad por largo tiempo y no se conocen segundos ataques. En los recién nacidos la inmunidad pasiva transitoria puede persistir hasta por seis meses. En las infecciones naturales los anticuerpos aparecen en la sangre durante la primera semana de la enfermedad.</p>
Agente	Virus de la Fiebre Amarilla, un arbovirus perteneciente al género de los <i>Flavivirus</i> y la familia <i>Flaviviridae</i> .
Transmisión	En la FAU, por la picadura del mosquito <i>Aedes aegypti</i> infectante (ver características en Dengue). En las selvas de América del Sur, la FA selvática es transmitida por especies de mosquitos del género <i>Haemagogus</i> o <i>Sabethes</i> . En diferentes regiones del África, otras especies de mosquitos son las responsables de la transmisión, desde monos infectados a humanos.
Reservorio	En las zonas urbanas, para la FAU, el hombre es el reservorio de mayor importancia epidemiológica. En las zonas selváticas, los monos y tal vez otros marsupiales y los mosquitos selváticos, el hombre resulta en un huésped accidental.
Incubación	Es corto, varía de 3 a 6 días luego de la picadura del mosquito infectado.
Transmisibilidad	<p>Para los mosquitos, la sangre de los enfermos es infectante desde 24 a 48 horas antes del inicio de la fiebre, y hasta 3 a 5 días luego del inicio de la enfermedad. En lugares con alta presencia de mosquitos y gran cantidad de susceptibles, la enfermedad es altamente transmisible. No está descrita la transmisión por contacto o vehículos comunes.</p> <p>El virus en el mosquito <i>Aedes aegypti</i>, tiene un período de incubación extrínseco de 9 a 12 días, y una vez infectado puede transmitirlo por el resto de su vida adulta de 4 a más de 30 días según condiciones ambientales.</p>
Distribución	<p>Existen dos ciclos de transmisión, uno el selvático que incluye a los mosquitos y a los primates, y el ciclo urbano que involucra al <i>Aedes aegypti</i> y los seres humanos.</p> <p>El ciclo selvático está limitado a regiones tropicales de África; tropicales y transicionales selváticas de América Latina (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú) y es el responsable de mantener entre 100 a 200 casos anuales, fundamentalmente entre hombres jóvenes que por razones de ocupación se ven expuestos a los mosquitos en esas áreas. Su comportamiento es cíclico y va precedido de epizootias en monos.</p> <p>El ciclo urbano puede suceder en el momento de la reinfestación de las ciudades con <i>Aedes aegypti</i>, lo que renueva el peligro potencial de la transmisión de la enfermedad y la aparición de epidemias. En los últimos años esta transmisión ocurrió en Nigeria (África), con casi 20.000 casos y más de 4.000 muertes entre 1986 y 1991.</p> <p>En Argentina no se registran casos de FAU desde 1.905 y de FAS desde 1.967. La detección de <i>Aedes aegypti</i> en diversas localidades renueva el peligro potencial de la aparición de la enfermedad en nuestro país.</p>

<p>Definición de caso</p>	<p>Área sin vector: Caso Sospechoso: toda persona que presenta fiebre en un plazo de 7 a 10 días seguida de ictericia y/o de manifestaciones hemorrágicas, procedente de zona con evidencia de transmisión de Fiebre Amarilla. Área con vector Caso sospechoso: Paciente sin vacuna anti-amarilíca previa, con cuadro febril agudo menor de 7 días, de iniciación súbita, procedente de área endémica para Fiebre amarilla Silvestre y/o de ocurrencia de casos de Fiebre Amarilla. Caso Confirmado: todo paciente sospechoso que tenga un diagnóstico confirmatorio de Fiebre Amarilla por laboratorio. Toma de muestra de por lo menos 1 ml. de suero. No usar anticoagulantes. Enviar refrigerado (entre 4 – 8° C) al laboratorio de referencia con la ficha (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133). <i>Criterios de laboratorio para el diagnóstico:</i> - Presencia de IgM específica para la fiebre amarilla (Presuntivo). - Aumento cuádruplo de los niveles de IgG sérica en pares de muestras de suero (fase aguda y convalecencia) en pacientes sin historia reciente de vacunación y cuando se han descartado reacciones cruzadas con otros flavivirus (Confirmatorio). - Detección del antígeno específico en los tejidos por inmunohistoquímica (Confirmatorio). - Detección de secuencias genómicas del virus (PCR) de la fiebre amarilla en la sangre u órganos (Confirmatorio). - Aislamiento del virus de la fiebre amarilla (Confirmatorio). <i>Criterios clínicos – epidemiológico:</i> Caso sospechoso que evoluciona a la muerte en menos de 10 días sin confirmación.</p>
<p>Modalidad de vigilancia</p>	<p>Sujeta al Reglamento Sanitario Internacional. Notificación inmediata , por teléfono, fax, o radio e individual del caso sospechoso, desde los niveles locales. Implementar la vigilancia del síndrome hemorrágico grave y/o mortal, y hepatitis fulminantes en hospitales y centros de referencia. En fallecidos sin diagnóstico con antecedentes de fiebre e ictericia, tomar muestras de hígado para enviar al Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas. Por Fichas específicas agregar los datos necesarios para el Programa específico de Vectores (como estado de vacunación, viajes a áreas endémicas en la última semana, etc). Se deben vigilar las muertes de monos aulladores y realizar encuestas de detección de inmunidad mediante pruebas de neutralización en primates salvajes capturados en áreas selváticas.</p>
<p>Medidas de control</p>	<p>5.1 Nivel Individual: Inicio de investigación epidemiológica en los casos sospechosos para localizar el foco. Las investigaciones deben centrarse en el área donde se detectó el caso sospechoso, con búsqueda activa de otros casos. Evitar el contacto de mosquitos con el paciente por lo menos durante 5 días desde el comienzo de la enfermedad, por medio de mosquiteros, repelentes, mallas metálicas. Nivel comunitario: Vacunación de bloqueo con vacuna anti-amarilíca según Normas del TAG. Para el rápido inicio de las acciones en terreno en forma conjunta con responsables de saneamiento, control de vectores, veterinaria, personal de parques nacionales. Información, educación y comunicación en la población sobre la biología del mosquito, el modo de transmisión y los métodos de prevención. Intensificar la vigilancia de los casos febriles en áreas de riesgo potencial y donde se hubiere detectado un caso sospechoso. Intensificar las medidas de control tendientes a eliminar potenciales sitios de reproducción del mosquito mediante la destrucción o inversión de recipientes con agua o aplicación de larvicidas. En caso de epidemia, eliminación de adultos mediante la fumigación. Recordar que el <i>Aedes aegypti</i> no se cría en ríos, lagunas, zanjas naturales, etc. Implementar las medidas de control integrado en conjunto con los Programas Específicos y según las Normas preestablecidas.</p>

	<p>Medidas Internacionales: Los gobiernos deben notificar de manera urgente a la OMS y países vecinos el primer caso importado, transferido o autóctono de fiebre amarilla en una zona sin casos anteriores, como así también los focos de infección descubiertos o reactivados entre vertebrados no humanos. Se deben seguir los procedimientos establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional. Los viajeros internacionales a zonas endémicas o áreas con FAS deben vacunarse según las Normas preestablecidas. Consultar a Sanidad de Fronteras.</p>
--	---

	7.4. - LEISHMANIASIS - CIE-10 B55. LEISHMANIASIS CUTÁNEA CIE-10 B55.1, B55.2. LEISHMANIASIS VISCERAL CIE-10 B55.
Justificación	Es un importante problema de salud pública debido a los brotes epidémicos que presenta. La leishmaniasis mucocutánea es una enfermedad endémica en 72 países del mundo y se calcula que anualmente se producen 1.500.000 casos nuevos. En América se conocen dos formas clínicas de leishmaniasis, la cutánea o tegumentaria y la visceral. En Argentina sólo se ha diagnosticado parasitológicamente leishmaniasis mucocutánea. Presenta manifestaciones cutánea en la primoinfección y lesión mucosa en aproximadamente el 20% de los casos cutáneos no tratados, luego de un período asintomático de 15 años o más. La vigilancia es de fundamental importancia para realizar la detección precoz y el tratamiento oportuno de la primoinfección y evitar el compromiso de las mucosas que constituyen la forma grave de la enfermedad. La leishmaniasis visceral, es una enfermedad endémica en 61 países del mundo y se calcula que anualmente se producen 500.000 de casos nuevos. Es la forma más grave de la leishmaniasis, ya que si no se trata lleva a la muerte. Hasta la actualidad, en nuestro país, solo se describieron algunos pocos casos clínicos sin haberse aislado el parásito responsable de esta forma clínica.
Descripción	Leishmaniosis cutánea: Pueden presentarse como leishmaniasis cutánea localizada, o difusa. En las formas localizadas la lesión se caracteriza como una úlcera de bordes elevados, en general indolora, de fondo granuloso que puede o no tener un exudado en su fondo. Afecta principalmente las cavidades nasales, luego la faringe, laringe y la cavidad bucal Leishmaniasis visceral: Se caracteriza por fiebre de larga duración, que tiene comienzo gradual o repentino, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, anemia, leucopenia, trombocitopenia, anorexia, pérdida de peso y caquexia, debilidad progresiva. Sin tratamiento este cuadro lleva a la muerte en 1 o 2 años luego de la aparición de los síntomas.
Agente	Hay diferentes subgéneros y especies de Leishmania. En Argentina la especie habitualmente encontrada es <i>L. Braziliensis</i> perteneciente al subgénero <i>Viannia</i> agente de la leishmaniosis cutánea - mucocutánea. Vector: insectos dípteros. En Argentina el principal flebótomo implicado es la <i>Lutzomyia</i>
Transmisión	Las leishmaniasis cutánea y visceral se contraen a través de la picadura de diversas especies de flebótomos. Los parásitos se desarrollan y multiplican en el intestino del flebótomo y en un plazo de 8 a 20 días, según condiciones de temperatura y sistema huésped-vector. Surgen parásitos infectantes ingresando por el sitio de la picadura.
Reservorio	Variable según la localidad y la especie de leishmania; los huéspedes más comunes son los roedores salvajes, edentados (perezosos), marsupiales y carnívoros (Canidae). Los perros domésticos son reservorio para leishmaniasis visceral. En muchas zonas como en la Argentina, se desconocen los reservorios, siendo el hombre, cánidos y equinos huéspedes accidentales con manifestación clínica.
Incubación	Para la leishmaniasis cutánea, en promedio 1 mes, pudiendo ser tan corto como 2 semanas o tan largo como 6 a 12 meses. Para la leishmaniasis visceral, variable de 10 días a 24 meses, con una media de 2 a 4 meses pudiendo extenderse hasta varios años.
Transmisibilidad	En el caso de reservorios comprobados con manifestación clínica cutánea la capacidad infectante persiste para los flebótomos mientras haya parásitos en las lesiones, que cuando éstas no se tratan es de unos meses a 2 años
Distribución	Es de distribución mundial. En el continente Americano, puede observarse desde el sur de los Estados Unidos y hasta el norte de Argentina. En nuestro país el área endémica abarca regiones en las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, Chaco, Catamarca, Corrientes, Misiones y Formosa. En Argentina actualmente no se notifican casos de leishmaniosis visceral. Los cambios ambientales relacionados con migraciones a áreas boscosas y rurales, o desde ellas a zonas periurbanas boscosas se vinculan con la aparición de epidemias. Las grandes epidemias de esta forma de leishmaniosis americana generalmente se relacionan con la zona o el trabajo de deforestación, cambios ambientales o actividades relacionadas al monte como pesca, explotación de petróleo, etc.

Definición de caso	<p>Caso sospechoso: Antecedente epidemiológico más pápula que se agranda y torna forma de úlcera indolora</p> <p>Criterios para lesiones activas: La lesión no fue causada por traumatismo, lleva más de dos semanas sin curar, es una úlcera redonda u ovalada, tiene los bordes elevados, es un nódulo o una verruga, hay adenopatía regional, lesiones que no responden a terapia antibiótica.</p> <p>La expresión clínica puede ser: Típica (5 o más criterios); Sospechosa (3 o 4 criterios) y Atípica (menos de 3 criterios).</p> <p>Caso confirmado: es un caso sospechoso mas el diagnóstico por laboratorio (ver Capítulo IV, toma de muestra, página...).</p> <p>Diagnóstico: Los criterios de laboratorio para el diagnóstico de leishmaniasis cutánea son:</p> <p>Parasitología positiva (tinción de frotis. Sensibilidad hasta 60%) Confirmatorio.</p> <p>Anatomía patológica de la lesión con presencia de amastigotes. Confirmatorio.</p> <p>Parasitología positiva por amplificación. Cultivo in vitro o cultivo in vivo (inoculación de hamsters). Confirmatorio.</p> <p>Intradermoreacción de Montenegro, como medida complementaria. Puede utilizarse como confirmatoria para casos presuntivos que no residen en zona endémica.</p> <p>Nota: Hasta la actualidad no se puede realizar serología porque cruza con la enfermedad de Chagas.</p> <p>Leishmaniosis visceral:</p> <p>Sospechoso: toda persona que proviene de un área endémica o de otra donde esté ocurriendo un brote y presenta fiebre de más de 2 semanas de duración, con o sin otras manifestaciones clínicas.</p> <p>Confirmado: toda persona que presenta signos clínicos con confirmación serológica o confirmación parasitológica del diagnóstico. Parasitología positiva (tinción de frotis de médula ósea, bazo, hígado, ganglio linfático, sangre o cultivo del microorganismo de una biopsia o material aspirado)</p> <p>Serología positiva (IFA, ELISA)</p>
Modalidad de vigilancia	<p>Las notificaciones al sistema deben hacerse a través de la planilla C2, semanal, individualizada. La Ficha específica debe ser remitida al programa específico de nivel provincial.</p> <p>Cuando existe una coinfección por leishmania y HIV, se recomienda la vigilancia centinela por hospitales, laboratorios o ambos.</p> <p>En caso de brote comunicarse con los referentes para coordinar con personal local el estudio específico.</p>
Medidas de control	<p>Nivel Individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inicio de investigación epidemiológica en los casos sospechosos para localizar el foco y determinar el ciclo de transmisión local. -Protección personal (utilizar ropa, evitar horas y sitios de alta transmisión) <p>Nivel comunitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información, educación y comunicación en la población sobre el modo de transmisión y los métodos de prevención. -Identificación de los sitios y horas de mayor transmisión, ayudar a la detección de casos sospechosos, desaconsejar las actividades recreacionales en dichos sitios, coordinar con empresas privadas las actividades laborales de riesgo, y programar las actividades comunales (desmalezamiento, canalización, etc.) a fin de evitar realizarlas durante las épocas de mayor transmisión. Mantener el terreno alrededor de la vivienda, libre de malezas.

	7.5. - PALUDISMO (Malaria) CIE-10 B50-B54.
Justificación	<p>Es la enfermedad parasitaria más importante de todo el mundo, con morbilidad y mortalidad altas; produce entre 1 y 3 millones de muertes cada año.</p> <p>A pesar de los esfuerzos para erradicarla, en muchas áreas tropicales se ha reactivado. La probable extensión del área en riesgo por el cambio climático global, la resistencia de los vectores a los insecticidas y la farmacoresistencia son aspectos del paludismo que se han vuelto un problema creciente en toda el área endémica.</p> <p>En niños y adultos no tratados la tasa de letalidad excede el 10%. Esta tasa está relacionada con la especie de parásito y la historia de la localidad, siendo más alta en aquellas donde las epidemias no tienen antecedentes de endemia previa (inmunidad parcial)</p> <p>Las medidas de control exitosas dependen del diagnóstico y tratamiento tempranos, la planificación y ejecución de medidas preventivas selectivas y sostenibles y la prevención de epidemias.</p>
Descripción	<p>Enfermedad parasitaria que puede presentarse en cuatro formas clínicas en el ser humano, indiferenciables por los síntomas sin estudios de laboratorio.</p> <p>Las características de la fiebre y el cuadro de los primeros días puede ser muy variado y comenzar con una sensación de incomodidad, cefalea ocasional, náuseas, vómitos, astenia, fatiga, anorexia.</p> <p>El ataque agudo de paludismo se caracteriza por un conjunto de paroxismos febriles que comprenden períodos sucesivos de frío, calor, sudor y fiebre. La duración del ataque primario varía desde 1 semana hasta 1 mes o más. Las recaídas después de períodos sin parasitemia son frecuentes y pueden surgir a intervalos regulares incluso por años. Los ciclos febriles dependen de la especie de parásito involucrado.</p> <p>Toda la población de nuestro país es susceptible al parásito. En el caso de la infección por <i>P. Falciparum</i>, la infección puede conducir al coma, convulsiones generalizadas, hiperparasitemia, anemia normocítica trastorno ácido – base, insuficiencia renal, choque circulatorio, hemorragia espontánea, edema pulmonar y muerte.</p> <p>En el caso de <i>Plasmodium vivax</i> el tratamiento es ambulatorio.</p>
Agente	<p>Formas esporozarias de los parásitos de <i>Plasmodium vivax</i>, <i>P.malariae</i>, <i>P.falciparum</i> y <i>P.ovale</i>. En nuestro país el 100% de las infecciones son producidas por <i>P.vivax</i>, transmitido por <i>Anopheles pseudopunctipennis</i> en el Noroeste (NOA) y <i>A.darlingi</i> en el Noreste (NEA).</p>
Transmisión	<p>Por las picaduras infectantes de hembras del género <i>Anopheles</i>. Las especies anofelinas en general se alimentan al atardecer y en las primeras horas de la noche, con períodos máximos de picadura cerca de la medianoche o durante las primeras horas de la mañana para ciertos vectores.</p> <p>El ciclo sexual del parásito transcurre en la pared externa del estómago del mosquito en un lapso de entre 8 a 35 días; luego maduran en las glándulas salivales desde donde se inyectan a una persona cada vez que el mosquito se alimenta de sangre.</p>
Reservorio	<p>Los seres humanos son el único reservorio vertebrado importante para el paludismo humano.</p>
Incubación	<p>Depende del parásito infectante, para el <i>P. Vivax</i> y el <i>P. ovale</i> de 8 a 14 días entre la picadura y la aparición de los síntomas, para el <i>P. Falciparum</i> es de 7 a 14 días y para el <i>P. malariae</i> de 7 a 30 días.</p>
Transmisibilidad	<p>Los mosquitos se infectan al ingerir sangre con la forma gametocíticas del parásito. Los pacientes no tratados o insuficientemente tratados pueden ser fuente de infección para los mosquitos de 1 a 2 años en el caso de <i>P. vivax</i> y no más de 1 año para <i>P. falciparum</i>.</p>
Distribución	<p>En Argentina las áreas maláricas se corresponden con las zonas rurales selváticas y húmedas del Noroeste (NOA) (Salta y Jujuy) y del Noreste (NEA) (Misiones y Corrientes).</p>
Definición de caso	<p>Caso Sospechoso: toda persona que presenta conjunto de paroxismos febriles que comprenden períodos sucesivos de frío, calor, sudor y fiebre y sea residente o visitante a una región endémica.</p> <p>Confirmado: todo paciente sospechoso que tenga detección de parásitos palúdicos en frotis de sangre. Gota gruesa (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).</p> <p>Paludismo autóctono: es un caso que adquirió la enfermedad en un área, región o país.</p>

	<p>Paludismo importado: es un caso donde la infección fue adquirida fuera del área donde se encontró, implicando que el origen puede ser un área conocida de paludismo.</p>
Modalidad de vigilancia	<p>Notificación al sistema por planilla C2, semanal, numérica</p> <p>Otros estudios: el Programa específico realiza otros tipos de vigilancia como la entomológica; se recomienda especialmente el monitoreo de los anofelinos en el país para actualizar el conocimiento de las especies potencialmente transmisoras de esta enfermedad, identificar repertorio de especies presentes y tasas de infección (ooquistes y glándulas salivales). Encuestas de supervisión y readiestramiento, uso de medicamentos antipalúdicos.</p>
Medidas de control	<p>Nivel Individual: reducción del riesgo de picaduras de mosquito, permanencia en sitios a prueba de mosquitos, medidas de protección personal con los mosquitos. En pacientes hospitalizados precauciones respecto a la sangre. Inicio de investigación epidemiológica en los casos sospechosos para localizar la fuente de infección o de exposición previa. Si surgen antecedentes de haber compartido agujas, investigar a todos los que la compartieron. En caso de paludismo postransfusional, investigar a los dadores de sangre. Tratamiento específico según Normas del Programa Nacional de Control de Vectores.</p> <p>Nivel comunitario: Información, educación y comunicación en la población sobre la biología básica del mosquito, el modo de transmisión y los métodos de prevención. Intensificar las medidas de control tendientes a eliminar potenciales sitios de reproducción del mosquito, como el relleno y drenaje de charcos. Programar en forma racional las medidas comunitarias que puedan modificar la población de anofelinos en zona endémica (ingeniería de acequias, embalses, etc) Uso de telas o mallas metálicas y mosquiteros para prevenir el contacto con los anofelinos. Intensificar la vigilancia de los casos febriles en áreas de riesgo potencial y donde se hubiere detectado un caso sospechoso e implementar la quimioterapia según normas. Implementar las medidas de control integrado como rociamiento de viviendas en conjunto con los Programas Específicos y según las Normas preestablecidas. Control de bancos de sangre. Viajeros a zonas endémicas, se recomienda quimioprofilaxis según Normas.</p> <p>Medidas Internacionales: Los gobiernos deben notificar dos veces al año a la OMS. Desinsectación de aviones, barcos y otros vehículos provenientes de áreas endémicas al llegar a destino, según Normas.</p>