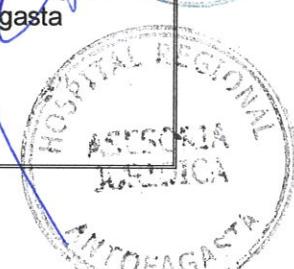


 HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA	Procedimiento de atención de paciente sospechoso o confirmado de Dengue en el Hospital Regional Leonardo Guzmán	Código: PO-IIH-10 Versión: 01 Página 1 de 16 Emisión: agosto 2024 Vigencia: 5 años
---	--	--

Procedimiento de atención del paciente sospechoso o confirmado con Dengue en el Hospital Leonardo Guzmán de Antofagasta

Índice	
Sección	Página
Objetivo	2
Alcance	2
Responsabilidades	2
Definiciones	3
Referencias	4
Equipos y Materiales	4
Descripción del Proceso	4
Documentos asociados	11
Anexos	11
Revisores y modificaciones de la versión original	11

Preparado por:  Equipo Unidad IAAS	Revisado por: Dra. Yoselyn Castillo Blanco Jefe Unidad de IAAS y Epidemiología Sr. José Muñoz Meza Jefe UCSP Sr. Maykol Araya Jefe Técnico Laboratorio SEGUROIDAD DEL PACIENTE "UCSP"	Aprobado por: Dr. Antonio Zapata Pizarro Director Hospital Regional de Antofagasta   
---	---	--

Este documento es propiedad del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta. Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización del Dirección del establecimiento.

 HOSPITAL <small>DR. LEONARDO GUZMÁN</small> ANTOFAGASTA	Procedimiento de atención de paciente sospechoso o confirmado de Dengue en el Hospital Regional Leonardo Guzmán	Código: PO-IIH-10 Versión: 01 Página 2 de 16 Emisión: agosto 2024 Vigencia: 5 años
--	--	---

1. OBJETIVO

- Detectar y notificar precozmente al paciente con sospecha de Dengue en el hospital Dr. Leonardo Guzmán Antofagasta de Antofagasta.
- Estandarizar la atención del paciente con sospecha o patología de Dengue en hospital Dr. Leonardo Guzmán Antofagasta con el fin de optimizar el manejo clínico y evitar complicaciones.

2. ALCANCES

- El ámbito de aplicación de estas instrucciones se extiende a todas las Unidades establecidas para el ingreso y atención del paciente con sospecha de Dengue.

3. RESPONSABILIDADES

3.1 Nivel Directivo del Establecimiento. Es responsable de entregar las provisiones de insumos para cumplir con las medidas pertinentes.

3.2 Subdirección Médica: responsable de coordinar el personal médico para la atención de los pacientes adultos, pediátricos y neonatales.

3.3 Personal de Admisión: Responsable de aplicar encuesta de pesquisa e informar llegada de persona caso sospechoso a Enfermero (a) categorizador.

3.4 Medico de Turno de la UE: Es el responsable de la atención del paciente, realizar la notificación en el sistema EPIVIGILA, dar aviso a la Autoridad sanitaria y encargado de Epidemiología.

3.5 Enfermera (o) de Turno de la UE: Es responsable de cumplir las indicaciones médicas.

3.6 Equipo IAAS: Es responsable de asesorar a los directivos con relación a las medidas pertinentes para contener la transmisión en caso de la presencia del vector en la ciudad.

3.7 Delegado de Epidemiología: Encargado de mantener la coordinación con el departamento de Epidemiología de la SEREMIA, verifica y valida la información de la notificación.

3.8 Subdirección de concesiones: Encargados de supervisar funcionamiento y gestión de servicios concesionados, así como contingencias que se presenten en materia de residuos, aseo y seguridad.

Este documento es propiedad del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta. Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización del Dirección del establecimiento.

 HOSPITAL <small>DE LEONARDO GUZMÁN</small> ANTOFAGASTA	Procedimiento de atención de paciente sospechoso o confirmado de Dengue en el Hospital Regional Leonardo Guzmán	Código: PO-IIH-10 Versión: 01 Página 3 de 16 Emisión: agosto 2024 Vigencia: 5 años
---	--	---

3.9 Inspección fiscal: Encargado de asegurar el funcionamiento de todos los servicios prestados por la sociedad concesionaria.

3.10 Laboratorio: Entregar directrices de la toma de muestra, de los insumos para ésta, incluyendo los contenedores de triple embalaje, análisis y/o derivación de la muestra.

4. DEFINICIONES

4.1 Definición de caso: (Anexo 1)

Caso Sospechoso: Persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de dengue, y presenta fiebre aguda de 2 a 7 días de evolución, y dos o más de las siguientes manifestaciones:

- Náuseas / Vómitos
- Exantema
- Cefalea/dolor retroorbitario
- Mialgia/ astralgia
- Petequias o pruebas de torniquete positiva (+)
- Leucopenia, con o sin cualquier signo de alarma o signo de gravedad.

También se considera caso sospechoso a todo niño que reside o haya viajado en los últimos 14 días a una zona con transmisión de dengue que presenta cuadro febril agudo, por lo general, de 2 a 7 días de evolución, sin foco aparente.

Caso Probable: Caso sospechoso de dengue y además tiene:

- Detección de IgM en una sola muestra de suero (recogida durante la fase aguda o convaleciente).
- O
- Nexo epidemiológico referido con un caso confirmado.

Caso Confirmado: Caso sospechoso de dengue y además tiene:

- Detección de ARN viral por RT-PCR o de la proteína viral NS1 mediante ELISA, o la demostración de la presencia del virus mediante aislamiento viral.
- O
- Aumento de 4 veces en el valor de título de anticuerpos específicos para DENV (muestras recogidas con al menos 14 días de diferencia).
- En fallecidos, detección molecular del genoma viral a partir de tejido de autopsia mediante estudio histopatológico e inmunohistoquímica.

Este documento es propiedad del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta. Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización del Dirección del establecimiento.



 HOSPITAL <small>DR. LEONARDO GUZMÁN</small> ANTOFAGASTA	Procedimiento de atención de paciente sospechoso o confirmado de Dengue en el Hospital Regional Leonardo Guzmán	Código: PO-IIH-10 Versión: 01 Página 4 de 16 Emisión: agosto 2024 Vigencia: 5 años
--	--	---

5. REFERENCIAS

- Guías para la Atención de Enfermos en la Región de las Américas. OPS. 2015
- Preparación de la Red Asistencial para la Atención de Casos de Dengue. Circular C37 N° 04. 26 marzo 2024.
- Plataforma Epi.minsal

6. EQUIPOS Y MATERIALES

Descritos en cada procedimiento

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

7.1 Admisión de pacientes.

1. Personal de Admisión realiza encuesta de pesquisa (Anexo 2).
2. Para la atención del paciente se deben considerar precauciones estándares, por lo que no es necesario un box aislado.
3. Si cumple con la definición de caso, dar aviso al médico de turno.

7.2 Atención Clínica.

1. Si el caso en cuestión es sospechoso de Dengue, el médico debe iniciar anamnesis dirigida, examen físico completo y clasificación del caso según gravedad para su adecuada atención.
2. El médico debe solicitar examen en SICLOPE e indicar la toma de muestra de sangre para su procesamiento, dependiendo de la fecha de inicio de síntomas (Anexo 3), completando en forma digital el formulario de derivación de Muestras al ISP (Anexo 4). Realiza la notificación en sistema EPIVIGILA en la sección ARBOVIRUS (Anexo 5). Informa el caso a la Autoridad Sanitaria al celular **939590141** y al correo electrónico epi.antofagasta@redsalud.gob.cl con copia a la Delegada de Epidemiología (hra.epidemiologia@gmail.com).
3. La enfermera de turno de la unidad de Urgencias solicitará al Servicio de laboratorio la caja de triple embalaje al anexo **552902 - 553437**. Coordinará con la Unidad de Gestión camas, la hospitalización del paciente si procede.



Este documento es propiedad del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta. Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización del Dirección del establecimiento.

 HOSPITAL <small>DR. LEONARDO GUZMÁN</small> ANTOFAGASTA	Procedimiento de atención de paciente sospechoso o confirmado de Dengue en el Hospital Regional Leonardo Guzmán	Código: PO-IIH-10 Versión: 01 Página 5 de 16 Emisión: agosto 2024 Vigencia: 5 años
--	--	---

7.3 Clasificación según gravedad: (Anexo 5)

Según las características clínicas que pesquisa el médico tratante, se puede clasificar al paciente según su nivel de gravedad en 3 grupos: Dengue sin signos de alarma, Dengue con signos de alarma y Dengue grave. Esta clasificación nos permitirá decidir el manejo clínico mas adecuado para cada paciente, así los pacientes con:

- 1.- Dengue sin signos de alarma y sin condiciones de comorbilidad, pueden tratarse ambulatoriamente con controles en Atención Primaria sin ameritar hospitalización.
- 2.- Los pacientes sin signos de alarma pero que presenten alguna condición como diabetes, asma, obesidad o mujeres que se encuentran embarazadas, ameritan hospitalización.
- 3.- Los pacientes que sí presenten signos de alarma ameritan hospitalización.
- 4.- Por último, los pacientes clasificados como con Dengue grave ameritan hospitalización y manejo en UCI.

Los signos de alarma son:

- 1.- Dolor abdominal intenso y sostenido, o dolor a la palpación del abdomen.
- 2.- Vómitos persistentes (más de 3 en una hora).
- 3.- Acumulación de líquidos.
- 4.- Sangrado de mucosas.
- 5.- Letargo/ irritabilidad.
- 6.- Hipotensión postural (lipotimia).
- 7.- Hepatomegalia >2 cm.
- 8.- Aumento progresivo del hematocrito.

El inicio del manejo clínico del dengue no debe retrasarse ante la espera de la confirmación diagnóstica por laboratorio, dado que es una enfermedad sistémica y dinámica, y la aparición de los signos de alarma o progresión del dengue grave puede ocurrir en cuestión de horas. El paciente hospitalizado puede compartir habitación con otros pacientes; recordar siempre la importancia de las precauciones estándar. Se permiten las visitas o acompañantes/persona significativa, especialmente para menores de edad o personas dependientes de cuidado.

7.4 Manejo de Pacientes según gravedad

Una vez clasificado al paciente según su gravedad, debemos ubicarlo en un grupo de intervención terapéutica, estos son grupo A, grupo B 1, grupo B2 y grupo C, según los siguientes criterios:



Este documento es propiedad del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta. Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización del Dirección del establecimiento.

Procedimiento de atención de paciente sospechoso o confirmado de Dengue en el Hospital Regional Leonardo Guzmán

Código: PO-IIH-10

Versión: 01

Página 6 de 16

Emisión: agosto 2024

Vigencia: 5 años

Grupos de intervención

Clasificación de gravedad	Grupo A	Grupo B1	Grupo B2	Grupo C
Criterios de grupo	<ul style="list-style-type: none"> Toleran volúmenes adecuados de líquidos por vía oral. Orinan al menos una vez cada 6 horas. Sin enfermedades ni condiciones asociadas, ni riesgo social. <p>O,</p> <ul style="list-style-type: none"> Presentan riesgo social: El paciente vive solo o lejos de donde puede recibir atención médica. No tiene transporte. Vive en pobreza extrema. 	<p>Presentan enfermedad o condiciones asociadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Embarazo. ≤ 1 año. ≥ 65 años. Obesidad mórbida. Hipertensión arterial. Diabetes mellitus. Asma. Daño renal. Enfermedades hemolíticas. Hepatopatía crónica. Enfermedad úlcero péptica o gastritis de cualquier etiología. En tratamiento con anticoagulantes. Entre otras 	<p>Pacientes que, cercano a la caída o al cese de la fiebre e incluso en las horas siguientes, presenten uno o más de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal intenso o dolor a la palpación del abdomen. Vómitos persistentes. Acumulación de líquidos. Sangrado de mucosas. Letargo/irritabilidad. Hipotensión postural (lipotimia). Hepatomegalia > 2 cm. Aumento progresivo del hematocrito. 	<ul style="list-style-type: none"> Todo caso de dengue que tiene una o más de las siguientes manifestaciones: Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma. Sangrado grave: según la evaluación del médico tratante. Compromiso grave de órganos (daño hepático, miocarditis, etc.)
Nivel de atención para el manejo clínico	<p>Atención Primaria de Salud (APS) tratamiento en el hogar.</p> <p>Evaluación cada 24 -48 horas por el personal de salud.</p>	<p>Derivación a hospital o unidades de dengue.</p> <p>Requiere observación y atención de su infección y condición asociada.</p>	<p>Derivación a hospital o unidades de dengue.</p> <p>Requiere administración de líquidos intravenosos.</p>	<p>Hospitalizar en unidades de Cuidados Intensivos (UCI).</p> <p>Requiere de tratamiento de urgencia.</p>

Si se trata de un caso categorizado con grupo A, se debe derivar a atención primaria para su respectivo manejo domiciliario entregando instrucciones sobre los signos de alarma y de aislamiento en el hogar. Notificar a la Autoridad Sanitaria Regional para que se le proporcione al paciente los elementos de aislamiento necesarios (malla mosquitera y repelente en localidades con presencia del vector).

Si se trata de un caso del grupo B1 o B2, debe ser hospitalizado en camas de atención media, ya que requieren observación continua

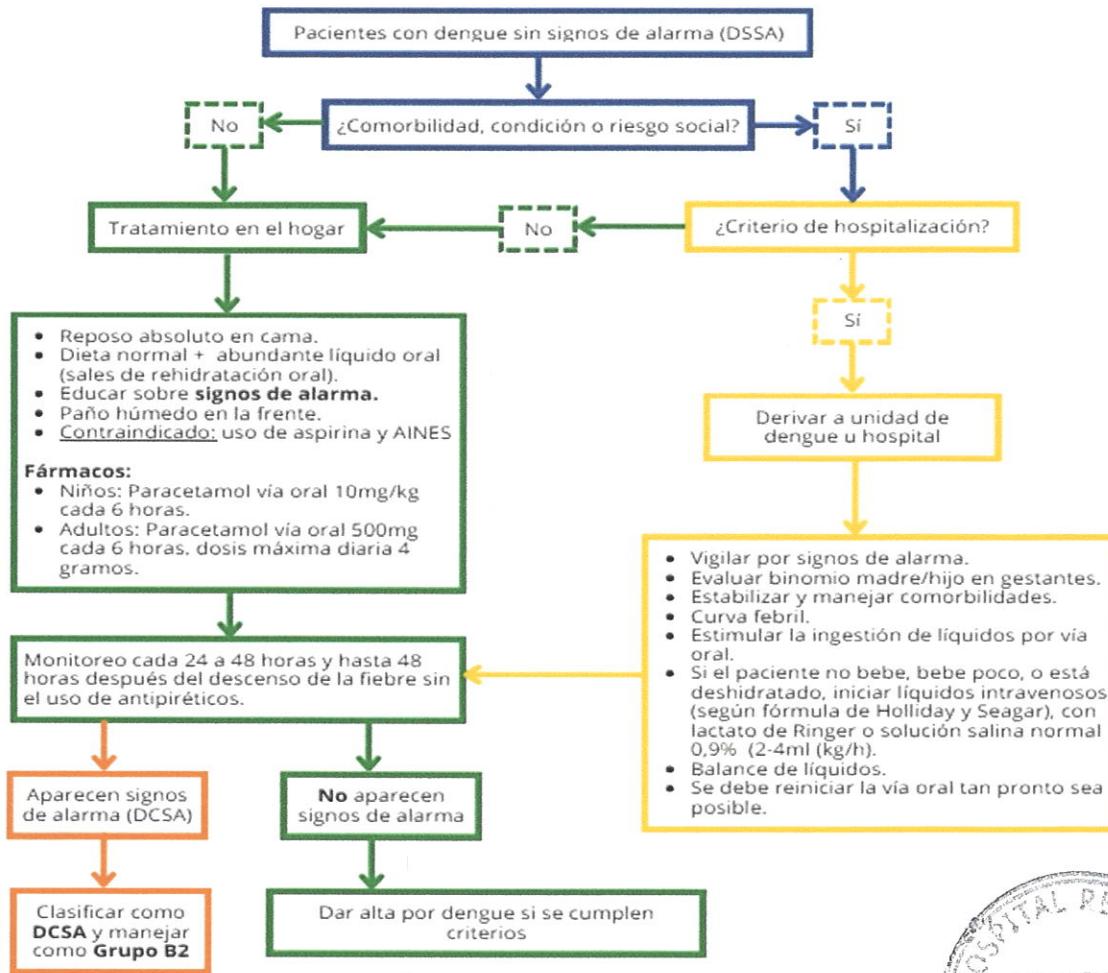
Este documento es propiedad del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta. Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización del Dirección del establecimiento.

Si se trata de un paciente del grupo C, debe ingresar a UCI.

7.5 Manejo Terapéutico

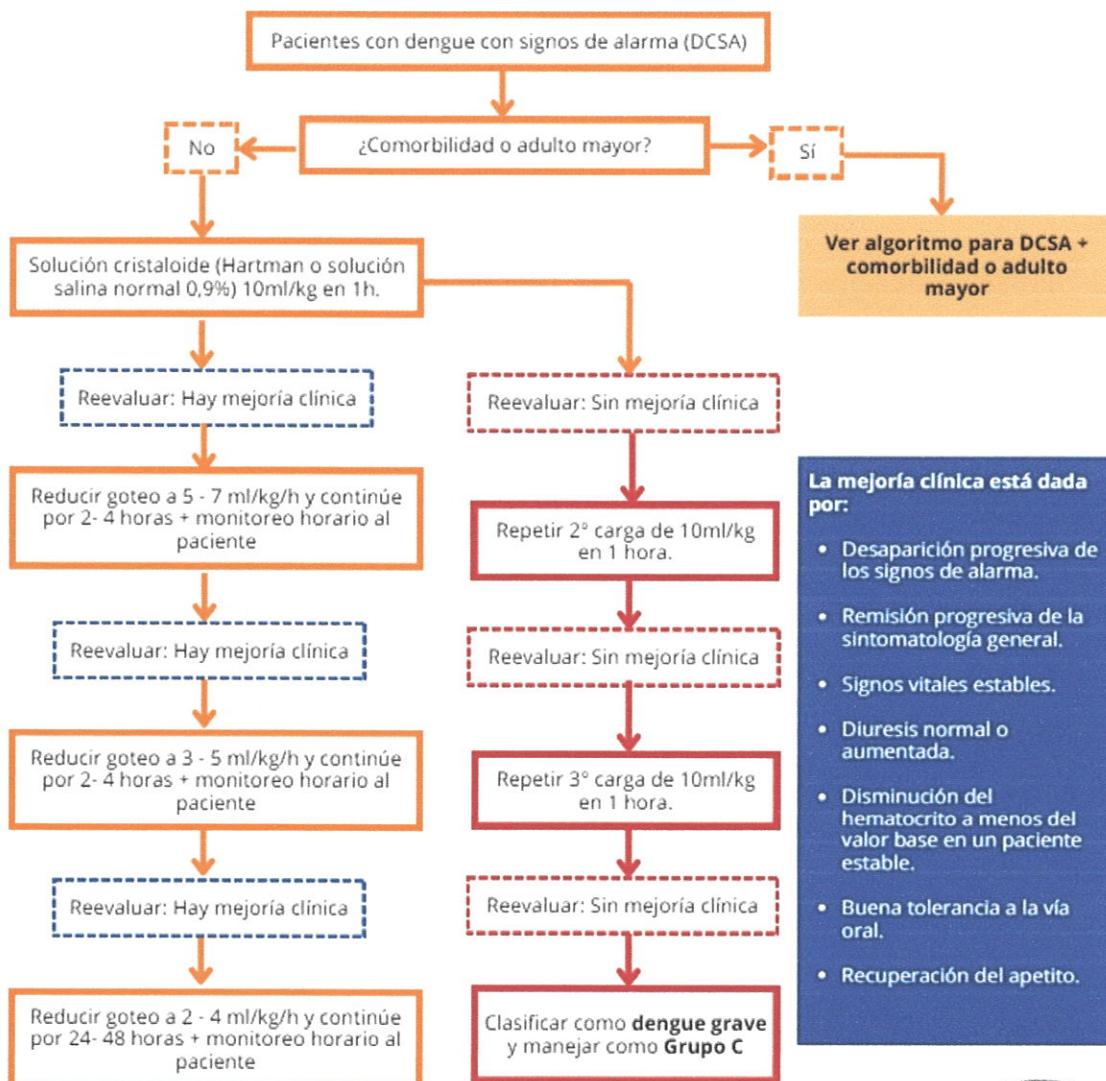
A continuación, se detalla el manejo terapéutico y de reposición de líquidos en los casos de dengue según su grupo de intervención:

Algoritmo para el Manejo Clínico de Pacientes con Dengue Sin Signos de Alarma (DSSA)-Grupo A y B1



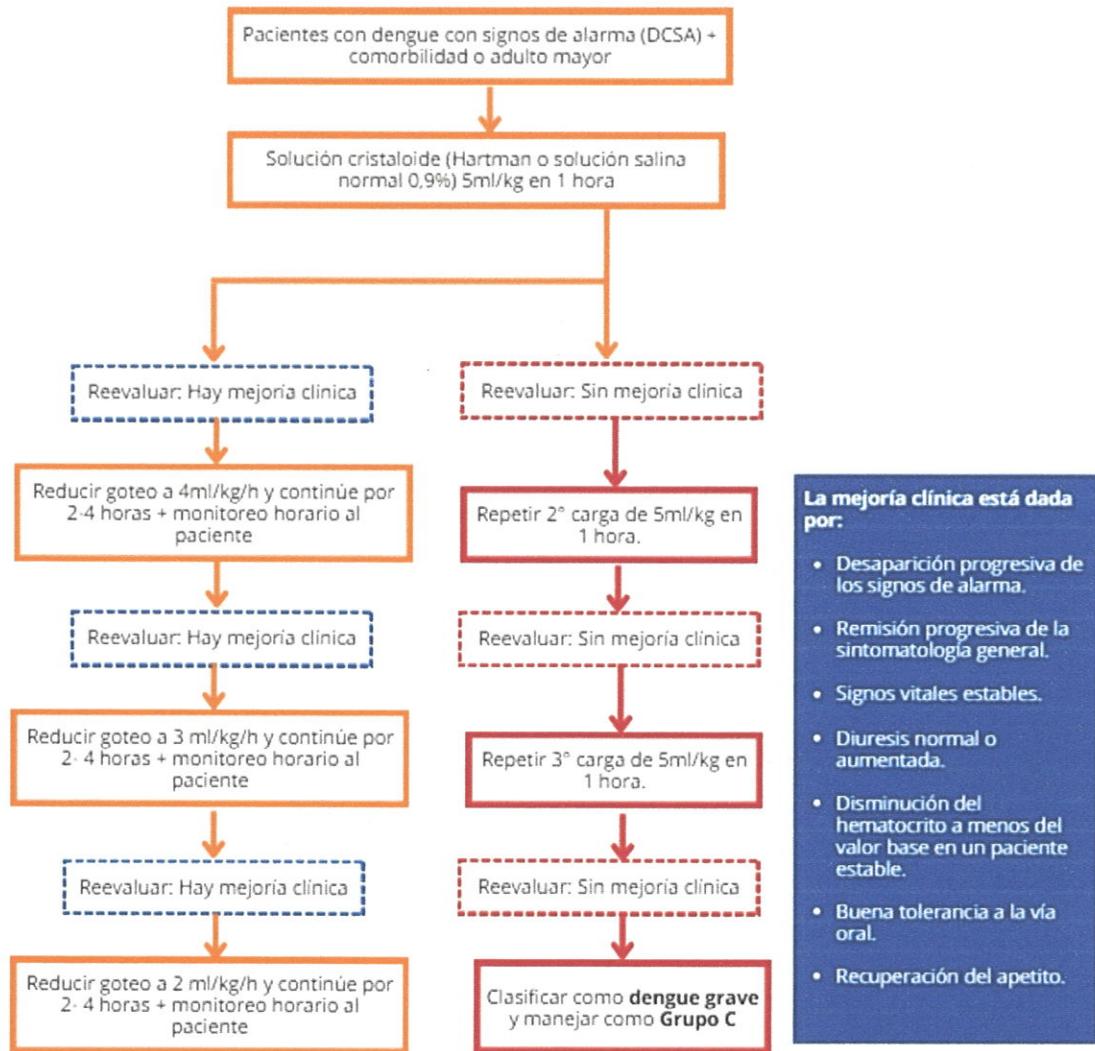
Este documento es propiedad del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta. Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización del Dirección del establecimiento.

Algoritmo para el Manejo de Líquidos Intravenosos en Pacientes con Dengue Con Signos de Alarma (DCSA)- Grupo B2



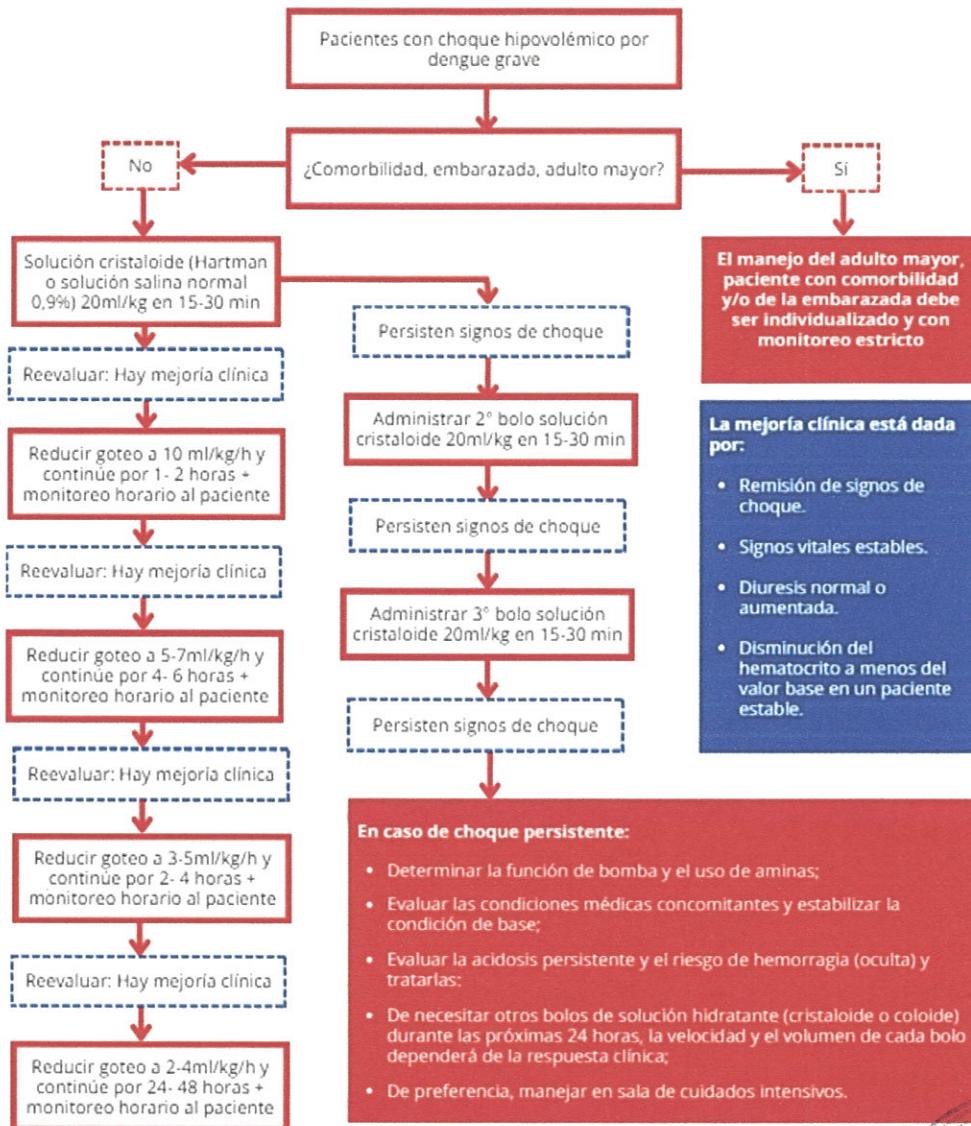
Este documento es propiedad del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta. Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización del Dirección del establecimiento.

Algoritmo para el Manejo de Líquidos Intravenosos en Pacientes con DCSA + Comorbilidad o Adulto Mayor - Grupo B2



Algoritmo para el Manejo de Líquidos Intravenosos en Pacientes con Choque Hipovolémico por Dengue Grave- Grupo C

ABC y monitoreo de signos vitales cada 5 a 30 minutos + Oxigenoterapia



Este documento es propiedad del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta. Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización del Dirección del establecimiento.

 <p>HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA</p>	<p>Procedimiento de atención de paciente sospechoso o confirmado de Dengue en el Hospital Regional Leonardo Guzmán</p>	<p>Código: PO-IIH-10 Versión: 01 Página 11 de 16 Emisión: agosto 2024 Vigencia: 5 años</p>
--	---	--

7.5 Criterios de Alta

Criterios de Alta en pacientes con Dengue

Criterios clínicos	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de fiebre por 48 horas sin administración de antipiréticos. Mejoría del estado clínico (bienestar general, buen apetito, estado hemodinámico normal, diuresis normal o aumentada, sin dificultad respiratoria y sin evidencia de sangrado).
Criterios de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> Tendencia ascendente del recuento de plaquetas. Hematocrito estable, sin líquidos intravenosos.

8 DOCUMENTOS ASOCIADOS

NT- IIH-02 Norma Precauciones Estándar
PO-LABM-08 Protocolo de toma de muestra

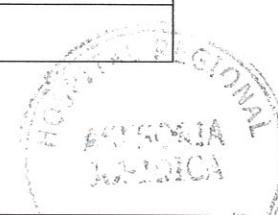
8. ANEXOS

- Anexo 1. Encuesta de Pesquisa
- Anexo 2. Toma de Muestra
- Anexo 3. Formulario de envío de muestras al ISP Ingreso a EPIVIGILA
- Anexo 4. Ingreso a EPIVIGILA
- Anexo 5. Clasificación de gravedad

10. REVISIONES Y MODIFICACIONES DE LA VERSIÓN ORIGINAL

Fecha	Sección	Modificación realizada	Responsable

Este documento es propiedad del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta. Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización del Dirección del establecimiento.





HOSPITAL
DR. LEONARDO GUZMÁN
ANTOFAGASTA

**Procedimiento de atención de paciente
sospechoso o confirmado de
Dengue en el Hospital Regional Leonardo
Guzmán**

Código: PO-IIH-10

Versión: 01

Página 12 de 16

Emisión: agosto 2024

Vigencia: 5 años

Anexo 1: Encuesta de Pesquisa

Encuesta de Pesquisa.

Paciente con caso sospechoso de Dengue:

Persona con antecedentes de viaje en los últimos 15 días a zona con circulación de virus del dengue (Argentina, Perú y Bolivia). Que presenta fiebre, acompañado de **dos o más** de los siguientes síntomas:

- Fiebre
- Cefalea
- Dolor retro orbitario
- Mialgias
- Artralgias
- Erupción cutánea
- Manifestaciones hemorrágicas (epistaxis, gingivorragia).

Este documento es propiedad del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta. Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización del Dirección del establecimiento.



Procedimiento de atención de paciente sospechoso o confirmado de Dengue en el Hospital Regional Leonardo Guzmán

Código: PO-IIH-10

Versión: 01

Página 13 de 16

Emisión: agosto 2024

Vigencia: 5 años

Anexo 2: Toma de Muestra

Enfermedad a detectar	Momento de obtención de la muestra	Tipo de muestra	Volumen de la muestra	Almacenamiento y transporte	Técnicas
Dengue, Zika, Chikungunya, Fiebre Amarilla	1 al 5º día de inicio de síntomas	Suero o plasma extraído en forma estéril, en tubo estéril, tapa rosca o goma.	Adulto: 3ml Pediátrico: 1ml	En frío con unidades refrigerante, triple empaque. Temperatura 2-8°C.	RT-PCR (dengue, chikungunya, zika, fiebre amarilla)
	>5º día de evolución	Suero o plasma extraído en forma estéril, en tubo estéril, tapa rosca o goma.	Adulto: 3ml Pediátrico: 1ml	En frío con unidades refrigerantes, triple empaque. Temperatura 2-8°.	Pruebas serológicas.
	6 y 12 días de evolución de los síntomas para Zika	Orina, 2º chorro. Envase estéril, tapa hermética.	5-10 ml orina	En frío con unidades refrigerante, triple empaque. Temperatura 2-8°C.	RT PCR virus zika
	>12 días de evolución de los síntomas para Zika	Suero o plasma extraído de forma estéril, en tubo estéril, tapa rosca o goma.	Adulto: 3 ml Pediátrico: 1ml	En frío con unidades refrigerante, triple empaque Temperatura 2-8°.	ANÁLISIS SEROLÓGICO VIRUS ZIKA

Tipo de Estudio	Muestra	Observaciones
[ISP] IgG e IgM anti virus Dengue	Suero (Tubo amarillo o rojo)	Requiere formulario ISP disponible en la intranet. Detección de anticuerpos IgM anti virus Dengue, Zika, Chikungunya y virus de la Fiebre amarilla (IgG en caso necesario), PCR y serotipificación de virus dengue.
[ISP] Detección de infección por Dengue, Zika, Chikungunya y Virus de la fiebre Amarilla	Suero (Adultos 3 ml / Pediátricos 1 ml)	Prestación derivada al ISP. Tiempo de respuesta: 10 días hábiles
[SER] Estudio de Dengue y Chikungunya. Dengue incluye antígeno NS1, anticuerpos IgG e IgM. Chikungunya incluye IgG e IgM.	Suero (2 tubos amarillos)	Requiere formulario ISP disponible en la intranet.



Este documento es propiedad del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta. Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización del Dirección del establecimiento.

 HOSPITAL <small>DE LEONARDO GUZMÁN</small> ANTOFAGASTA	<p>Procedimiento de atención de paciente sospechoso o confirmado de Dengue en el Hospital Regional Leonardo Guzmán</p>	Código: PO-IIH-10 Versión: 01 Página 14 de 16 Emisión: agosto 2024 Vigencia: 5 años
---	---	--

Anexo 3: Formulario de muestras de envío al ISP

 Formulario Envío Muestra Dengue <input type="radio"/> Chikungunya <input type="radio"/> Zika <input type="radio"/> <small>RG-01-PR-24600-005 V2</small>		ACTUALIZADO: 29/02/2016 VERSIÓN: 2 PÁGINA 1/1																																														
Información del Paciente <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">RUT</td> <td style="width: 30%;">DIRECCIÓN</td> </tr> <tr> <td>NOMBRES</td> <td>REGIÓN</td> </tr> <tr> <td>APELLOD PATERNO</td> <td>CIUDAD/REGION</td> </tr> <tr> <td>APELLOD MATERNO</td> <td>COMUNA</td> </tr> <tr> <td>SEXO</td> <td>TELÉFONO</td> </tr> <tr> <td>MASCULINO <input type="radio"/></td> <td>FEMENINO <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>FECHA DE NACIMIENTO</td> <td>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>EDAD</td> <td>PREVISIÓN</td> </tr> </table>			RUT	DIRECCIÓN	NOMBRES	REGIÓN	APELLOD PATERNO	CIUDAD/REGION	APELLOD MATERNO	COMUNA	SEXO	TELÉFONO	MASCULINO <input type="radio"/>	FEMENINO <input type="radio"/>	FECHA DE NACIMIENTO	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	EDAD	PREVISIÓN																														
RUT	DIRECCIÓN																																															
NOMBRES	REGIÓN																																															
APELLOD PATERNO	CIUDAD/REGION																																															
APELLOD MATERNO	COMUNA																																															
SEXO	TELÉFONO																																															
MASCULINO <input type="radio"/>	FEMENINO <input type="radio"/>																																															
FECHA DE NACIMIENTO	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>																																															
EDAD	PREVISIÓN																																															
Datos de la Procedencia <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">ESTABLECIMIENTO</td> <td style="width: 30%;">PROFESIONAL RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td>AZAPA 5935</td> <td>CORREO ELECTRÓNICO</td> </tr> <tr> <td>REGIÓN</td> <td>FONO LABORATORIO</td> </tr> <tr> <td>ANTOFAGASTA</td> <td>FAX LABORATORIO</td> </tr> <tr> <td>CIUDAD/LOCALIDAD</td> <td>SERVICIO CLÍNICO</td> </tr> <tr> <td>ANTOFAGASTA</td> <td>LABORATORIO CLÍNICO</td> </tr> </table>			ESTABLECIMIENTO	PROFESIONAL RESPONSABLE	AZAPA 5935	CORREO ELECTRÓNICO	REGIÓN	FONO LABORATORIO	ANTOFAGASTA	FAX LABORATORIO	CIUDAD/LOCALIDAD	SERVICIO CLÍNICO	ANTOFAGASTA	LABORATORIO CLÍNICO																																		
ESTABLECIMIENTO	PROFESIONAL RESPONSABLE																																															
AZAPA 5935	CORREO ELECTRÓNICO																																															
REGIÓN	FONO LABORATORIO																																															
ANTOFAGASTA	FAX LABORATORIO																																															
CIUDAD/LOCALIDAD	SERVICIO CLÍNICO																																															
ANTOFAGASTA	LABORATORIO CLÍNICO																																															
Información Clínica <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">FECHA INICIO (FIEBRE):</td> <td style="width: 30%;">FECHA 1^a CONSULTA</td> </tr> <tr> <td>FECHA HOSPITALIZACIÓN</td> <td>FALLECIDO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</td> </tr> <tr> <td>FECHA INICIO EXANTEMA:</td> <td>FECHA FALLECIMIENTO</td> </tr> </table>			FECHA INICIO (FIEBRE):	FECHA 1 ^a CONSULTA	FECHA HOSPITALIZACIÓN	FALLECIDO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	FECHA INICIO EXANTEMA:	FECHA FALLECIMIENTO																																								
FECHA INICIO (FIEBRE):	FECHA 1 ^a CONSULTA																																															
FECHA HOSPITALIZACIÓN	FALLECIDO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO																																															
FECHA INICIO EXANTEMA:	FECHA FALLECIMIENTO																																															
Cuadro Clínico <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>FIEBRE</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>DOLOR RETROORBITARIO</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CALOFRÍOS</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>COMPROMISO CONCIENCIA</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUDORACIÓN</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CEFALEA</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>PETEQUÍAS</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MIALGIA</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>ERUPCIÓN CUTÁNEA</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ARTRALGIA</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>SINTOMAS RESPIRATORIOS</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>INYECIÓN CONJUNTIVAL</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>SHOCK</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DIARRÉA</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>ICTERICIA</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NAUSEAS, VÓMITOS</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>COMPROMISO RENAL</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CONVULSIONES GRALIZADAS</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>DOLOR ABDOMINAL</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DIFICULTAD RESPIRATORIA</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>OTROS</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			SI	NO	FIEBRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DOLOR RETROORBITARIO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CALOFRÍOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COMPROMISO CONCIENCIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SUDORACIÓN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CEFALEA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PETEQUÍAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MIALGIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ERUPCIÓN CUTÁNEA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ARTRALGIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SINTOMAS RESPIRATORIOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INYECIÓN CONJUNTIVAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SHOCK	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DIARRÉA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ICTERICIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NAUSEAS, VÓMITOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COMPROMISO RENAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CONVULSIONES GRALIZADAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DOLOR ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SI	NO																																															
FIEBRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DOLOR RETROORBITARIO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																													
CALOFRÍOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COMPROMISO CONCIENCIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																													
SUDORACIÓN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																													
CEFALEA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PETEQUÍAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																													
MIALGIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ERUPCIÓN CUTÁNEA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																													
ARTRALGIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SINTOMAS RESPIRATORIOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																													
INYECIÓN CONJUNTIVAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SHOCK	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																													
DIARRÉA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ICTERICIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																													
NAUSEAS, VÓMITOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COMPROMISO RENAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																													
CONVULSIONES GRALIZADAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DOLOR ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																													
DIFICULTAD RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																													
Información de Tipo de Muestra <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">FECHA TOMA DE MUESTRA</td> <td style="width: 30%;">SUERO <input type="radio"/> ORINA</td> </tr> <tr> <td>SEREOLOGÍA IgM LOCAL DENGUE</td> <td><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</td> </tr> <tr> <td>FECHA</td> <td>RESULTADO</td> </tr> <tr> <td>OTROS MÉTODOS (ESPECIFICAR)</td> <td>RESULTADO</td> </tr> </table>			FECHA TOMA DE MUESTRA	SUERO <input type="radio"/> ORINA	SEREOLOGÍA IgM LOCAL DENGUE	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	FECHA	RESULTADO	OTROS MÉTODOS (ESPECIFICAR)	RESULTADO																																						
FECHA TOMA DE MUESTRA	SUERO <input type="radio"/> ORINA																																															
SEREOLOGÍA IgM LOCAL DENGUE	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO																																															
FECHA	RESULTADO																																															
OTROS MÉTODOS (ESPECIFICAR)	RESULTADO																																															
Investigación Epidemiológica <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">VIAJE RECENTE ISLA DE PASCUA</td> <td style="width: 30%;">SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></td> <td style="width: 30%;">LLEGADA <input type="text"/> SALIDA <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>VIAJE RECENTE EXTRANJERO</td> <td><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</td> <td>PAÍS <input type="text"/> LLEGADA <input type="text"/> SALIDA <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>LUGAR DE RESIDENCIA 30 DÍAS PREVIO AL INICIO DE SÍNTOMAS</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CASO FEBRIL ACTUAL EN EL GRUPO FAMILIAR</td> <td><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</td> <td>ANTECEDENTE DENGUE <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NO SABE</td> </tr> <tr> <td>VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA</td> <td><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</td> <td>FECHA VACUNACIÓN <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>EMBARAZADA</td> <td><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</td> <td>SEMANAS DE EMBARAZO <input type="text"/></td> </tr> </table>			VIAJE RECENTE ISLA DE PASCUA	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	LLEGADA <input type="text"/> SALIDA <input type="text"/>	VIAJE RECENTE EXTRANJERO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	PAÍS <input type="text"/> LLEGADA <input type="text"/> SALIDA <input type="text"/>	LUGAR DE RESIDENCIA 30 DÍAS PREVIO AL INICIO DE SÍNTOMAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CASO FEBRIL ACTUAL EN EL GRUPO FAMILIAR	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	ANTECEDENTE DENGUE <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NO SABE	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	FECHA VACUNACIÓN <input type="text"/>	EMBARAZADA	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	SEMANAS DE EMBARAZO <input type="text"/>																												
VIAJE RECENTE ISLA DE PASCUA	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	LLEGADA <input type="text"/> SALIDA <input type="text"/>																																														
VIAJE RECENTE EXTRANJERO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	PAÍS <input type="text"/> LLEGADA <input type="text"/> SALIDA <input type="text"/>																																														
LUGAR DE RESIDENCIA 30 DÍAS PREVIO AL INICIO DE SÍNTOMAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																														
CASO FEBRIL ACTUAL EN EL GRUPO FAMILIAR	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	ANTECEDENTE DENGUE <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NO SABE																																														
VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	FECHA VACUNACIÓN <input type="text"/>																																														
EMBARAZADA	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	SEMANAS DE EMBARAZO <input type="text"/>																																														
Instrucciones: 1.-La recepción de las muestras se realiza de Lunes a Jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas en Sección de Recepción de Muestras del ISP. En otros horarios y días festivos la muestra será recepcionada en portería del ISP. 2.-Las muestras para estudio deberán enviarse refrigeradas 2-8°C según Normativa Técnica para Transporte de sustancias Infecciosas a Nivel nacional (ISP 2008): http://ispch.cl/sites/default/files/8_vigilancia/normativa_Transp_Sust_Infecciosas.pdf 3.-Este formulario se encuentra disponible en la página Web del ISP: http://formularios.ispch.cl/Externo/FormularioExterno.aspx																																																



Este documento es propiedad del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta. Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización del Dirección del establecimiento.

 HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA	Procedimiento de atención de paciente sospechoso o confirmado de Dengue en el Hospital Regional Leonardo Guzmán	Código: PO-IIH-10
		Versión: 01
		Página 15 de 16
		Emisión: agosto 2024
		Vigencia: 5 años

Anexo 4: Ingreso a EPIVIGILA



EPIVIGILA

Usuario:

Contraseña: Ingrese su contraseña Mostrar contraseña

Ingresar

Inmediatas	Diarias
(Enfermedades donde la notificación se debe realizar frente a la SOSPECHA de un caso)	(Enfermedades donde la notificación se debe realizar frente a la CONFIRMACIÓN de un caso)
<ul style="list-style-type: none"> • Arbovirus (dengue, zika, chikungunya, fiebre amarilla) • Botulismo • Botulismo infantil 	<ul style="list-style-type: none"> • Brucelosis • Cisticercosis • Coqueluche (Tos Ferina)



Este documento es propiedad del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta. Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización del Dirección del establecimiento.

 <p>HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA</p>	<p>Procedimiento de atención de paciente sospechoso o confirmado de Dengue en el Hospital Regional Leonardo Guzmán</p>	<p>Código: PO-IIH-10 Versión: 01 Página 16 de 16 Emisión: agosto 2024 Vigencia: 5 años</p>
---	---	--

Anexo 5: Clasificación de gravedad

Clasificación de Gravedad

Dengue sin signos de alarma (DSSA)	Dengue con signos de alarma (DCSA)	Dengue grave (DG)
<p>Persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de dengue y presenta fiebre habitualmente de 2 a 7 días de evolución, y 2 o más de las siguientes manifestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.- Náuseas/vómitos. 2.- Exantema. 3.- Cefalea/ dolor retroorbitario. 4.- Mialgia/artralgia. 5.- Petequias o prueba del torniquete positiva. 6.- Leucopenia. 	<p>Todo caso de dengue que cerca de, y preferentemente, a la caída de la fiebre presenta uno o más de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.- Dolor abdominal intenso y sostenido, o dolor a la palpación del abdomen. 2.- Vómitos persistentes. 3.- Acumulación de líquidos. 4.- Sangrado de mucosas. 5.- Letargo/ irritabilidad. 6.- Hipotensión postural (lipotimia). 7.- Hepatomegalia >2 cm. 8.- Aumento progresivo del hematocrito. 	<p>Todo caso de dengue que tiene una o más de las siguientes manifestaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma. 2.- Sangrado grave: según la evaluación del médico tratante. 3.- Compromiso grave de órganos (daño hepático, miocarditis, etc.)



Este documento es propiedad del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta. Cualquier copia parcial o total no es válida sin la debida autorización del Dirección del establecimiento.



APRUEBA PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE SOSPECHOSO O CONFIRMADO CON DENGUE EN EL HOSPITAL LEONARDO GUZMÁN DE ANTOFAGASTA. -

RESOLUCIÓN EXENTA N.º 15431

ANTOFAGASTA, 28 AGO 2024

VISTOS estos antecedentes: Memorándum Nº 33, de fecha 21 de agosto de 2024, de la Unidad de IAAS y Epidemiología; Procedimiento de Atención del Paciente Sospechoso o Confirmado con Dengue en el Hospital Leonardo Guzmán de Antofagasta; y,

TENIENDO PRESENTE lo dispuesto en la Resolución Exenta RA Nº 426/3150/2023 del Servicio de Salud Antofagasta; Resolución Nº 07 de 2019, fija normas de exención del trámite toma razón de Contraloría General de la República y en virtud de las facultades con que me encuentro investido:

R E S U E L V O

1º.- APRUÉBESE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE SOSPECHOSO O CONFIRMADO CON DENGUE EN EL HOSPITAL LEONARDO GUZMÁN DE ANTOFAGASTA, Código: PO-IIH-10, en su primera versión, el cual consta del siguiente formato: 16 páginas, con una vigencia de 05 años, que se adjuntan y pasan a formar parte integrante de la presente resolución.

2º.- PUBLÍQUESE LA PRESENTE RESOLUCIÓN en el Banner de Transparencia Activa del Establecimiento.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



ANTONIO ZAPATA PIZARRO
DIRECTOR
HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

DISTRIBUCIÓN: N.º 832/2024

- Dirección.
- Unidad Asesoría Jurídica.
- Oficina de Partes.
- Unidad IAAS
- Unidad de Laboratorio



MINISTRO DE FE