



Resolución Ministerial

Lima, 27 de Diciembre del 2024



VISTO, el Expediente N° DGIESP2023000821, que contiene el Memorandum N° D000944-2023-DGIESP-MINSA; el Memorandum N° D003132-2023-DGIESP-MINSA, que anexa la Nota Informativa N° D000863-2023-DGIESP-DPCEM-MINSA y el Informe N° 015-2023-TAMCA-DPCEM-DGIESP-MINSA; la Nota Informativa N° D000689-2024-DGIESP-MINSA, que adjunta la Nota Informativa N° D000246-2024-DGIESP-DPCEM-MINSA; la Nota Informativa N° D002450-2024-DGIESP-MINSA, que anexa la Nota Informativa N° D000802-2024-DGIESP-DPCEM-MINSA; y el Memorandum N° D004477-2024-DGIESP-MINSA, que adjunta la Nota Informativa N° D000974-2024-DGIESP-DPCEM-MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; y, los Informes N° D000841-2023-OGAJ-MINSA y N° D001030-2024-OGAJ-MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, respectivamente;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas, y su artículo 4, dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales b) y h) del artículo 5 del acotado Decreto Legislativo, modificado por Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, establecen que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, entre otros;





Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA; modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas en Salud Pública en materia prevención y control de enfermedades metaxénicas y zoonosis, entre otras;



L. QUIROZ

Que, en ese sentido, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública ha propuesto para aprobación la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Pacientes con Zika en el Perú, cuya finalidad es contribuir a la preservación de la salud de las personas y a la reducción del impacto sanitario por la enfermedad de Zika, en el marco del modelo de cuidado integral de su salud;



Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Con el visado de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, de la Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria, de la Dirección General de Personal de la Salud, de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, de la Oficina General de Comunicaciones, de la Escuela Nacional de Salud Pública, del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, del Instituto Nacional de Salud, del Seguro Integral de Salud, de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaría General, del Despacho Viceministerial de Salud Pública y del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,



De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud y por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades; y, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por los Decretos Supremos N° 011-2017-SA y N° 032-2017-SA;



SE RESUELVE:



C. ALVARADO CH.

Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 222 –MINSa/DGIESP–2024 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Pacientes con Zika en el Perú, que como Anexo forma parte de la presente Resolución Ministerial y que se publica en la sede digital del Ministerio de Salud.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial y su Anexo en la sede digital del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

[Handwritten signature of César Henry Vásquez Sánchez]

CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ
Ministro de Salud



M. GUILLEN



M. TROYES



C. VILA



C. DUZ V.



Y. SUÁREZ
Presidente Ejecutivo



J. GARAY



C. MUÑAYCO



E. PEÑA



A. CUBA

NTS N°222-MINSA/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE
PACIENTES CON ZIKA EN EL PERÚ

I. FINALIDAD

Contribuir a la preservación de la salud de las personas y la reducción del impacto sanitario por la enfermedad de Zika en el Perú, en el marco del modelo de cuidado integral de su salud.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general:

Establecer las disposiciones para la atención integral de salud de las personas con la enfermedad de Zika.

2.2. Objetivos específicos:

- a) Establecer las intervenciones sanitarias en los establecimientos de salud (EE.SS.), según niveles de atención de salud, para la atención integral de personas con la enfermedad de Zika.
- b) Establecer y estandarizar los procedimientos para la toma de muestra, transporte, control de calidad y entrega de resultados para el diagnóstico de los casos de Zika.
- c) Establecer los procedimientos para el acompañamiento y soporte emocional realizado por el personal de la salud a las familias de pacientes con la enfermedad de Zika.



III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación obligatoria en los EE.SS. del Ministerio de Salud, a través de las Direcciones de las Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana; de los Gobiernos Regionales, a cargo de las Direcciones Regionales de Salud (DIREAS) o Gerencias Regionales de Salud (GERESAs), o las que hagan sus veces a nivel regional; de los Gobiernos Locales; del Seguro Social de Salud (EsSalud); de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú; del Instituto Nacional Penitenciario (INPE); y, de los EE.SS. privados o mixtos.



IV. BASE LEGAL

- Ley N°26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N°29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, y sus modificatorias.
- Ley N°29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y sus modificatorias.
- Ley N°30825, Ley que fortalece la labor de los agentes comunitarios de salud, y su modificatoria.
- Ley N°30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Ley N°30947, Ley de Salud Mental, y su modificatoria.

- Decreto Legislativo N°1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificaciones.
- Decreto Supremo N°014-2011-SA, que aprueba el Reglamento de los Establecimientos Farmacéuticos, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N°016-2011-SA, que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N°016-2016-SA, que aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural.
- Decreto Supremo N°008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 007-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental.
- Decreto Supremo N° 019-2024-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud - RIS.
- Decreto Supremo N°026-2020-SA, que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable".
- Resolución Ministerial N° 411-2014/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Orientaciones para el Fortalecimiento de la Labor del Agente Comunitario de Salud.
- Resolución Ministerial N°539-2016/MINSA, que aprueba la NTS N°123-MINSA/DIGEMID-V.01, "Norma Técnica de salud que regula las actividades de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Resolución Ministerial N° 063-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 133-MINSA/2017/DIGESA: Norma Técnica de Salud para la Implementación de la Vigilancia y Control de Insectos Vectores, Artrópodos Molestos y Roedores en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N°116-2018/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – SISMED", y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 675-2021/MINSA, que aprueba la NTS N°175-MINSA/2021/CDC "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio del Síndrome de Guillain Barré".
- Resolución Ministerial N° 554-2022-MINSA, que a prueba el Documento Técnico: Manual de Buenas Práctica de Oficina Farmacéutica, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 228-2023/MINSA, que aprueba la NTS N° 198-MINSA/DIGESA-2023 "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Entomológica y Control de Aedes aegypti, vector de Arbovirosis y la Vigilancia del Ingreso del Aedes albopictus en el territorio nacional".
- Resolución Ministerial N°633-2023/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud.



V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1.1 Abogacía:** Es un proceso estratégico, organizado, participativo y sistemático, generalmente de largo plazo, dirigido a influir en los que toman decisiones a nivel local, regional, nacional, con el fin de provocar cambios de políticas, programas, presupuestos, entre otros, para dar solución a determinados problemas que afectan a la población.

- 5.1.2 Agente Comunitario de Salud (ACS):** Es la persona elegida y/o reconocida por su comunidad que realiza acciones voluntarias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en coordinación con el personal de la salud y otras instituciones locales y regionales, ejerciendo la representatividad de su comunidad a través de la participación ciudadana. Además, cumple un rol articulador entre la comunidad y las autoridades.
- 5.1.1. Arbovirus:** Término que hace referencia a un conjunto de virus que son transmitidos por vectores artrópodos y que producen una serie de enfermedades, como dengue, Zika, Chikungunya, Fiebre Amarilla, Mayaro, Oropuche y otros.
- 5.1.2. Certificado de discapacidad:** Documento médico legal que acredita la condición de persona con discapacidad.
- 5.1.3. Criaderos de zancudo:** Lugares propicios para la reproducción y el desarrollo del zancudo (también denominado "mosquito").
- 5.1.4. Cuidados intensivos:** Es una unidad de la organización hospitalaria que brinda atención de salud especializada en Medicina Intensiva, Medicina de Emergencias y Desastres, o quien haga sus veces al paciente críticamente enfermo en condición de inestabilidad y gravedad persistente.
- 5.1.5. Cuidados intermedios:** Es una unidad de la organización hospitalaria que brinda atención de salud especializada en Medicina Intensiva, Medicina de Emergencias y Desastres o quien haga sus veces al paciente críticamente enfermo en condición de estabilidad pero que su estado aún reviste gravedad. Proporciona atención que no puede ser brindada en las unidades de hospitalización común, pero que no justifica su admisión o continuidad en cuidados intensivos.
- 5.1.6. Discapacidad:** Término genérico que incluye las deficiencias de funciones y o estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación; indicando los aspectos negativos de la interacción de un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).
- 5.1.7. Diálogo intercultural:** Conjunto de procesos comunicacionales de intercambio equitativo y respetuoso de opiniones entre personas, instituciones y grupos con diferentes tradiciones y orígenes étnicos, culturales y lingüísticos en un espíritu de búsqueda de entendimiento, concertación y respeto mutuo. Los procesos de diálogo intercultural son una dimensión importante en las políticas públicas al permitir la generación de prácticas inclusivas, tomando como principio la participación de los diferentes grupos y permite reducir los niveles de conflictividad social.
- 5.1.8. Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS):** Equipo de salud constituido por un médico, un enfermero, un obstetra y un técnico o auxiliar asistencial de la salud, según la disponibilidad de recursos de la Red Integrada de Salud (RIS), el que puede incluir a otros profesionales de acuerdo a las necesidades de salud de la población asignada a la RIS. En el caso de poblaciones excluidas y dispersas, el EMS se denomina Equipo de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (Equipo AISPED).
- 5.1.9. Escenario epidemiológico:** Es una estratificación epidemiológica de carácter dinámico que clasifica áreas geográficas, de acuerdo a la ausencia o presencia del vector y de casos con la enfermedad de zika y otras arbovirosis; se clasifica en:
- a) **Escenario I:** Área geográfica sin presencia del vector, con o sin condiciones para el desarrollo del vector con o sin casos importados, pero sin casos autóctonos de la enfermedad de Zika y otras arbovirosis.
- b) **Escenario II:** Área geográfica con presencia del vector con o sin casos importados, pero sin casos autóctonos de la enfermedad de Zika y otras arbovirosis.



- c) **Escenario III:** Área geográfica con presencia del vector y presencia de casos autóctonos de la enfermedad de Zika y otras arbovirosis. Existen 3 tipos:
- **Escenario III – brote:** Área geográfica con presencia de casos autóctonos que se limita en una sola unidad geográfica en un determinado tiempo.
 - **Escenario III – epidémico:** Áreas geográficas con presencia de casos autóctonos que se distribuyen en más de una unidad geográfica en un determinado tiempo.
 - **Escenario III – endémico:** Áreas geográficas con presencia de casos autóctonos en forma permanente y en cantidades esperadas.

- 5.1.10. Establecimiento de salud certificador de las personas con discapacidad:** Es el E.S del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales, del EsSalud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas, de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, de los Gobiernos Locales, del INPE y privados autorizados, que están registrados en el Registro Nacional de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), y que cuenta con médico certificador en forma temporal o permanente y que expide los certificados de discapacidad.
- 5.1.11. Gestión territorial en salud:** Es el proceso de articulación interinstitucional y con la sociedad civil en los 3 niveles de gobierno para alinear esfuerzos y recursos a largo plazo, dirigido a la consolidación de ciudades saludables en cada territorio. La gestión territorial en salud se desarrolla a través del diagnóstico, planificación, organización, ejecución y control de las actividades que se requieren para abordar los determinantes sociales que influyen sobre la salud de la población. Esta actividad es impulsada por el personal de salud de la DIRIS/ DIRESA/ GERESA.
- 5.1.12. Inmunoglobulina M (IgM):** Proteínas séricas (anticuerpos) que se producen como respuesta inicial ante la presencia de componentes estructurales del Zika y otras arbovirosis. El Zika provoca respuesta inmunológica inicial con IgM.
- 5.1.13. Inmunoglobulina G (IgG):** Anticuerpos que se producen como respuesta tardía ante la presencia de componentes estructurales del virus dengue (DENV), del virus de Chikungunya (CHIKV), del ZIKV y otras arbovirosis. El Zika provoca respuesta inmunológica tardía con IgG.
- 5.1.14. Interculturalidad:** Proceso de intercambio, diálogo y aprendizaje que busca generar relaciones de equidad entre diversos grupos étnicos culturales que comparten un espacio, a partir del reconocimiento y la valoración positiva de sus diferencias culturales.
- 5.1.15. Médico certificador:** Es el profesional médico rehabilitador especialista o médico cirujano capacitado, que evalúa, califica y certifica la discapacidad.
- 5.1.16. NOTI:** Aplicativo informático del Sistema de Vigilancia Epidemiológica e Inteligencia Sanitaria del Ministerio de Salud para la notificación de casos de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica.
- 5.1.17. Persona en estado crítico:** Situación en la cual la persona está en riesgo momentáneo o continuo de perder la vida o tiene un deterioro importante de la calidad de vida por una condición específica, según lo dispuesto en la NT N°031-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios", aprobada por Resolución Ministerial N°489-2005/MINSA o la que haga sus veces. Esto configura un estado de gravedad persistente que requiere monitorización y tratamiento continuo.
- 5.1.18. Persona con discapacidad:** La que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerce o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás.



- 5.1.19. Promoción de la salud:** Es una de las funciones esenciales de la salud pública, busca fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos para tener mayor control sobre su salud y mejorarla, logrando un estado de bienestar físico, mental y social. También la promoción de la salud busca modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas en las que viven las personas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual, mediante el abordaje de los determinantes sociales de la salud.
- 5.1.20. Pueblos indígenas u originarios:** Son aquellos que tienen su origen en tiempos anteriores al Estado, cuyo origen tiene lugar en este país o región, que conservan todas o parte de sus instituciones distintivas, y que, además, poseen una identidad colectiva y originaria.
- 5.1.21. RT-PCR:** Técnica de diagnóstico molecular que permite la identificación del ARN de ZIKV y otras arbovirosis mediante su amplificación a un gran número de copias.
- 5.1.22. Referencia y contrarreferencia comunitaria:** La referencia comunitaria comprende la captación del paciente en la comunidad por el ACS, hasta su incorporación al sistema de salud para recibir una atención en salud, a través de las RIS. Por otro lado, en la contrarreferencia comunitaria es la continuidad del cuidado integral de la salud de los enfermos por Zika. El ACS realiza el seguimiento del paciente una vez que ha retornado a su comunidad. En ambos casos, se llena la Ficha de Referencia y Contrarreferencia Comunitaria.
- 5.1.23. Servicios públicos con pertinencia cultural:** Son aquellos que incorporan el enfoque intercultural en su gestión y prestación, es decir, se ofrecen tomando en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se interviene y se brinda atención. Implica la adaptación de algunos procesos del servicio, según corresponda, a las características geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias) del ámbito de atención del servicio. La valoración e incorporación de la cosmovisión y concepciones de desarrollo y bienestar de los diversos grupos de población que habitan en la localidad, incluyendo tanto las poblaciones asentadas originalmente como las poblaciones que han migrado de otras zonas.
- 5.1.24. Seroconversión:** Desarrollo de anticuerpos IgM o IgG en el suero del paciente tras la infección por ZIKV y otras arbovirosis, lo cual se evidencia en el aumento de 4 veces los títulos de las inmunoglobulinas en muestras tomadas en 2 momentos diferentes (pareadas), en un periodo de tiempo entre ambas tomas de 7 a 14 días.
- 5.1.25. Serotipos de ZIKV:** Existe un serotipo y 2 linajes, el asiático y el africano de ZIKV.
- 5.1.26. Servicios públicos libres de discriminación:** Servicios públicos de salud que brindan trato igualitario y de respeto a todas las personas, independientemente de sus características.
- 5.1.27. Síndrome congénito:** Son defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Las anomalías congénitas se pueden definir como anomalías estructurales o funcionales que ocurren durante la vida intrauterina y pueden identificarse en la etapa prenatal, al nacer o a veces pueden detectarse posteriormente en la infancia, como los defectos auditivos.
- 5.1.28. Síndrome de Guillain Barré (SGB):**
- SGB sospechoso:** Toda persona que presenta debilidad muscular bilateral (ascendente o descendente), simétrica o relativamente simétrica, flacidez y reflejos osteotendinosos disminuidos o ausentes en extremidades y con una evolución de 12 horas a 28 días desde el inicio de la debilidad muscular hasta la debilidad muscular máxima.
 - SGB confirmado:** Todo caso sospechoso con al menos uno de los siguientes criterios:



- Disociación albumino–citológica (Cifra total de leucocitos < 50 células/μl y elevación de proteínas > 45 mg/dl).
 - Estudio electrofisiológico compatible con SGB tomada entre la segunda y cuarta semana de inicio de debilidad muscular.
- c) **SGB descartado:** Caso sospechoso de SGB que, durante la investigación, tiene otro diagnóstico que explique el cuadro clínico o que no cumpla la definición de caso.

5.1.29. Vigilancia en la comunidad: Estrategia de participación comunitaria donde la población y autoridades locales participan vigilando el cumplimiento de prácticas saludables e identificando riesgos en el entorno para su respectiva intervención, disminuyendo los riesgos a enfermar por Zika y otras arbovirosis en la comunidad.

5.1.30. Vínculo o apego: Es el lazo afectivo fuerte, perdurable y recíproco que une al niño y a la niña con las personas significativas en su vida (madre, padre o cuidador principal) que brinda cuidado, seguridad y que se va construyendo en las interacciones diarias.

5.1.31. Virus Zika (ZIKV): El virus ZIKA, es un arbovirus del género Flavivirus (Familia Flaviviridae), muy cercano filogenéticamente al DENV, Fiebre Amarilla, entre otros; es el agente causal de la enfermedad de zika.



5.2. DEFINICIONES DE CASO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ZIKA

Definición de Zika en la población en general:

5.2.1. Caso probable de zika: Se refiere a toda persona con exantema maculo–papular y prurito desde el inicio de la enfermedad y con un tiempo de enfermedad menor o igual a 7 días de evolución, que resida o tenga antecedentes de viaje a áreas con transmisión del ZIKV (ver Anexo N° 1), o con infestación del vector *Aedes aegypti* dentro de los 14 días antes del inicio de síntomas y que presenta 2 o más de las siguientes manifestaciones:

- Conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival.
- Artralgia.
- Mialgia.
- Temperatura de 38°C a ≤ 38.5°C.
- Edema periarticular.

5.2.2. Caso confirmado de Zika: Se refiere a toda persona considerada como caso probable de Zika o caso asintomático de zika, que tenga al menos una de las siguientes pruebas positivas de laboratorio para Zika:

- a) Prueba molecular.
- b) Aislamiento viral por cultivo celular u otros sistemas biológicos.

Tener en cuenta que:

- Para la confirmación de casos de infección congénita relacionada a Zika o al SGB con asociación a zika, ver los sub numerales 5.2.3 y 5.2.4.
- La confirmación por nexo epidemiológico para casos de Zika en población general se realiza previa recomendación del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud.
- La prueba molecular en suero sólo se procesa a pacientes en fase aguda ≤ a 5 días de inicio de la enfermedad. La prueba molecular en muestras de orina se solicita a partir del sexto día de enfermedad (ver Anexo N° 2).



- Las pruebas de Elisa IgM en población general no confirman el caso. A aquellos pacientes que cumplen la definición de caso probable (criterio epidemiológico y clínico) con resultado positivo, se les debe de tomar muestra de suero u orina, de acuerdo al tiempo de enfermedad para realizar su confirmación.

5.2.3. Caso confirmado de Zika por transmisión sexual (zonas sin vector): Toda persona con una muestra positiva a Zika por laboratorio que no tenga residencia o antecedente de viaje a áreas con transmisión de Zika y con antecedente de contacto sexual sin protección en los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas, con una persona que, en las 8 semanas previas al contacto sexual, tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión confirmada de Zika y tenga una prueba positiva a Zika. Sino hay la confirmación de la muestra positiva de la pareja, no se considera caso confirmado por esta vía de transmisión.

5.2.4. Caso descartado de Zika: Se refiere a toda persona considerada como caso probable de Zika que cumple con alguno de los siguientes criterios:

- a) Tener una evaluación del criterio epidemiológico, clínico y resultados negativos de laboratorio, de acuerdo al tiempo de enfermedad por:
 - Prueba molecular.
- b) Identificación por laboratorio de otro agente causal o de otro diagnóstico médico exantemático o reumatológico.
- c) Caso notificado que no cumple con los criterios de la definición de caso probable, ver sub numeral 5.2.1.

Tener en cuenta que:

- Para el caso descartado de infección congénita relacionada a Zika y al SGB asociado a Zika, se utilizan las consideraciones especificadas en la definición de infección congénita relacionada a Zika y al SGB asociado a Zika.
- Si el caso tiene resultado negativo a Zika, se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades que cursen con un cuadro clínico exantemático, como Sarampión, Rubéola, Toxoplasmosis, Citomegalovirus (CMV), VIH, enfermedades arbovirales (Dengue, Chikungunya, Mayaro, entre otros), Leptospirosis; y, menos frecuente, infección por SARS-CoV2.

5.2.5. Caso probable de Zika en gestantes: Se refiere a toda gestante que cumple con uno de los siguientes criterios:

- a) Toda gestante que cumple con la definición de caso probable para Zika (ver sub numeral 5.2.1.).
- b) Gestante que no resida o no haya visitado áreas epidémicas o endémicas de Zika (ver Anexo N° 1) y con antecedente de contacto sexual sin protección dentro de los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas, con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión de ZIKV confirmada y que tenga prueba positiva a Zika.
- c) Gestante cuyo feto presenta hallazgos ecográficos (ultrasonografía) de microcefalia fetal, calcificaciones intracraneales, ventriculomegalia o alteraciones asociadas a la infección por el ZIKV referidas en el Anexo N° 3 y que tiene uno de los siguientes criterios:
 - Residencia o que haya visitado áreas con transmisión de ZIKV confirmada durante la gestación.
 - Con antecedente de contacto sexual sin protección con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área en brote de Zika confirmado y tenga prueba positiva a Zika.



5.2.6. Caso confirmado de Zika en gestantes: Se refiere a toda gestante considerada como caso probable con Zika o gestante asintomática que tenga al menos una de las siguientes pruebas positivas de laboratorio para Zika en:

- a) Prueba molecular

Tener en cuenta que:

- La prueba molecular en suero sólo se procesa a pacientes en fase aguda \leq a 5 días de inicio de la enfermedad. La prueba molecular en muestra de orina se solicita a partir del sexto día de enfermedad.
- Las pruebas de Elisa IgM no confirman el caso. En gestantes que cumplan con definición de caso probable (criterio epidemiológico y clínico) y que tengan resultado de laboratorio de Elisa IgM positivo positiva para Zika, son clasificadas como caso probable en el aplicativo NOTI.
- Las gestantes asintomáticas sólo son captadas durante la investigación de un primer caso confirmado de Zika en una zona nueva de transmisión hasta confirmar el brote y se obtiene una muestra de laboratorio sólo de las gestantes asintomáticas que residen en la misma vivienda del caso con resultado positivo a Zika.
- No se contempla confirmación de nexo epidemiológico a gestantes durante un brote de Zika.

5.2.7. Caso descartado de Zika en gestantes: Se refiere a toda gestante considerada como caso probable de Zika que presenta alguno de los siguientes criterios:

- a) Tener una evaluación del criterio epidemiológico, clínico y resultados negativos de laboratorio, de acuerdo al tiempo de enfermedad por las siguientes pruebas de diagnóstico:
- Prueba molecular.
- b) Identificación por laboratorio de otro agente causal u otro diagnóstico médico exantemático o reumatológico.
- c) Caso notificado que no cumpla con los criterios de la definición de "caso probable en gestante con ZIKV", ver el sub numeral 5.2.5.

Tener en cuenta que:

- En situación de brote, las gestantes que cumplen con la definición de caso probable para Zika (criterio epidemiológico y criterio clínico) y no cuentan con muestra de laboratorio para esta enfermedad, permanecen como caso probable en el aplicativo NOTI.
- Si la gestante cumple con la definición de caso probable para Zika y tiene resultado laboratorial negativo para Zika, se debe realizar el diagnóstico diferencial de otras enfermedades que cursen con un cuadro clínico exantemático, como sarampión, rubéola, toxoplasmosis, CMV, VIH, enfermedades arbovirales (dengue, Chikungunya, entre otros), leptospirosis y, menos frecuente, infección por SARS-CoV₂.

5.2.8. Probable infección congénita relacionada a Zika: Se considera si cumple con una de las siguientes definiciones

- a) **Recién nacido expuesto a Zika sin síndrome congénito:** Recién nacido aparentemente sano, cuya madre, durante su periodo de gestación, fue captada como caso probable o confirmado de Zika.
- b) **Síndrome congénito con asociación probable a Zika:** Recién nacido vivo, muerte neonatal u óbito fetal cuya madre tenga antecedentes de haber sido



captada como caso confirmado o probable a Zika durante el primer y segundo trimestre de gestación y que el producto presente alguna de las siguientes manifestaciones:

- Microcefalia: Recién nacido u óbito fetal con medida de circunferencia occípito frontal o también llamado perímetro cefálico (PC), a las 24 horas después de nacer, por debajo del percentil 3 en los recién nacidos a término de 37 a 39 semanas y prematuros menores de 37 semanas de edad gestacional, según las tablas de Fenton para niños; y, a partir de las 40 semanas de gestación, según las tablas de la Organización Mundial de la Salud para niños, con medida de PC por debajo de -2 desviaciones estándar (SD, por sus siglas en inglés).
- Malformación congénita del Sistema Nervioso Central (SNC) detectada por cualquier estudio de imágenes o manifestaciones clínicas de compromiso neurológico descritas en el Anexo N° 3.
- Otra malformación congénita asociadas a infección por ZIKV fuera del SNC referida en el Anexo N° 3.

5.2.9. Confirmación de infección congénita relacionada a Zika: Se considera al recién nacido expuesto a Zika sin síndrome congénito o recién nacido con síndrome congénito con asociación probable a Zika que tenga al menos una de las siguientes pruebas de laboratorio positivas:

- a) Prueba molecular de suero u orina.
- b) Prueba molecular en tejido materno-fetal.
- c) Histopatología e inmunohistoquímica de tejido materno fetal.
- d) ELISA IgM.

Tener en cuenta que:

- Adicionalmente, es necesario solicitar exámenes de anticuerpos para toxoplasmosis, sífilis, rubéola, CMV y herpes (**TORCH**).
- Cuando se sospecha de infección congénita, las muestras de suero y orina se deben obtener en los primeros 2 días del nacimiento para el procesamiento de la prueba molecular y de ELISA IgM. Adicionalmente, de ser posible, se obtienen muestras de tejido de placenta, cordón umbilical o líquido céfalo raquídeo (LCR).
- En el caso de síndrome congénito probable a Zika que cuente con resultado negativo a ELISA IgM en la primera muestra, se realiza una segunda muestra a los 7 días desde la primera muestra para el procesamiento de la prueba molecular en orina o Elisa IgM en suero, debido a que el primer resultado negativo no descarta el síndrome congénito asociado a Zika.
- En el caso se disponga de muestras de LCR, se debe realizar prueba molecular y de Elisa IgM.
- No se contempla confirmación de nexo epidemiológico.
- El personal de la salud encargado de la atención del recién nacido debe sensibilizar y explicar a la madre sobre la segunda muestra al recién nacido.

5.2.10. Descarte de infección congénita relacionada a Zika: Se considera caso descartado a una infección congénita relacionada a Zika si cumple con uno de los siguientes criterios:

- a) **Caso de recién nacido expuesto a Zika sin síndrome congénito** con resultado negativo a prueba molecular o de Elisa IgM negativo en la primera muestra.



- b) **Caso de síndrome congénito probable a Zika** con resultado de laboratorio de prueba molecular negativo llevado a cabo en la en la primera muestra.
- c) **Caso de síndrome congénito probable a Zika** sin evidencia de seroconversión en ambas muestras de suero; la segunda muestra tomada a los 7 días desde la primera muestra.
- d) **Caso de síndrome congénito probable a Zika** con identificación de otro agente infeccioso, como TORCH, y no se ha tenido prueba positiva para Zika.
- e) Resultado negativo de prueba molecular o IgM en una muestra de LCR.
- f) Recién nacido u óbito fetal con otras anomalías congénitas relacionadas a enfermedades hereditarias o no contempladas en el Anexo N° 3.
- g) Caso notificado que no cumpla con los criterios de la definición de probable infección congénita relacionada a Zika, ver el sub numeral 5.2.8.

Tener en cuenta que:

- En el caso de síndrome congénito probable a Zika que cuente con un solo resultado negativo de Elisa IgM en una primera muestra, realizar una segunda muestra a los 7 días desde la primera muestra para el procesamiento de Elisa IgM en suero o prueba molecular en suero u orina.
- Adicionalmente, es necesario solicitar exámenes de anticuerpos para TORCH.

5.2.11. Caso de SGB con asociación probable a Zika: Se considera si la persona presenta uno de los siguientes criterios:

- a) Caso de SGB que reside o ha visitado áreas con transmisión activa de Zika en los 30 días previos al inicio del cuadro clínico del SGB.
- b) Caso de SGB que haya tenido contacto sexual sin protección con una persona con residencia o antecedente de viaje en las últimas 8 semanas a un área de transmisión activa de Zika o tenga una prueba positiva para Zika.

5.2.12. Caso de SGB con asociación confirmada a Zika: Se refiere a toda persona considerada caso de SGB con un resultado laboratorial positivo de infección para Zika en:

- a) Prueba molecular.
- b) Elisa IgM positivo en suero o LCR sin resultado positivo a otra etiología.

Tener en cuenta que:

- A los casos de SGB con asociación probable a Zika se les debe priorizar la toma de muestra en el LCR, orina y suero para procesar una prueba molecular y Elisa IgM en LCR al ingreso de su hospitalización.
- En el caso de contar con un resultado positivo por Elisa IgM para Zika y tener un resultado positivo a otras etiologías, el caso se mantiene como probable a Zika en el aplicativo NOTI.
- No se contempla confirmación de nexo epidemiológico.

5.2.13. Caso de SGB con asociación descartada a Zika: Se refiere a la persona que presenta uno de los siguientes criterios:

- a) Caso de SGB con resultado laboratorial negativo a prueba molecular o de Elisa IgM a la enfermedad del ZIKV.
- b) Caso que no cumpla con definición de caso a SGB o de SGB con asociación probable a Zika.
- c) Caso de SGB con identificación de otro agente infeccioso, como *Campylobacter jejuni*, CMV, Enterovirus, virus Epstein Barr (VEB), VIH,



dengue, Chikungunya, SARS CoV₂ u otros agentes infecciosos, y no cuenta con resultado positivo a Zika.

Tomar en cuenta que, si el caso de SGB tiene resultado negativo a Zika, el médico especialista debe solicitar diagnóstico diferencial para otros agentes, considerando los antecedentes epidemiológicos del caso.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. INTERVENCIONES SANITARIAS

6.1.1. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La prestación de servicios de salud se centra en el cuidado integral de la persona, familia y comunidad, según el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad.

Las prestaciones de servicios de salud tienen un enfoque intercultural, de equidad en salud, libre de discriminación, enfoque de género, curso de vida y derechos humanos.



6.1.2. MEDIDAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD ZIKA

6.1.2.1 Las intervenciones de promoción de la salud se orientan a mejorar la calidad de vida de la población, mediante: (i) La articulación intersectorial e intergubernamental, (ii) la participación comunitaria con enfoque intercultural, y (iii) la educación para la salud; con el propósito de lograr que las personas y las familias adopten prácticas saludables que las protejan frente a los criaderos de zancudo *Aedes aegypti* y que las autoridades gestionen entornos que promuevan condiciones favorables para el cuidado de la salud, y así disminuyan el riesgo de brotes. En ese sentido, el personal de la salud a cargo del E.S. desarrolla e impulsa las siguientes acciones:

- a) **Articulación intersectorial intergubernamental, mediante acciones realizadas por las DIRIS, DIREAS y GERESAs:**
- **Abogacía y/o incidencia política:** Socializar con las autoridades políticas y demás sectores sobre la magnitud del Zika (y otras arbovirosis, como dengue y Chikungunya), así como su vinculación a determinantes sociales asociados a las mismas, como es el saneamiento básico, la gestión y manejo de residuos sólidos, hábitos inadecuados de la población, entre otros, además de los efectos de estos determinantes en la salud de la población.
 - Promover la mejora de la limpieza inadecuada y presencia de criaderos del zancudo en espacios públicos, como mercados, cementerios, grutas, piletas, entre otros espacios de riesgo que son criaderos de estos zancudos.
 - Implementación de la sala situacional municipal para vigilar y monitorear información oportuna e integral de indicadores socio sanitarios, asociados a las determinantes sociales del Zika y otras arbovirosis, que permita identificar alertas en los cambios de los indicadores y graficar la situación socio sanitaria del distrito para incidir en la toma de decisiones pertinentes y desarrollar acciones oportunas frente al Zika y otras arbovirosis. Cabe resaltar que para ello se requiere la capacitación previa en esta herramienta técnica llevada a cabo por el personal de promoción de la salud de las DIRIS, DIREAS y GERESAs. En los casos que se requiera, usar el diálogo intercultural para generar comprensión, acuerdos y participación de las comunidades.



- Análisis reflexivo de la posición, involucramiento y corresponsabilidad de cada actor social y organización social de base (OSB), a través de reuniones de abogacía con el Comité Multisectorial de Salud (CMS) o el que haga sus veces, conformado por los diferentes sectores del Estado, como el sector vivienda, ambiente, transporte, educación a nivel distrital, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), Juntas Vecinales (JVC) y las instituciones privadas en el territorio, para comprometer su participación en la intervención de los determinantes sociales asociados al Zika (y otras arbovirosis).

Para ello, se requiere de:

- Respeto hacia los interlocutores que pueden proceder de un entorno cultural distinto.
- Actitud para aprender del interlocutor y de su cultura.
- Amplitud de pensamiento del personal de la salud y buena disposición para no imponer un propio sistema de creencias e ideas sobre los otros dialogantes.
- Disposición para despojarse de prejuicios sobre otras formas de entendimiento de la vida y del mundo (cosmovisión).
- Servicios públicos libres de discriminación.

b) Vigilancia comunitaria:

- Es realizada por el ACS y con la participación activa de la comunidad. El objetivo es que los miembros de la comunidad organizada participen ayudando a identificar los riesgos medio ambientales y socio sanitarios asociados al Zika y otras arbovirosis, con la finalidad de que comuniquen al E.S. y coordinen acciones para abordar los factores que afectan la salud de las personas (individuo, familia y comunidad) en los riesgos identificados. Ello requiere que se capacite a los miembros de la comunidad, tomando en cuenta la cosmovisión de la cultura local, con énfasis cuando se atienda a pueblos indígenas u originarios. Con ello, se busca empoderar a la comunidad en el cuidado y el autocuidado de la salud como parte del desarrollo integral de la misma. Para implementarla, se siguen las siguientes actividades:

Organización del servicio de salud para el trabajo en la comunidad:

Es necesario que se realice la sectorización de la jurisdicción del E.S. y esta sea visualizada en un mapa donde se identifique a las OSB y otras instituciones pertenecientes a la jurisdicción. El E.S. asigna al EMS un sector bajo responsabilidad y se desarrolla el directorio o inventario social de los actores sociales con quienes más comunicación se va a tener (ACS, líderes, como el Apu, y otras autoridades), según el Documento Técnico: "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú", aprobado por Resolución Ministerial N°366-2017/MINSA o el que haga sus veces, así como el Documento Técnico: "Preparando al Agente Comunitario de Salud para el Cuidado Integral de la Salud y Nutrición de las Gestantes y de las Niñas y Niños menores de 5 años", aprobado mediante Resolución Ministerial N°702-2009/MINSA o el que haga sus veces. De tratarse de comunidades indígenas u originarias, desarrollar e implementar, en lo que corresponda, el enfoque intercultural en salud.

Selección de comunidades de riesgo: Se identifican los espacios críticos y de riesgo en el entorno comunitario asociados



al Zika, en base a la información publicada por el CDC sobre el escenario epidemiológico que corresponde.

Conformación o activación de los comités de vigilancia comunitaria (CVC): Realizan la vigilancia comunitaria; y, es integrado por parte del personal de la salud responsable del sector a vigilar, ACS, líderes, representantes de OSB y un representante de la municipalidad. Se debe realizar un acta de conformación. Esta actividad es llevada a cabo por el personal de promoción de la salud de las DIRIS, DIREAS y GERESAs.

Capacitación del CVC: Seguidamente se le capacita en la aplicación de la Ficha de Vigilancia Comunitaria de Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas (ver Anexo N° 4) de forma mensual. Posterior a ello, se analiza la información obtenida, la cual se plasma en el plan de trabajo del CVC donde se detallan las acciones inmediatas o mediatas a desarrollar, según las competencias de cada miembro del comité participante, para así intervenir en los problemas identificados.

Otras acciones: El personal de la salud realiza el seguimiento, acompañamiento u evaluación de la vigilancia comunitaria.

6.1.2.2 Educación para la salud:

Prácticas saludables de eliminación de criaderos en la familia para prevenir el Zika y otras arbovirosis en las zonas de riesgo: Son un conjunto de mensajes claves proporcionados por los EESS en las visitas comunitarias a las familias para sensibilizar sobre la importancia del cuidado de salud y así evitar enfermarse de Zika, cuyo fin primordial parte de la eliminación de criaderos.

- Tapar todos los recipientes que contengan agua (tanques, barriles, entre otros).
- Lavar y escobillar los interiores y bordes de los depósitos donde se almacena el agua.
- Evitar que se acumule el agua en el escurridor de los platos, bandeja del refrigerador, sumideros de macetas y otros. Además, lavar y escobillar frecuentemente.
- Mantener boca abajo los elementos útiles en desuso (baldes, frascos, tachos, entre otros).
- Cambiar el agua por arena húmeda en los floreros dentro de las viviendas, iglesias, cementerios o, de ser factible, emplear flores artificiales.
- Cambiar el agua de las flores acuáticas y escobillar los bordes de los envases cada 7 días.
- Eliminar frecuentemente todos los objetos en desuso (inservibles) que puedan acumular el agua de la lluvia (latas, botellas vacías, cáscara de coco, llantas, depósitos descartables, entre otros) del patio, huerta o alrededor de la vivienda.
- Colocar mallas en las puertas y ventanas de la vivienda.
- El control vectorial debe ser realizado mediante acciones continuas e integradas, teniendo como punto de partida el trabajo conjunto con la comunidad. Para que las estrategias sean eficaces y sostenibles en el tiempo, la población debe participar activamente en el proceso de



reconocimiento de los determinantes bio-psico-sociales en la cadena epidemiológica virus-vector-persona.

i) Cuidados individuales: La forma adecuada en que las personas pueden evitar picaduras del vector consiste en:

- **Vestimenta:** Usar ropa que cubra la mayor proporción de piel del cuerpo para así evitar que esté expuesta a las picaduras del zancudo mediante el uso de pantalón, mangas largas, entre otros.
 - **Repelente:** Emplear repelentes que contienen N,N-Dietil-Meta-Toludamida (DEET) o picardina, los cuales son seguros en su aplicación durante el periodo de gestación, periodo de lactancia y en niños mayores de 2 meses de edad. La aplicación se efectúa cada 4 horas y con una concentración de DEET > 15-20%. Es recomendable que se emplee un repelente con estas características.
 - **Respecto a la salud sexual y reproductiva:** Todo profesional de la salud que atienda a la población en edad reproductiva que habita o ha viajado a zonas de alto riesgo de transmisión de Zika brinda consejería durante las atenciones médicas o en el consultorio de ginecología y/o obstetricia acerca de las prácticas salubres en salud sexual, con énfasis en planificación familiar para postergar el embarazo, a fin de evitar el riesgo de transmisión sexual de Zika y la transmisión vertical, así como también las posibles complicaciones del feto y del recién nacido. La información debe ser compartida a los varones y las mujeres en edad fértil, enfatizando a la población sexualmente activa.
- ii) Informar sobre los síntomas del Zika, así como también de otras arbovirosis, a fin de que puedan reconocerlas y solicitar atención médica, haciendo énfasis en la identificación temprana de signos de alarma, como corresponde a pacientes con casos de dengue.
- iii) Brindar información y orientación/consejería sobre la prevención de transmisión vertical, empleando anticonceptivos de barrera adecuadamente antes que la mujer inicie su gestación.

6.1.2.3 Medidas preventivas para las gestantes que acudan a los servicios de salud:

a) Riesgo de transmisión sexual del Zika:

- Iniciar tardíamente la vida sexual en adolescentes y jóvenes, usar preservativos para evitar así la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS) y Zika a través de las relaciones sexuales.
- Postergación de un embarazo en parejas que se encuentren expuestas al ZIKV, enfatizando el enfoque intercultural. Es importante mencionar que la postergación de un embarazo es una decisión libre e informada.

b) **Riesgo de transmisión vertical de zika:** El impacto de la infección por ZIKV durante el embarazo, sobre todo durante el primer trimestre, es el riesgo de malformaciones por ser neurotrópico. Esto implica complicaciones en el feto y en el recién nacido (microcefalia y otras malformaciones congénitas). Por ello, se enfatiza la necesidad del uso de preservativo (masculino o femenino) en todas las relaciones que ocurran durante el embarazo para la doble protección (prevención de ITS) con una pareja que resida o viaje a un área epidémica o endémica con transmisión del Zika, o haya sido diagnosticada de Zika.

c) **Riesgos de viajar a zonas epidémicas o endémicas de Zika confirmadas:** Al existir el vector o casos confirmados de Zika, aumenta la posibilidad de



contraer la infección, tanto por picadura como por vía sexual. Además, se ha detectado la presencia del ZIKV en órganos del tracto reproductor masculino.

- **En caso de hombres con riesgo de transmisión o diagnosticados de Zika:** Se usa preservativo durante 12 semanas (3 meses) desde el retorno del viaje o el diagnóstico de Zika.
 - **En el caso de mujeres con riesgo de transmisión o diagnosticadas de Zika:** Se usa preservativo durante 8 semanas (2 meses) desde el retorno del viaje o el diagnóstico de Zika.
- d) **Riesgos del consumo de medicación sin receta médica o la ingesta de bebidas alcohólicas y drogas:** Aumenta la probabilidad de microcefalia u otras malformaciones congénitas en el feto.
- e) **Importancia de la adherencia a los controles de atención prenatal:**
- Permite la detección temprana de complicaciones fetales.
 - La captación e inicio de los controles prenatales, dentro del primer trimestre, de preferencia, es antes de las 12 semanas de ausencia de menstruación.
- f) **La lactancia materna:** Aunque se ha detectado el ZIKV en leche materna humana, no hay evidencia hasta la fecha sobre el riesgo de transmisión de Zika al lactante. Por ello, se favorece la lactancia, incluso de madres con infección probable a Zika, por el beneficio nutricional para el adecuado crecimiento y desarrollo (CRED).



- 6.1.2.4 **Control de CRED:** Conjunto de actividades periódicas realizadas por el personal de enfermería y/o médico, con el objetivo de vigilar, de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades y los factores protectores. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial (ver NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años", aprobada por Resolución Ministerial N°537-2017/MINSA o la que haga sus veces).
- 6.1.2.5 **Acciones de promoción de la salud en caso de brote:** Ante un escenario de brote de Zika, las acciones deben estar orientadas al control del daño a corto plazo. Para ello, se debe actuar coordinadamente con el gobierno local, con la comunidad, las instituciones educativas, y centros laborales. Cada uno de ellos tiene un rol importante a seguir, tal como se indica en el Anexo N° 5 "Acciones de Promoción de la Salud en Casos de Brote de Zika en el Perú".
- 6.1.2.6 Si una persona acude a un establecimiento farmacéutico presentando signos y/o síntomas de sospecha de Zika, el químico farmacéutico le informa sobre las posibles consecuencias de la automedicación con productos farmacéuticos para esta enfermedad (enmascaramiento de síntomas, retraso en el diagnóstico y complicaciones), orientando al usuario para que acuda inmediatamente a un E.S. público o privado y así reciba un adecuado diagnóstico, priorizando a las mujeres embarazadas.
- 6.1.2.7 En caso de desastres naturales donde no sea posible el acceso a centros referenciales para el manejo de pacientes gestantes con diagnóstico de la enfermedad de Zika, deben continuar su control prenatal en el E.S. más cercano hasta que se pueda realizar la referencia correspondiente.



6.1.3 ACCIONES DE COMUNICACIÓN PARA INFORMAR, DIFUNDIR Y SENSIBILIZAR:

6.1.3.1 Las acciones de comunicación llevadas a cabo por las DIRIS, DIREAS, GERESAs y por los otros prestadores de salud permiten informar y sensibilizar a la población respecto a las medidas de prevención y control de la transmisión, evitando la propagación del Zika mediante la adopción de prácticas saludables.

6.1.3.2 Es fundamental la adaptación cultural de los materiales comunicacionales y el uso de lenguas originarias, teniendo en cuenta las características culturales de la población.

6.1.3.3 Estrategias de comunicación

- a) Difusión de mensajes comunicacionales a través de medios masivos (televisión, radio y medios digitales, financiados por las Unidades Ejecutoras correspondientes), medios alternativos (vallas y avisos, entre otros), prensa (vocería en medios y notas de prensa, entre otros), activaciones (ej. en colegios, mercados u otras zonas de alta afluencia para difundir los mensajes de campaña), plataformas/recursos internos (circuito cerrado de televisión y perifoneo, murales, boletines, entre otros). En la elaboración de mensajes, tener en consideración la lengua y las características culturales de la población.
- b) Priorizar la difusión de mensajes dirigidos a gestantes, considerando la afectación tanto a la madre como al recién nacido.
- c) Articulación para la difusión de mensajes de campaña con los 3 niveles de gobierno y con instituciones públicas y privadas, para garantizar la cobertura del alcance de estos mensajes en la población.

6.1.3.4 Comunicación para la salud con énfasis en comunicaciones de riesgos ante un brote de Zika

- a) Los encargados de comunicación de las DIRIS, DIREAS, GERESAs y de los otros prestadores de salud, consolidan la comunicación de riesgo como un proceso fundamental en la gestión y respuesta institucional ante brotes, teniendo en cuenta las fases de:
 - **Preparación (vector presente o posible):**
 - Preparar una campaña de comunicación para mujeres embarazadas, viajeros, personal de la salud y público en general para crear conciencia sobre el Zika. Incluir mensajes sobre el riesgo de transmisión sexual y las medidas para evitarlo.
 - Actualizar la línea 113 para incluir mensajes sobre el Zika.
 - **Temporada de zancudos:**
 - Iniciar una campaña de comunicaciones cuyos mensajes principales estén orientados a la concientización sobre el autocuidado ante los zancudos y la eliminación de criaderos.
 - Mensajes dirigidos a los viajeros que regresan de áreas con transmisión de Zika para que tomen precauciones a su retorno (por picaduras de zancudos y métodos de barrera en personas sexualmente activas).
 - **Primera transmisión local confirmada:**
 - El Ministerio de Salud, a través de las DIRIS, y los Gobiernos Regionales, a través de las DIREAS/GERESAs, emiten notas de prensa/declaraciones a los medios de comunicación y realizan actividades mediáticas para poner en la agenda pública el riesgo de transmisión de Zika y las medidas de autocuidado.



- El Ministerio de Salud realiza el monitoreo de los mensajes difundidos en medios de comunicación nacionales y locales para determinar si la información es precisa; identificar los vacíos informativos o noticias falsas y hacer ajustes en las comunicaciones, de ser necesario.
- **Transmisión local generalizada:** Intensificar el alcance mediático (medios de comunicación masivos, redes sociales y la Línea 113).
- b) Desarrollar proyectos de comunicación de mediano y largo alcance, a fin de asegurar resultados concretos a nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de la población respecto a la prevención y medidas de autocuidado de Zika.
- c) Mensajes clave para la comunicación en riesgo de transmisión de Zika:
 - La infección por el Zika durante el embarazo se asocia a malformaciones congénitas. Las mujeres embarazadas deben postergar sus viajes a zonas con Zika.
 - El Zika se transmite principalmente a través de la picadura de un mosquito infectado de la especie Aedes.
 - La mejor forma de prevenir el Zika es evitando las picaduras de zancudos.
 - Acudir a un E.S. si presenta síntomas, como fiebre, sarpullido, dolor en las articulaciones o detrás de los ojos.



6.1.4 NOTIFICACIÓN DE CASOS:

- 6.1.4.1 Los casos probables de Zika se reportan de manera inmediata al responsable de la Unidad / Oficina / Dirección de Epidemiológica o la que haga sus veces del E.S. donde se han identificado los casos por parte del EMS. Se registran los datos del paciente en la ficha de investigación clínico epidemiológica para la vigilancia de dengue, chikungunya, fiebre amarilla y otras arbovirosis (ver Anexo N° 6).
- 6.1.4.2 La ficha clínico epidemiológica es una herramienta para la notificación e investigación de las personas consignadas como casos en el aplicativo NOTI; su llenado es registrado por el médico que atiende al paciente y no está sujeto a la toma de muestra de laboratorio. Asimismo, la toma de muestra no debe estar sujeta al llenado de la totalidad de la ficha para no perder la oportunidad de obtenerla (ver Anexo N° 8).
- 6.1.4.3 Toda persona que cumple con la definición de caso para Zika debe de ser notificada en el aplicativo NOTI.
- 6.1.4.4 El personal que cumple las funciones de vigilancia epidemiológica notifica en el aplicativo NOTI a las gestantes que cumplen con definiciones de caso probable o confirmado de Zika.
- 6.1.4.5 Aquellos recién nacidos, óbitos u abortos con probable infección congénita relacionada a Zika se notifican a través de la Ficha de investigación Clínico Epidemiológica de Infección Congénita Relacionada a Zika Madre–Recién Nacido (ver Anexo N° 9).
- 6.1.4.6 La infección congénita relacionada a Zika comprende la notificación en 2 momentos:
 - a) En la captación de la gestante probable o confirmada con Zika.
 - b) Al momento del término de la gestación hasta los 28 días de recién nacido, y se sigue el Flujiograma para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Infección Congénita Relacionada a Zika (ver Anexo N° 10).
- 6.1.4.7 Si se capta al recién nacido con probable infección congénita relacionada a Zika al momento de nacer, realizar una investigación epidemiológica retrospectiva a



la madre para identificar antecedentes de Zika durante el periodo de gestación, utilizando la Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica de Infección Congénita relacionada a Zika Madre–Recién Nacido (ver Anexo N° 9).

- 6.1.4.8** El personal responsable de la Unidad / Oficina / Dirección de Epidemiología o la que haga sus veces del E.S. que capta una gestante probable o confirmada de Zika la refiere al servicio de Gineco-Obstetricia en el segundo nivel de atención para que reciba la atención médica prenatal correspondiente.
- 6.1.4.9** En caso que se identifique un recién nacido con microcefalia o con algún otro hallazgo clínico sugestivo de infección congénita asociada a Zika, se debe referir al paciente consignando los datos antropométricos, como el PC, conforme al protocolo de medición (ver Anexo N° 11) y los hallazgos de malformaciones congénitas y de laboratorio. La medición del PC se realiza por el EMS capacitado en la atención del recién nacido en 2 oportunidades. La primera medición es al nacimiento y la segunda a las 24 horas de vida, según la NTS N° 214-2024-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal”, aprobada mediante Resolución Ministerial N°545-2024/MINSA o la que haga sus veces.
- 6.1.4.10** Todo profesional médico que identifique un caso sospechoso de SGB durante la atención debe de llenar la ficha de investigación clínico epidemiológica de la vigilancia de Síndrome de Guillain Barré (ver Anexo N° 7) y comunicar inmediatamente a la Unidad / Oficina / Dirección de Epidemiología o la que haga sus veces en el E.S. para que realice la notificación (ver Anexo N° 14).



6.1.5 DIAGNÓSTICO:

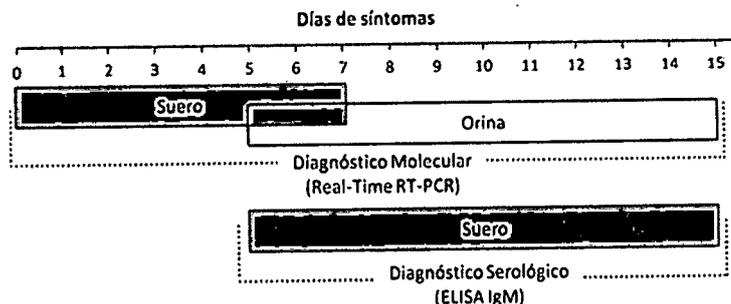
- 6.1.5.1** Previo a todo procedimiento diagnóstico, se informa al paciente sobre los riesgos y beneficios de cada uno, haciendo respetar el principio bioético de autonomía, tomando en cuenta el enfoque intercultural. El consentimiento informado del paciente es consignado en la historia clínica.
- 6.1.5.2** El 80% de pacientes con Zika son asintomáticos, por lo que esta infección es probable en los siguientes casos:
- Antecedente epidemiológico de haber estado en los últimos 14 días en una zona con transmisión activa de Zika, o
 - Haber tenido relaciones sexuales sin protección con una persona que haya visitado, en las 8 semanas previas, una zona de transmisión activa confirmada de Zika.
- 6.1.5.3** Los criterios para la detección de casos de infección por Zika son iguales para las mujeres gestantes como para la población en general. Por lo tanto, se presta especial atención a su diagnóstico, manejo y seguimiento oportunos.
- 6.1.5.4** Para el diagnóstico clínico de la infección por el ZIKV, se evalúa el tiempo de duración de síntomas, ya que estos aparecen luego de 3 a 12 días de la picadura del zancudo *Aedes aegypti* infectado y tienen una duración de hasta 7 días.
- 6.1.5.5 Se evalúan los siguientes signos y síntomas (ver Anexo N° 12):**
- Rash** (exantema, sarpullido maculopapular) es de distribución céfalo-caudal (cabeza, tronco y miembros superiores e inferiores), muy pruriginosos y tienen una duración promedio de 6 días, el cual puede aparecer dentro del curso de la enfermedad.
 - Fiebre:** Suele ser de baja intensidad (temperatura <38.5°C) en comparación con otros arbovirus, como DENV y CHIKV.

- c) **Artralgia** (dolor articular): Aparece generalmente en forma de poliartalgia de pequeñas articulaciones; siendo las manos, muñecas, rodillas y tobillos los afectados con más frecuencia.
 - d) **Conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival**: Es bilateral y es no pruriginosa.
 - e) Mialgias, cefalea y malestar general y otros síntomas, tales como dolor retro orbitario, vómitos, edema de manos y pies peri articulares (poco frecuentes).
- 6.1.5.6 No se han observado casos de alteración hemodinámica causada exclusivamente por la infección de Zika, pero sí en casos de coinfección por otras arbovirosis, así como también en formas graves de infecciones producidas por otras arbovirosis.
- 6.1.5.7 Las gestantes con Zika presentan los mismos signos y síntomas que la población en general.
- 6.1.5.8 No se ha asociado la gestación con enfermedad aguda grave por Zika, pero requieren de un diagnóstico y manejo oportuno por las posibles consecuencias asociadas por la infección por el ZIKV sobre el recién nacido.
- 6.1.5.9 Seguimiento en la presentación de manifestaciones clínicas atípicas, ya que se ha reportado también manifestaciones atípicas en la fase aguda con compromiso neurológico como mielitis y meningoencefalitis. Asimismo, existe asociación entre Zika y SGB como complicación posterior a la fase aguda.



6.1.6 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL:

- 6.1.6.1 El diagnóstico de laboratorio de las arbovirosis, a diferencia de otras enfermedades víricas, no condiciona el tratamiento de la paciente.
- 6.1.6.2 La confirmación del diagnóstico clínico es sustentando por la detección de marcadores de infección (detección del ZIKV o su genoma o anticuerpos), de gran utilidad en la vigilancia epidemiológica de la enfermedad, pero no para el tratamiento individual.
- 6.1.6.3 El método diagnóstico a emplear va a depender del momento de la toma de muestra, que a su vez depende del momento de inicio de los síntomas.



Fuente: Adaptado. Diagnóstico de Laboratorio para la Enfermedad de Zika; OPS/OMS.

- 6.1.6.4 Las muestras para la determinación de la infección por Zika pueden ser suero, orina o tejido, según el tiempo de enfermedad (Anexos N° 13 y N° 24) y el contexto clínico.
- a) Es importante el diagnóstico diferencial, considerando que, en distintas áreas del país, pueden circular otros arbovirus, tomando en cuenta el contexto clínico (Anexo N° 12). En el caso de probable infección por el ZIKV en áreas donde circulan otros arbovirus, pueden confirmarse o rechazarse mediante pruebas

moleculares, las cuales se encuentran disponibles en laboratorios de referencia regional o nacional.

- b) **Pruebas moleculares:** Detectan el genoma viral en el caso del ZIKV conformado por ARN.

Se toma la muestra de suero entre el día 1 y 5 desde el inicio de síntomas. En caso de la muestra de orina, esta prueba puede realizarse a partir del día 6 hasta el día 14 (Anexo N° 14).

Si es positivo, se confirma el caso de zika; si es negativo, se realizan pruebas moleculares diagnósticas para descartar otras arbovirosis (ver sub numeral 5.2.2, referido a "caso confirmado de zika"), los cuales se encuentran disponibles en laboratorios de referencia regional o nacional.

- c) **Pruebas serológicas:** Se emplea la técnica de ELISA para la detección de anticuerpos Inmunoglobulina M (IgM) específicos contra Zika a partir del día 6 de iniciados los síntomas (Anexo N° 16); la detección de (Inmunoglobulina G (IgG) se realiza a partir del día 15 de iniciados los síntomas. El diagnóstico se hace a partir de una única muestra de suero. El resultado de ELISA en fase aguda es presuntivo, por lo que el personal de laboratorio toma una segunda muestra 1 a 2 semanas después de la primera para demostrar seroconversión, es decir, el cambio de resultado negativo a positivo. La prueba es positiva cuando el aumento de anticuerpos es de hasta 4 veces (prueba cuantitativa). La prueba de ELISA se emplea principalmente en pacientes con SGB probablemente por Zika, pacientes gestantes con probable infección por el Zika, así como también en recién nacidos con probable infección congénita por Zika (ver Anexo N° 16).

- d) **Otras pruebas serológicas:**

La Prueba de Neutralización por Reducción de Placa (PRNT) es una técnica que se emplea para la detección de anticuerpos neutralizantes del agente etiológico en los casos con seroconversión; pero debe emplearse sólo como investigación que complementa la información. El criterio de clasificación de una infección reciente requiere de una diferencia de 4 diluciones del título entre ZIKV y DENV. Esta prueba sólo se realiza en el INS.

6.1.7 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ESPECIALIZADOS EN LA GESTANTE:

- 6.1.7.1 En el caso de probable infección por el ZIKV en áreas donde circulan otros arbovirus, pueden confirmarse o rechazarse mediante 3 métodos:

- a) **Anatomía patológica:** En el caso de abortos u óbito fetal, producto de pacientes con diagnóstico de Zika, se realiza la detección de ARN viral mediante la prueba molecular, aislamiento en cultivo celular e identificación viral, histopatología e inmunohistoquímica. Para ello, la muestra es obtenida en el área de patología, de 2 cm³ de tejido cerebral, hígado, pulmón, riñón, corazón o placenta, los cuales se colectan en un recipiente estéril y son remitidos de la siguiente manera:

- 1 cm³ en un frasco sin preservante que se congela de inmediato.
- 1 cm³ en un frasco con formol neutro al 10% a temperatura ambiente y tapa hermética.

Se envían al LRR todas las muestras dentro de las 24 horas desde su obtención. Estas muestras son trasladadas en cajas térmicas que garanticen una temperatura adecuada (menor a +8°C) y la conservación de las mismas.

- b) **Ultrasonografía (o ecografía) obstétrica (ver Anexo N° 17):** Se utiliza para el diagnóstico en el feto o seguimiento en el recién nacido con síndrome congénito asociado a Zika, siendo esta la principal herramienta para el diagnóstico y determinación de riesgo individual del feto durante el embarazo, la cual evalúa:



- **Primer trimestre:**

Edad gestacional: Las mediciones ultrasonográficas del feto durante el primer trimestre proporcionan la estimación más precisa de la edad gestacional cuando se carece de otros datos.

En aquellos casos en los que la fecha estimada de parto se calcula a partir de los ciclos menstruales, según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (*American Collage of Obstetricians and Gynecologists, ACOG*), se emplea la fecha de la ultrasonografía si difiere de la fecha estimada, de la siguiente manera:

5 días: Hasta 8 semanas con 6 días de edad gestacional.

7 días: De 9 a 13 semanas con 6 días de edad gestacional.

Debido a que las estimaciones de edad gestacional mediante ultrasonografía son menos precisas, más adelante en el embarazo, los resultados ultrasonográficos del segundo y el tercer trimestre rara vez se emplean para validar la edad gestacional mediante ultrasonografía en el primer trimestre.

La medición del embrión o feto: (hasta las 13 semanas con 6 días), se mide la longitud corona-caudal (LCC), es el método más preciso para establecer o confirmar la edad gestacional. Es considerada en los siguientes controles que se realicen.

Anatomía fetal: Se realiza el control de crecimiento fetal para la detección de malformaciones fetales mayores en los exámenes ultrasonográficos. La valoración de la anatomía fetal en el primer trimestre es limitada, ya que muchas estructuras fetales no han completado su desarrollo o no son identificables mediante este método diagnóstico en esta etapa. Sin embargo, el reconocimiento y la examinación sistemática de las estructuras básicas antes de la semana 14 de gestación permitirían detectar malformaciones fetales y sospechar alteraciones cromosómicas de forma temprana.

En este trimestre es necesario evaluar la translucencia nucal, que constituye un hallazgo importante de una probable malformación congénita.

Translucencia nucal: Es un examen que mide el engrosamiento del pliegue de la nuca. Esta es un área de tejido en la parte posterior del cuello de un feto. Medir este engrosamiento ayuda a evaluar el riesgo para Síndrome de Down y otros problemas genéticos en el feto.

- **Segundo trimestre:** La evaluación de ultrasonografía morfológica en el segundo trimestre (entre las 20 a 22 semanas) puede detectar algunas malformaciones fetales de aparición tardía, como por ejemplo alteraciones del SNC de causa externa (hipóxico-isquémica, hemorrágica, infecciosa).

Edad gestacional: De no contar con ultrasonografía precoz, se detecta la gestación según biometría cefálica.

Anatomía fetal: Se recomienda evaluar en el segundo trimestre, siendo el estándar para estudiar la anatomía fetal.



Estructura Fetal	Visualización Adecuada
Cabeza	Integridad de la calota ⁱ Línea media, morfología, plexos coroideos y simetría ⁱ
Cerebro	Hoz del cerebro, cavum del <i>septum pellucidum</i> , tálamos y ambos ventrículos laterales Cerebelo y Cisterna Magna ⁱⁱ
Cara	Cortes transversal, coronal y sagital: órbitas y cristalinos, paladar y perfil
Corazón	Relación con el estómago, eje cardíaco, 4 cámaras, tractos de salida izquierdo y derecho, además del plano de 3 vasos con Doppler a color ⁱ .
Abdomen	Estómago, corte longitudinal, diafragma y vejiga ⁱ
Cordón Umbilical	Inserción, arterias umbilicales con Doppler color ⁱ
Columna	Integridad y vértebras ⁱⁱⁱ
Riñones	Ambos riñones con o sin Doppler color para identificar arterias renales
Extremidades	Visualización de las 4 extremidades, cada una con sus 3 segmentos

ⁱ Corte Transversal

ⁱⁱⁱ Corte sagital

ⁱⁱ A nivel del plano transcerebeloso

^{iv} Corte coronal o longitudinal

- **Tercer trimestre:** Puede detectar algunas malformaciones fetales de aparición tardía, sobre todo en el SNC. Se incluye todo lo señalado en el segundo trimestre, además de revisar en general:

Cráneo: Huesos del cráneo (morfología e integridad), línea interhemisférica visible y plexos coroideos.

Cuello: Apariencia normal, grosor de translucencia nucal.

Columna: Vértebras y piel supra yacente intacta.

Tórax: Campos pulmonares simétricos y ausencia de masas y efusión pleural.

Corazón: Actividad normal y 4 cámaras simétricas.

Abdomen: Estómago visible en cuadrante superior izquierdo; vejiga y riñones visibles.

Pared abdominal: Inserción normal del cordón umbilical; no defectos umbilicales.

Extremidades: 4 miembros y cada uno con 3 segmentos; orientación normal de manos y pies.

Placenta: Localización y aspecto.

Cordón umbilical: 3 vasos en el cordón.

Se complementa la evaluación ultrasonográfica con estudio de Índice del Líquido Amniótico (ILA), diámetro, biparietal y circunferencia cefálica.

- c) **Pruebas imagenológicas complementarias:** De acuerdo a los hallazgos ultrasonográficos anormales en el primer trimestre o en la evaluación de la anatomía fetal básica, se refiere a la paciente a un E.S. de mayor capacidad

resolutiva; estas pruebas son realizadas en E.S. con equipo de ultrasonografía y personal capacitado en gineco-obstetricia.

- El médico especialista en ginecología y obstetricia, pediatría, neonatología o neuropediatría determina la pertinencia de la ultrasonografía cerebral, Tomografía Cerebral Multicorte (TEM) o Resonancia Magnética Nuclear (RMN) en E.S. con niveles resolutivos más complejos.
- **Pruebas disponibles para el diagnóstico de Zika:** El Laboratorio de Referencia Nacional de Metaxénicas y Zoonosis Virales o el que haga sus veces del INS realiza las siguientes pruebas de diagnóstico de Zika:

Detección de ARN viral: A través de pruebas moleculares.

Detección de anticuerpos IgM contra el Zika

6.1.8 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:

6.1.8.1 Enfermedades infecciosas:

- a) **Enfermedades con erupción cutánea:** DENV, CHIKV y otras arbovirosis (ver Anexo N° 12), Meningococo y Escarlatina, Parvovirus Humano B19, Sarampión, Rubeola, Varicela, Mononucleosis Infecciosa, Herpes Simple y la primo infección por VIH; Rickettsia, entre otros.
- b) **Enfermedades diarreicas:** Campylobacter, Enterovirus, Fiebre Tifoidea.
- c) **Enfermedades con compromiso neurológico:** Virus del Nilo Occidental (tener en cuenta en población turista o migrante, para casos importados o autóctonos).
- d) **Otros cuadros clínicos:** Leptospirosis, Malaria, Hantavirus, Adenovirus; Hepatitis Viral y Sepsis.

6.1.8.2 Enfermedades no infecciosas:

- a) **Condiciones reumatológicas:** Artritis post infecciosa, Lupus Eritematoso Sistémico y afecciones reumatológicas.
- b) **Neoplasias malignas:** Leucemia, linfoma y otras neoplasias.

6.1.8.3 En caso de hallazgos anormales en la evaluación de la anatomía fetal temprana de la ultrasonografía del primer trimestre o en la anatomía fetal básica del segundo trimestre, se refiere a la gestante a un E.S. con mayor capacidad resolutiva para manejo clínico y seguimiento.

Tener en cuenta: La infección de Zika en mujeres gestantes no presenta diferencias clínicas. Tras la picadura del zancudo infectado, los síntomas aparecen entre 2 a 7 días después. La mortalidad es rara.

6.1.9 CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA

- 6.1.9.1** Todo recién nacido con infección congénita por Zika que presente algún grado de afectación recibe rehabilitación en EE.SS que cuenten con servicio de medicina física y rehabilitación y, de ser el caso, el certificado de discapacidad. Para ello, la unidad prestadora de servicios de medicina física y rehabilitación debe contar con infraestructura, equipamiento biomédico, recurso humano y tecnología sanitaria necesarios para una prestación en condiciones razonables de seguridad y calidad.
- 6.1.9.2** El personal de la salud que trabaja en zonas endémicas a ZIKV o con presencia del vector *Aedes aegypti* y que brinda atención integral de salud a la gestante y/o al recién nacido expuestos a ZIKV, presta especial énfasis en el seguimiento óptimo de la gestante a través de los controles prenatales.
- 6.1.9.3** La gestante con diagnóstico de Zika confirmado por laboratorio es siempre considerada para su manejo y seguimiento como de Alto Riesgo Obstétrico (ARO).



- 6.1.9.4 Todo paciente con sospecha de SGB es referido inmediatamente para monitoreo clínico en la Unidad de Cuidados Intermedios o manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), dependiendo de su estado clínico y hemodinámico, según la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con Síndrome de Guillain Barré, aprobada mediante Resolución Directoral N°201-201-2018-DG-INCN, cuya obligatoriedad a nivel nacional se dispuso mediante la Resolución Ministerial N°809-2019/MINSA o la que haga sus veces.
- 6.1.9.5 Ante la notificación de un caso probable a Zika o de otras arbovirosis, el responsable de la vigilancia epidemiológica del E.S realiza la investigación epidemiológica.

6.2 NIVELES DE ATENCIÓN DE SALUD

6.2.1 MEDIDAS EXCLUSIVAS PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

6.2.1.1 El personal médico del E.S. consigna, en primera instancia, la condición clínica basal del paciente:

- a) Las manifestaciones clínicas son poco frecuentes, más aún el dolor no controlado, deshidratación, fiebre refractaria mayor de 5 días, sangrado y signos cutáneos graves (úlceras, epidermólisis, entre otras).
- b) Comorbilidades y descompensación de las mismas, las cuales reciben un seguimiento clínico diferenciado.
- c) Reacciones alérgicas a medicamentos (RAM), según sea el caso.
- d) Grupos de riesgo: Personas menores de 1 año, mayores de 65 años, pacientes inmunocomprometidos, embarazadas, recién nacidos, pacientes con dudas diagnósticas o riesgo fetal.

6.2.1.2 Tratamiento de primera línea según signos y síntomas para la población en general:

- a) **Fiebre y dolor músculo-esquelético:** Iniciar con medidas físicas con paños húmedos tibios con 2°C menos que la temperatura del paciente y, de no haber respuesta, administrar paracetamol hasta un máximo de 3 días. En caso que la fiebre dure más, acudir inmediatamente al médico.
- **Niños:** La dosis para niños es de 10 a 15 mg/kg/dosis de paracetamol cada 6 u 8 horas hasta un máximo de 3 días. En caso que la fiebre dure más, acudir inmediatamente al médico para reevaluación. Mantener reposo relativo mientras dure la fiebre.

PARACETAMOL DOSIFICACIÓN EN PEDIATRÍA		
Edad y peso	Jarabe (120 mg/5 ml)	Gotas (100 mg/ml)
0 a 2 meses (< 4 kg)	1,5 ml	8 gotas
2 a 3 meses (4 a <6 kg)	2,5 ml	12 gotas
4 a 11 meses (5 a < 10 kg)	5,0 ml	15 gotas
1 a 2 años (10 a < 14 kg)	5,0 ml	25 gotas
3 a 4 años (14 a < 15 kg)	7.5 ml	30 gotas

- **Adultos (incluyendo gestantes):** Es de 500 mg a 1000 mg cada 6 u 8 horas de paracetamol, sin superar 4000 mg al día por vía oral (VO). La terapia es indicada por un profesional médico (ver Anexo N° 18). No administrar AINES (Ácido Acetil Salicílico, Metamizol ni otros).



- b) **Cefalea:** Paracetamol en la misma dosis que en el caso de fiebre y no se administran AINES hasta el descarte de dengue.
- c) **Prurito:** En caso de prurito, emplear antihistamínicos, como clorfenamina o loratadina; ambos medicamentos emplearlos en mayores de 2 años (ver Anexo N° 19).
 - **Clorfenamina:** La dosis para niños de 0.2 a 0.4 mg/kg/día. Dosis máxima en un periodo de 24 horas de 6 mg/día para niños 2 a < 6 años; 12 mg para niños 6 a 12 años y 24 mg niños ≥ 12 años y adolescentes.
 - **Loratadina:** La dosis para niños de 2 a menores de 6 años es de 5 mg por día; en niños de 6 años a menores de 12 años, la dosis es de 5 mg cada 12 horas o 10 mg por día; y, para mayores de 12 años, la dosis es de 5 o 10 mg cada 12 horas.

EDAD O PESO	CLORFENAMINA	LORATADINA
1 mes a 2 años	No se recomienda	No se recomienda
2 a 6 años	1 mg cada 4 a 6 horas VO (dosis máxima diaria 6 mg)	5 mg cada 24 horas
6 a 12 años	2 mg cada 4 a 6 horas VO (dosis máxima diaria 12 mg)	5 cada 12 horas o 10 mg cada 24 horas
Mayores de 12 años y adultos	4 mg cada 4 a 6 horas VO (dosis máxima diaria 24 mg)	5 a 10 mg cada 12 horas

Fuente: Elaboración DPCEM-DGIESP/MINSA

d) Hidratación:

- **Adultos:** Se evalúa el requerimiento de hidratación VO o endovenosa (EV), según condición clínica, valorizando la respuesta clínica conjuntamente con el gasto urinario.
- **Niños:** Se valora clínicamente la presencia o ausencia de signos clínicos de deshidratación leve, moderada y severa. Con ello, se determina la necesidad de hidratación VO o EV, que es administrada de forma continua (bomba de infusión o volutrol, según corresponda el nivel de atención del E.S.) y se monitoriza la respuesta clínica, de acuerdo a la fórmula de Holliday y Segar, conjuntamente con el flujo urinario, En caso de requerir mayor capacidad resolutive para la óptima atención del paciente, referirlo ⁽¹⁾.

PESO (kg)	REQUERIMIENTO DE HIDRATACIÓN DE MANTENIMIENTO	
	Requerimiento por rango de peso en 1 día	Requerimiento por rango de peso por hora
Primeros 10 kg	100 mL/kg/día	≈ 4 mL/kg/h
Segundos 10 kg	1000 mL/día + (50 mL/kg/día)	≈ 2 mL/kg/h
Cada kg adicional	1500 mL/día + (20 mL/kg adicional/día) *	≈ 1 mL/kg/h

*Máximo de 2400 mL al día

Fuente: Elaboración DPCEM-DGIESP/MINSA tomando en consideración información disponible en: Manual Harriet Lane de Pediatría. 22ª ed. Philadelphia: Elsevier. 2023: 343-5.

(1) Holliday, M.A. and Segar, W.E. (1957). The maintenance need for water in parenteral fluid therapy. Pediatrics, 19, 823-832.

6.2.1.3 Se aísla a la persona durante los 7 días de iniciados los síntomas para evitar la picadura de otro zancudo y así prevenir el contagio a otra persona.

6.2.1.4 Atención de las gestantes con diagnóstico probable o confirmado de Zika:

- a) Toda gestante con diagnóstico probable o confirmado de Zika identificada en el primer nivel de atención es referida a un E.S. del segundo nivel para continuar con los controles prenatales.
- b) La atención prenatal de la gestante es estricta, obligatoria y regular, de acuerdo a la NTS N°105-MINS/DGSP.V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna", aprobada mediante Resolución Ministerial N°827-2013/MINSA o la que haga sus veces, así como controles ultrasonográficos para investigar la presencia de hallazgos sugerentes de malformaciones congénitas (ver Anexo N° 3), en el segundo y tercer nivel de atención.
- c) Toda gestante sintomática con diagnóstico probable o confirmado de Zika es hospitalizada para estudio y manejo correspondiente hasta la remisión de la sintomatología o complicaciones, luego se continúa con su atención prenatal.
- d) Para aquellas pacientes que son asintomáticas y se encuentran en zonas con presencia del vector o con casos de Zika notificados:
 - Es imperativa la educación y orientación sobre la profilaxis de la picadura del zancudo, el riesgo de transmisión sexual de Zika y las complicaciones más frecuentes, enfatizando las que ocurren en el recién nacido.
 - Búsqueda activa de gestantes y garantizar la cobertura de los controles prenatales al 100% desde el primer trimestre, de acuerdo a la NTS N°105-MINS/DGSP.V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA o la que haga sus veces.
 - Aquellas pacientes con confirmación de Zika deben emplear preservativos femeninos o masculino para evitar las infecciones a través de las relaciones sexuales. La mayor parte de las infecciones por ZIKV son asintomáticas y se desconoce el tiempo de eliminación del virus por vía seminal.
 - Realizar el registro adecuado en la historia clínica y formatos de notificación físicos e informáticos, siguiendo el flujograma de atención correspondiente contemplado en el Flujograma para la Atención de Gestantes Sintomáticas con Probable Infección de Zika (ver Anexo N° 20).
 - Las DIRIS, DIREAS, GERESAs y los otros prestadores de salud sensibilizan a los EMS con el objetivo que brinden información clara, comprensible y atención integral de salud que sea de calidad a las gestantes infectadas con Zika, ayudando a reducir la angustia, así como también a las instituciones locales y organizaciones comunales sobre la atención respetuosa, comprensiva y multicultural que requieren las gestantes infectadas con Zika, así como sus familiares.
- e) La atención de las gestantes sintomáticas en zonas con presencia del vector o con casos de Zika notificados:
 - Toda paciente que presente rash es evaluada para el respectivo descarte de Zika y otros diagnósticos diferenciales. El periodo suele ser de 2-3 días antes hasta 7 días después del inicio de los síntomas; no obstante, se ha descrito que este periodo puede ser más largo en gestantes (hasta 2-3 semanas).
 - Toda gestante sintomática es hospitalizada para el manejo y estudio correspondiente, hasta la remisión de la sintomatología u complicaciones, y continuar así su atención prenatal.
 - Tratamiento sintomático:



Prurito: Como primera línea, emplear productos tópicos ya que existe experiencia clínica que sugiere que son productos seguros; en caso no resulten efectivos, como segunda línea se puede emplear tratamiento sistémico con loratadina VO de 5 a 10 mg cada 12 horas.

Fiebre: Utilizar medios físicos para disminuir la fiebre. Como segunda línea, emplear paracetamol a dosis habituales: adultos a dosis de 500 a 1000 mg cada 6 a 8 horas sin superar los 4000 mg / día, mientras que la dosis en niños es de 15 mg/kg cada 6 u 8 horas por un máximo de 3 días (ver Anexo N° 18), a menos que exista contraindicación en la paciente.

Dolor: Sólo emplear paracetamol, según dosis especificadas en el literal a) del sub numeral 6.2.1.2 hasta el descarte de dengue por sus efectos potencialmente perjudiciales.

Molestias oculares: Se debe referir a la paciente al consultorio de oftalmología en el segundo nivel de atención para evaluación y descarte de complicaciones asociadas en el contexto de un paciente con diagnóstico probable o confirmado de Zika (ej. neuritis óptica).

No se ha descrito tratamiento antiviral específico para el control o manejo de la infección por Zika, por lo cual el manejo es sintomático.

- f) Manejo clínico de la gestante sintomática con diagnóstico de Zika en EE.SS. del segundo y tercer nivel de atención. Las pautas de atención integral de salud de pacientes infectadas sintomáticas con Zika son:
- **Evitar exposición al vector:** Mediante un uso estricto de mosquitero durante la fase sintomática y repelentes autorizados con DEET > 15-20% con aplicación cada 4 horas.
 - Debe asegurarse la hospitalización de la gestante en la fase aguda para descarte de otras patologías (diagnóstico diferencial) hasta la remisión de los síntomas.
 - Ingesta de líquidos adecuada, monitoreo de balance hidroelectrolítico, de funciones vitales y manejo sintomático.
 - Seguimiento ultrasonográfico: Debe realizarse acorde al caso, con indicación médica, según cada caso. El examen clínico y ultrasonográfico deben estar orientados principalmente en determinar:
 - Edad gestacional.
 - Volumen de líquido amniótico.
 - Morfología fetal.
 - Medición del PC fetal.
 - Defectos del SNC.
 - El correcto estudio ultrasonográfico del PC, el cual debe ser realizado de acuerdo a la NTS N°105-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, aprobada por Resolución Ministerial N°827-2013/MINSA o la que haga sus veces, depende de una correcta valoración de la edad gestacional, que es de suma importancia, más aún cuando se investiga alteraciones que requieren medidas antropométricas en función de la edad gestacional.
 - El uso de mediciones comparativas para medir la relación PC-longitud del fémur o relación PC-perímetro abdominal han demostrado no ser mejores que la medición del perímetro craneal solo. Por ello, esta última sigue siendo superior.



- Diagnóstico diferencial, principalmente de dengue, debido al mayor riesgo de evolución a casos graves. Siendo la sintomatología similar, manejar inicialmente al paciente evaluando los signos de alarma hasta la exclusión de este diagnóstico.
- Se debe educar al paciente diagnosticado de Zika sobre los signos de alarma (parestesias, incapacidad de control de esfínteres, entre otros) para que, en caso los presente, acuda inmediatamente al E.S. más cercano para atención integral de salud oportuna.
- **El acompañamiento en salud mental durante el embarazo debe:**

Identificar los trastornos mentales, del comportamiento, los problemas psicosociales y factores de riesgo que vulneran la salud mental de gestantes infectadas con Zika a través de fichas de tamizaje. Los profesionales de la salud del servicio de salud mental del E.S. que cuente con servicio de psicología o psiquiatría realizan sesiones psicoeducativas para fortalecer las capacidades de la pareja o familiar de confianza de la gestante infectada con Zika para que sea un soporte emocional para ella. Asimismo, se establecen procedimientos en la atención para el fortalecimiento del autocuidado de la salud mental materna, que consiste en la capacidad de la gestante de promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y afrontar enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de personal de la salud, que permitan enfrentar la posibilidad de tener un hijo con malformaciones congénitas, de acuerdo a lo establecido en la Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental de la Población Afectada, Familias y Comunidad, en el Contexto del Covid-19", aprobada mediante Resolución Ministerial N°186-2020/MINSA o la que haga sus veces.

Los EE.SS. que cuenten con servicio de salud mental realizan la evaluación y acompañamiento psicológico a la gestante por parte del personal del servicio de Psicología o Psiquiatría, quien brinda apoyo a la gestante durante todo su proceso de atención integral de salud y puerperio para disminuir los sentimientos de angustia en caso de diagnosticarse de microcefalia u otro problema de salud prenatal. Con ello, se favorece la estabilidad emocional de la madre ante la posibilidad de tener un recién nacido con malformaciones congénitas (ver Anexo N° 21).

g) El manejo clínico del parto es de la siguiente forma:

La paciente es referida a un E.S. del segundo nivel para el cuidado integral de salud del parto, monitoreo de la madre y del producto, además del manejo de complicaciones y exámenes complementarios.

El parto, tanto vaginal como por cesárea en caso existan impedimentos obstétricos, se realiza conforme a la NTS N°105-MINSA/DGSP.V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna", aprobada mediante Resolución Ministerial N°827-2013/MINSA o la que haga sus veces.

El profesional que atiende el parto es responsable de obtener las muestras de sangre para el diagnóstico de Zika.

Se promueve la lactancia materna en toda puérpera con diagnóstico probable o confirmado de Zika. La única indicación de postergar la lactancia materna de manera protectora es en el caso de una puérpera sintomática por 15 días y luego se restituye la lactancia materna.

No hay contraindicación para el parto vaginal en mujeres con diagnóstico de Zika o fetos con microcefalia, sólo que sea atendido por el EMS, tanto para el cuidado integral de salud de la madre como del recién nacido.



h) Atención integral de salud del recién nacido con infección congénita relacionada a Zika:

- Todo recién nacido es dado de alta con 2 mediciones del PC realizadas por el EMS capacitado en su atención. La primera medición es al nacimiento y la segunda mediación es a las 24 horas de vida (ver Anexo N° 11).
- Todo recién nacido de una madre con diagnóstico probable o confirmado de Zika, cualquier paciente con microcefalia o que tenga un examen neurológico alterado, identificado en cualquier momento de la infancia, es referido a un E.S. de tercer nivel de atención (ver Anexo N° 17).
- Es indispensable que se realice el seguimiento de las púerperas para la confirmación o descarte de aquellos recién nacidos con posible infección congénita asociada a Zika (ver Anexo N° 22).
- Todo paciente con signos sugestivos de complicación recibe atención inicial en el E.S. más cercano, estabilizándosele clínicamente y luego es referido con el objetivo que sea hospitalizado para manejo terapéutico, monitoreo hemodinámico, exámenes de laboratorio e imágenes, según corresponda, y, de ser necesario, ingreso a la Unidad de Cuidados Intermedios o a la UCI.



6.2.2 MEDIDAS EXCLUSIVAS PARA EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN:

- 6.2.2.1** En caso de la identificación en el E.S. del segundo o tercer nivel de atención, el personal de vigilancia epidemiológica notifica a los E.S. del primer nivel de atención de la jurisdicción a la cual pertenece la gestante para la realización de la investigación epidemiológica, según corresponda.
- 6.2.2.2** En el caso de gestantes con alteraciones fetales sugestivas de Zika, el manejo es exclusivo del segundo y tercer nivel de atención con un EMS, además del seguimiento por especialistas en perinatología, con el respectivo soporte psicológico a los padres de dichos fetos.
- 6.2.2.3** Además, en caso de gestantes con diagnóstico probable o confirmado de Zika por ser de ARO (alto riesgo obstétrico), debe ser evaluado por médicos especialistas (ver Anexo N° 29).
- 6.2.2.4** Todo paciente que presente las siguientes manifestaciones es referido inmediatamente a un E.S. de mayor complejidad (segundo o tercer nivel de atención, según corresponda) para que sea manejado en una Unidad de Cuidados Intermedios o en la UCI, de acuerdo a la valoración del estado clínico, para un monitoreo neurológico y hemodinámico continuo:
- a) Persistencia de fiebre más de 7 días.
 - b) Demora en la atención médica a cualquier paciente con clínica compatible a SGB con asociación probable o confirmada a Zika.
 - c) Sospecha de meningoencefalitis u otra complicación neurológica.
 - d) Compromiso del sensorio.
 - e) Sangrado significativo.
 - f) Descompensación de enfermedades subyacentes.
 - g) Sospecha de SGB.
 - h) Síndrome congénito asociado a Zika y en caso de infección congénita asociada a Zika, de acuerdo a capacidad resolutoria según corresponda.
 - i) Inestabilidad hemodinámica.



- j) Todo paciente con diagnóstico de microcefalia por infección congénita asociada a Zika requiere el seguimiento correspondiente por neonatología y/o pediatría, neurología pediátrica, así como también por genética, oftalmología, otorrinolaringología, psiquiatría, nutrición y, medicina física y rehabilitación.
- k) Se atienden los riesgos o las complicaciones asociados a la infección por Zika identificados en los pacientes, tanto en los servicios de consulta externa, como de emergencia y hospitalización, además de aquellos referidos de un E.S. del primer nivel de atención.
- l) Se establecen espacios de diálogo entre el EMS en los E.S de los distintos niveles de atención y la población.
- m) Todo paciente con SGB con asociación probable o confirmada a Zika mayor de 60 años debe de tener monitoreo estricto, sin importar el estado hemodinámico.

Tener en cuenta: El personal médico consigna la historia clínica basal del paciente, más aún si cursa con manifestaciones clínicas poco frecuentes, tiene antecedente de comorbilidades o descompensación de las mismas, RAM, o pertenecen a grupos de riesgo (Personas menores de 1 año, mayores de 65 años, pacientes inmunocomprometidos, embarazadas, recién nacidos, pacientes con dudas diagnósticas o riesgo fetal).



6.2.2.5 Manejo clínico de SGB (ver Anexo N° 23):

a) Síntomas y signos:

Los pacientes con SGB usualmente pueden presentar dolor, parestesias, debilidad (usualmente simétrica y bilateral) de más de una extremidad que es rápidamente progresiva y de comienzo distal. Además, esta debilidad suele iniciar en miembros inferiores con un avance ascendente y puede progresar en horas a días. El SGB puede asociarse a una afectación bulbar y el paciente cursa con dificultad respiratoria, además de un compromiso de los nervios craneales (50% pacientes con compromiso de músculos faciales y orofaríngeos), disminución o pérdida de reflejos osteotendinosos con pérdida parcial o completa de la sensibilidad.

Tener en cuenta: Considere también las variantes con debilidad facial bilateral y compromiso de movimientos oculares o cambios pupilares, retención urinaria y alteraciones cardíacas.

- b) Todo paciente con sospecha de SGB es hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intermedios o en la UCI, según corresponda, y debe tener monitoreo hemodinámico continuo hasta ser dado de alta.
- c) El SGB severo se caracteriza por la ausencia de respuesta motora de las extremidades, insuficiencia respiratoria con requerimiento de ventilación mecánica (VM), alteraciones disautonómicas (Taqui o bradicardia, insomnio, ansiedad, hipo o hipertensión, síncope u ortostatismo).

• **Criterios para sospechar de SGB**

Progresión rápida de debilidad bilateral en miembros y/o déficit sensorial.

Hipo / arreflexia.

Parálisis facial o bulbar.

Oftalmoplejía y ataxia.

• **Criterios para ingresar a UCI**

Debilidad severa y rápidamente progresiva con o sin signos de disfunción respiratoria con una capacidad vital <20 ml/kg.



Presencia de disautonomía (alteración funcional del sistema nervioso autónomo simpático, parasimpático, entérico o de los 3 sistemas): Taquicardia, fluctuaciones bruscas de la presión arterial, hipotensión ortostática.

Compromiso bulbar (dificultad para deglutir/hablar).

Alta probabilidad (>50%) de requerir VM, estimada mediante escala validada (ej. Score de EGRIS >4).

Comorbilidad: Diabetes Mellitus (DM) con HbA1c mayor a 7%.

- **Criterios para la predicción o uso de VM:**

Progresión rápida durante los primeros 7 días.

Incapacidad para: toser, tragar, pararse, caminar, o levantar la cabeza.

Aumento de enzimas hepáticas.

- **Dificultad respiratoria:**

- Leve: $PaO_2/FiO_2 < 300$.

- Moderada: $PaO_2/FiO_2 < 200$.

- Severa: $PaO_2/FiO_2 < 100$.

Tener en cuenta: Un pulmón sano tiene una relación $PaO_2/FiO_2 > 400$.

- **Criterios para VM inmediata:**

Capacidad vital forzada <15 ml/kg.

Presión parcial de CO₂ en sangre >48 mmHg o presión parcial de O₂ en sangre arterial <56 mmHg.

Escala de Hughes de 5.

Escala de Severidad de Hughes

0	Saludable.
1	Síntomas o signos menores de neuropatía, pero capaz de realizar trabajo manual/correr.
2	Capaz de caminar sin ayuda de un bastón (5 m en un espacio abierto) pero incapaz de realizar trabajo manual/correr.
3	Capaz de caminar con un bastón, aparato o soporte (5 m en un espacio abierto).
4	Confinados en cama o silla.
5	Requiere ventilación asistida (por cualquier parte del día o noche).
6	Muerte.

Fuente: Elaboración DPCEM-DGIESP/MINSA

c) **Diagnóstico:** Utilizar los Criterios de Brighton para el Diagnóstico del SGB (ver Anexo N° 25).

d) **Solicitud de los exámenes auxiliares de laboratorio:** Está orientada a descartar otras causas de parálisis flácida aguda: Electrolitos séricos (sodio, potasio, fósforo, magnesio y calcio), enzimas hepáticas, CPK, hemograma, proteína C reactiva (PCR) y hormona estimulante de Tiroides (TSH) ante sospecha de enfermedad tiroidea.

e) **Diagnósticos diferenciales de SGB:** Enfermedades metabólicas, como DM; enfermedades infecciosas, como botulismo y radiculitis producida por VIH y CMV. Por otro lado, enfermedades por déficit de nutrientes y enfermedades de origen neurológico del SNC, como Encefalomielitis Diseminada Aguda, Encefalitis, Mielitis Transversa, Compresión del Tronco Encefálica, malignidad leptomeníngea, entre otros; enfermedad de los nervios periféricos, como Enfermedad de Lyme, Porfiria, Difteria, vasculitis, entre otras; problemas musculares, como Rabdomiolisis Aguda, Dermatomiositis, Polimiositis, Enfermedades Mitocondriales; entre otros.

f) **Tratamiento:** Todo paciente con SGB es manejado de acuerdo a dispuesto en la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con Síndrome de Guillain-Barré, Guía en su versión corta del Departamento de Investigación, docencia y Atención Especializada en Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, aprobada mediante Resolución Directoral N°201-2018-DG-INCEN, cuya obligatoriedad a nivel nacional se dispuso mediante la Resolución Ministerial N°809-2019/MINSA o la que haga sus veces. Además, todo paciente con sospecha o diagnóstico confirmado de SGB requiere inicio precoz de rehabilitación durante la hospitalización y tratamiento preventivo contra úlceras y contracturas, analgesia y profilaxis contra trombosis venosa profunda.

g) **Monitoreo clínico:**

- Fuerza muscular (del cuello, brazos y piernas debe ser medido mediante la Escala de Fuerza Muscular del Consejo de Investigación Médica (Medical Research Council, MRC en inglés) u otra similar.
- Función respiratoria (capacidad de contar con una sola respiración menor o igual a 15 es indicativo de VM).
- Capacidad para tragar.
- Función autonómica: Presión arterial, frecuencia cardíaca (FC) y capacidad para controlar esfínteres.
- Todo paciente con SGB debe ser continuamente monitorizado, hemodinámica y clínicamente, tanto en la Unidad de Cuidados Intermedios o en la UCI como en el servicio de hospitalización, de acuerdo a su estado de salud y, según la Guía de Práctica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con Síndrome de Guillain Barre, Guía en su Versión Corta del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, aprobada mediante Resolución Directoral N°201-2018-DG-INCEN, cuya obligatoriedad a nivel nacional se dispuso mediante la Resolución Ministerial N°809-2019/MINSA o la que haga sus veces.

La incapacidad de flexionar el pie al culminar con la administración de la IgIV tiene asociación estadísticamente significativa para requerimiento de VM más de 14 días y traqueostomía.

- **El apoyo psicológico:** Este es fundamental puesto que los pacientes con SGB son conscientes de lo que está ocurriendo alrededor y en la mayoría de los casos se encuentran paralizados en la forma aguda, lo que predispone a padecer de ansiedad y depresión. Asimismo, el soporte de la familia forma parte del tratamiento. Inicialmente, hay que hacer de conocimiento al paciente y a su familia sobre las características de la enfermedad, sus consecuencias y pronóstico probable. De esta manera, se puede planear alternativas ante cada pronóstico. El médico tratante debe considerar el uso de terapia farmacológica de manera individualizada, según evolución del cuadro clínico.
- **Fatigabilidad:** Requiere de actividad física progresiva, según la tolerancia de cada paciente.



h) **Predicción de resultados:** Se calcula la Escala de Resultado Erasmus GBS modificada (mEGOS, por sus siglas en inglés) en la admisión. Esta escala la calcula el médico que presenta la solicitud a la UCI para el traslado del paciente.

i) **Complicaciones:**

- Fluctuaciones relacionadas al tratamiento.
- Requerimiento de VM por más de 3 semanas (alrededor del 78% de los pacientes).
- Arritmias cardíacas e hipertensión o hipotensión extrema (alrededor 20% de los/as pacientes).
- Íleo dinámico y disfunción de la mucosa bronquial u otras alteraciones en el SGB.
- Alteraciones en la sensibilidad e incluso dolor neuropático.
- Trombosis Venosa Profunda por inamovilidad prolongada; debilidad muscular e infecciones asociadas al VM.
- Para dar de alta a un paciente de la UCI o de la Unidad de Cuidados Intermedios, se debe de seguir los lineamientos según la NT N°031-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios", aprobada mediante Resolución Ministerial N°489-2005/MINSA o la que haga sus veces.

j) **Criterios de alta de hospitalización:**

- Ausencia de fiebre por 48 horas.
- Ausencia de signos de alarma.
- Buena tolerancia oral.
- Diuresis adecuada.
- Estabilidad hemodinámica.
- Resolución o mejoría de complicaciones neurológicas.

k) **Seguimiento al alta:**

- Todo paciente que haya sido dado de alta y atendido de manera ambulatoria debe tener una evaluación por consultorio de medicina general al mes, a los 3 meses y a los 6 meses luego de la fecha de alta; y, en caso de ser necesario, por la especialidad que corresponda, según sea el caso.
- Aquellos pacientes que fueron hospitalizados y no tuvieron complicaciones deben de ser evaluados a los 7 días del alta por pediatría, medicina interna o geriatría, de acuerdo al grupo etario. Por otro lado, en el caso de las pacientes gestantes y púerperas, además, deben ser evaluadas por ginecología y obstetricia. En caso de requerirlo, se debe de evaluar si el paciente requiere llevar un seguimiento por psicología y/o psiquiatría.
- Aquellos pacientes que hayan cursado con alguna complicación asociada a Zika, como es el caso de los recién nacidos con síndrome congénito probable o confirmado asociado a Zika, y, de igual manera, los pacientes con SGB probable o confirmado deben tener el seguimiento respectivo por parte de neonatología o pediatría, medicina interna o geriatría, medicina física y rehabilitación, oftalmología, neurología, psicología y/o psiquiatría, nutrición y/o genética, según corresponda el caso y el grupo etario.



l) Pronóstico:

- El diagnóstico y tratamiento oportunos permiten un mejor pronóstico, haciendo énfasis en la detección temprana de los signos de alarma.
- El pronóstico de las complicaciones neurológicas en adultos y recién nacidos depende del nivel de daño y del inicio precoz de la rehabilitación.

6.2.2.6 Manejo de las complicaciones del recién nacido:

- a) Se debe evaluar la presencia de infección congénita asociada a Zika, cuya sospecha es según criterios epidemiológicos, clínicos y laboratoriales (ver Anexos N° 3 y N° 22).
- b) Las infecciones durante la gestación que ocurren entre los primeros 3 meses tienen mayor riesgo de asociarse a un defecto congénito capaz de modificar la morfología del cuerpo, su funcionamiento o ambos, como es el caso de la microcefalia.
- c) Diagnóstico diferencial de microcefalia:**
- **Genética:** Causas génicas, como Microcefalia Autosómica Dominante, Microcefalia Ligada al Cromosoma X, Microcefalia Vera y causas sindrómicas que involucran otras anomalías congénitas, como el síndrome de Rett, síndrome de Angelman, síndrome de Cornelia de Lange, síndrome de Aicardi-Goutières, síndrome de Rubinstein-Taybi.
 - **Cromosómicas:** Trisomías (13, 18 o 21), anomalías estructurales, como delección 5p asociada a síndrome de Cri-Du-Chat y microdelecciones (delección 4p16 asociada al síndrome de Wolf-Hirschholm, delección 22q11 asociada al síndrome velocardiofacial y la delección 7q11.23 asociada al síndrome de Williams).
 - **Ambientales:** Agentes biológicos, como CMV, HSV, rubéola, parvovirus B19, sífilis, toxoplasmosis o VZV; agentes químicos como el alcohol, drogas anticonvulsivantes (fenitoína, valproato de sodio, carbamacepina o barbitúricos); agentes alquilantes, como la ciclofosfamida o metrotexato; agentes físicos, como la radiación; causas maternas, como diabetes mal controlada, insuficiencia placentaria, fenilcetonuria materna; o, causas disruptivas, como accidente cerebrovascular hemorrágico fetal.
- d) Debe realizarse seguimiento de los recién nacidos vivos de madres infectadas con el ZIKV y normocefalia, a recién nacidos con infección por el ZIKV o con infección congénita asociada a Zika sin microcefalia por riesgo a presentar complicaciones neurológicas en el tiempo, como convulsiones, hipo o hipertensión, detención del crecimiento del PC, entre otros.
- e) Es importante la evaluación de laboratorio en estos pacientes, la cual incluye pruebas moleculares y serológicas.
- f) Las muestras iniciales se deben coleccionar directamente del recién nacido en los primeros 2 días de vida. No se debe usar sangre del cordón umbilical para sacar la muestra por el riesgo de contaminación de sangre materno-fetal. Cuando la prueba se realiza tardíamente, se dificulta la distinción de la infección entre congénita, perinatal y postnatal. Por otro lado, si el momento de la infección no puede ser determinado, el recién nacido debe de ser tratado como si estuviera infectado.
- g) En caso de un recién nacido con microcefalia, debe descartarse causas infecciosas y no infecciosas asociadas.
- h) Se deben realizar pruebas de laboratorio para descartar infección por Zika de acuerdo a la capacidad resolutoria del E.S. en los siguientes casos:



- **La evaluación de neuroimágenes:** Puede evidenciar calcificaciones intracraneales ubicadas usualmente en la unión cortico-subcortical, involucrando generalmente los lóbulos frontal y parietal (también ganglios basales y tálamo), ventriculomegalia y líquido extra axial; trastorno de la migración neuronal, como anomalías en el desarrollo cortical (paquiria y agiria), disminución del volumen cortical (liscencefalia a predominio frontal); disminución general del volumen encefálico e hipodensidad de la sustancia blanca, como áreas de desmielinización o mielinización tardía con adelgazamiento del cuerpo caloso secundario; disgenesia e hipoplasia del cuerpo caloso. Compromiso de fosa posterior hipoplasia unilateral o global del cerebelo, vermis cerebeloso o tronco encefálico y Megacisterna Magna; agrandamiento del plexo coroideo y tabicamiento intraventricular, además de asimetría de ambos hemisferios cerebrales.
- **Ultrasonografía cerebral:** A todo recién nacido con prueba de laboratorio positivo a Zika se le debe realizar la ultrasonografía postnatal de la cabeza por un médico capacitado. En el caso que los resultados sean normales, se debe realizar otros exámenes, como TEM o RMN, entre otros, a solicitud del neonatólogo y/o neurólogo, según la evaluación clínica de cada paciente.

Signos de alarma de complicaciones neurológicas:

Trastorno del estado de conciencia (irritabilidad/letargia, somnolencia).

Vómitos persistentes.

Cefalea intensa y persistente.

Fotofobia.

Disminución simétrica, aguda y ascendente de la fuerza muscular en miembros inferiores.

- i) **Efectos adversos o colaterales con el tratamiento:** Los pacientes que reciben productos farmacéuticos podrían sufrir una o más reacciones nocivas no intencionadas que aparecen tras el inicio de su tratamiento. Por ello, todos los profesionales deben de estar atentos ante la presencia y reconocimiento precoz de los efectos adversos a los medicamentos, estén o no reportadas en la literatura, con el fin de que el paciente sea informado y pueda también identificarlos tempranamente.

Todos los profesionales de la salud, bajo responsabilidad, están obligados a reportar todas las sospechas de RAM según el formato correspondiente y en los plazos establecidos (ver Anexos N° 26 y N° 27). La notificación de las reacciones graves debe hacerse dentro de las 24 horas de conocido el evento; y, si es leve o moderado, en un plazo no mayor a 72 horas. Estos reportes son de carácter confidencial.

6.2.2.7 Manejo de complicaciones neurológicas según curso de vida:

- a) **Cuidados por curso de vida del recién nacido y niño:** En los recién nacidos, el examen físico incluye fundamentalmente la medición del PC al nacimiento y a las 24 horas de vida, según el protocolo establecido en el Anexo N° 11. Debe incluir el manejo clínico y seguimiento de pacientes con infección congénita asociada a Zika, cumpliéndose con la totalidad de acciones de acuerdo a lo establecido en la NTS N°214-2024-MINSA/DGIESP-2024 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal" aprobada mediante Resolución Ministerial N°545-2024/MINSA o la que haga sus veces, a la evaluación del desarrollo, la evaluación de la función visual, auditiva, física, neurológica, del estado nutricional según la edad y sexo del paciente, entre otros.



- De encontrar factores de riesgo o anomalías como microcefalia o calcificaciones intracraneales en el niño, es referido un E.S. de mayor capacidad resolutiva para manejo médico especializado (neonatología o pediatría).
- Los pacientes afectados con infección congénita asociada a Zika y que presenten alteraciones neurológicas visual o auditiva, convulsiones, alteraciones de la deglución, artrogriposis o displasia de cadera, entre otras, deben tener una detección temprana y seguimiento mediante una rehabilitación precoz en un E.S. que cuenta con capacidad resolutiva, según NTS N° 154 - MINSA/2019/DGIESP "Norma Técnica de Salud para el Tamizaje Neonatal de Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Fenilcetonuria, Fibrosis Quística, Hipoacusia Congénita y Catarata Congénita", aprobada mediante Resolución Ministerial N°558-2019/MINSA o la que haga sus veces.
- Entre los problemas bucales evidenciados en pacientes con infección congénita asociada a Zika, se encuentran la salivación excesiva, la respiración bucal, inserción anormal del frenillo labial superior, paladar ojival, defectos del esmalte dental y retraso en la erupción dental; por lo cual, hay dificultades para una adecuada lactancia materna y alimentación complementaria. Por ello, los pacientes con diagnóstico de Zika congénito deben tener una evaluación por el servicio de estomatología o el que haga sus veces, y terapia física, previamente al alta.
- Descartar en los pacientes con infección congénita asociada a Zika problemas asociados, como hipotiroidismo, baja estatura y obesidad.
- En caso de pacientes con deficiencias nutricionales producto de la espasticidad y de problemas de deglución (atragantamiento, dificultades en la succión, arcadas, reflujo y broncoaspiración), se debe capacitar a los padres sobre la importancia de una adecuada técnica de lactancia y alimentación. Esto genera ansiedad, por ello, es fundamental el acompañamiento psicológico temprano, así como una adecuada orientación nutricional.
- Entre los aspectos a tener en cuenta para capacitar a los padres, se encuentran:

Problemas en el neurodesarrollo: Explicar a los padres de recién nacidos sin microcefalia, cuya madre tiene diagnóstico probable o confirmado de Zika, que aquellos que son asintomáticos pueden presentar hallazgos neurológicos, como retraso en el desarrollo infantil temprano, trastornos de movimientos, postura y deglución, entre otros, en el periodo postnatal, principalmente durante el primer año de vida. Los signos de alarma para su detección temprana son retardo en la consecución de los hitos del desarrollo infantil temprano; presencia de signos anómalos a cualquier edad (asimetría de la movilidad, por ejemplo); persistencia de patrones que deberían haber desaparecido, como los reflejos arcaicos; dificultad de la succión y deglución, ausencia de sonrisa afectiva y seguimiento ocular; alteración del tono muscular, entre otros, según la edad.

Técnica de lactancia: Los miembros inferiores deben encontrarse más bajos en relación con el resto del cuerpo durante la lactancia materna.

Suplementación alimentaria: El paciente con infección congénita asociada a Zika es evaluado, además, por el nutricionista para evitar complicaciones como ganancia inadecuada de peso y deficiencias nutricionales, con la finalidad de que se empleen los suplementos nutricionales u otras medidas alimentarias necesarias.

Otras consideraciones: Se debe de orientar a los padres en nociones básicas de primeros auxilios en caso de un atragantamiento, así como el espaciamiento de las dietas, modo de preparación y consistencia de los alimentos.



- Todo recién nacido que presente alguna deficiencia a consecuencia de la infección de Zika es evaluado para la emisión del certificado de discapacidad, según la NTS N° 127-MINSA/2016/DGIESP "Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación, y Certificación de la Persona con Discapacidad", aprobada mediante Resolución Ministerial N°981-2016/MINSA o la que haga sus veces.

b) Cuidados por curso de vida del adolescente, vida joven, adulto y adulto mayor:

- Se debe cumplir con lo establecido en la presente Norma Técnica de Salud, haciendo énfasis en el seguimiento de pacientes afectados con Zika y la rehabilitación de las complicaciones asociadas.
- Todo paciente que recibió rehabilitación por mínimo 6 meses debe ser evaluado para la obtención del certificado de discapacidad, conforme a la NTS N°127-MINSA/2016/DGIESP "Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad", aprobada mediante Resolución Ministerial N°981-2016/MINSA o la que haga sus veces.
- Todo paciente con diagnóstico confirmado de malformación congénita neurológica puede acceder a su certificado de discapacidad, de ser necesario, sin necesidad de realizar los 6 meses de tratamiento rehabilitador.

6.2.2.8 Asistencia mediante Tecnología de Información y Comunicaciones (TICs) a establecimientos de salud del primer nivel de atención:

- a) La implementación de la telemedicina para la asistencia técnica de pacientes, sobre todo en casos de abordaje psicológico, así como el uso de TICs para las capacitaciones al personal está condicionada a los estándares y requerimientos mínimos de interconectividad local, así como también que permitan asegurar y garantizar a los equipos multidisciplinares de salud esta modalidad.
- b) Para la rehabilitación de los pacientes con complicaciones o secuelas de Zika, se puede hacer uso de la interconsulta o referencia al E.S. que cuente con cartera de servicio, o hacer uso de la telemedicina.

El personal debe tener las capacitaciones para el abordaje de los problemas de salud en virtud del uso de TICs.

6.3 COMPONENTES

6.3.1 Componente de prestación:

- 6.3.1.1 La población objetivo es la que se encuentra expuesta al ZIKV, con especial énfasis en las gestantes y el binomio madre-recién nacido.
- 6.3.1.2 Los planes operativos elaborados por las Unidades Ejecutoras, incluyen actividades que promuevan y organicen la oferta del servicio para la prevención, manejo clínico, diagnóstico, seguimiento y control del Zika, con enfoque intercultural.
- 6.3.1.3 La población estimada a atender anualmente se determina considerando la responsabilidad en el respectivo ámbito jurisdiccional, tanto para los EE.SS. del Ministerio de Salud, como otros públicos, privados y mixtos.
- 6.3.1.4 Los criterios de programación definidos a nivel nacional son utilizados para determinar la disminución en 20% por año de casos confirmados de Zika.
- 6.3.1.5 La asignación de recursos humanos para realizar la prevención, manejo clínico, tratamiento, control y seguimiento de Zika está fundamentada en las características de la población asignada, flujo de demanda, dispersión de la población, capacidad instalada (número de consultorios), categoría del E.S. en el



que se desarrolla y tiempo utilizado por atención en casos probables/ confirmados de Zika.

6.3.1.6 Capacitación:

- a) El personal de la salud que realiza las atenciones recibe capacitación permanente con orientación intercultural, sobre todo en áreas con alta densidad poblacional de pueblos indígenas u originarios y afroperuano, mediante la comunicación asertiva, priorizando las lenguas originarias. Estas capacitaciones son brindadas por el personal de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis en coordinación con la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios del Ministerio de Salud, dirigidas al personal de la salud de los EE.SS. del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales, así como a los E.S. de los otros prestadores de salud, según el nivel de responsabilidad.
- b) El personal de salud de los EE.SS. debe recibir capacitación en cómo implementar EE.SS. libres de discriminación y en la atención en salud con pertinencia cultural, tal como se encuentra estipulado en la Directiva Administrativa N°261-MINSA/2019/DGIESP "Directiva Administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención", aprobado con Resolución Ministerial N°228-2019/MINSA o la que haga sus veces.
- c) Vigilancia epidemiológica: Todos los profesionales de la salud, especialmente aquellos de EE.SS. de zonas endémicas para arbovirosis deben recibir capacitación sobre aspectos de la vigilancia epidemiológica de Zika, tales como: La definición de caso, el llenado correcto de la ficha clínico epidemiológica y los procesos de notificación. Estas capacitaciones son brindadas por el personal de la Unidad / Oficina / Dirección de Epidemiología, o la que haga de sus veces.
- d) Diagnóstico y atención:
- Flujograma de diagnóstico y atención de pacientes pediátricos, adultos y gestantes.
 - Complicaciones de atención de casos complicados: SGB y síndrome congénito asociado a Zika.
- e) Interculturalidad: Principales características de la cultura y cosmovisión (diversidad cultural) de los pueblos indígenas u originarios y afroperuano en el cual se prestan servicios de salud.
- f) Uso de la Línea 113, opción 3: Para recibir orientación sobre qué hacer cuando los pacientes presentan signos de alarma.
- g) Estrategias en la comunicación: El personal de comunicaciones de los EE.SS. del Ministerio de Salud, del EsSalud, de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, del INPE, de los gobiernos regionales y de los gobiernos locales, así como de los EE.SS. privados o mixtos de todo el país, según corresponda, debe ser capacitado en los aspectos inherentes a sus funciones sobre la prevención, control de la transmisión y propagación del Zika. Estas capacitaciones las realiza el Ministerio de Salud, a través de la Oficina General de Comunicaciones con el respaldo técnico de la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, en relación a los otros prestadores de salud, se realiza previa coordinación.

6.3.2 Componente de organización

Los servicios de salud para la continuidad del cuidado integral de la salud, en el marco del Modelo de Cuidado Integral de la Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad, se organizan para brindar una cartera de servicios de salud de acuerdo a las necesidades de la población.



6.3.2.1 El Ministerio de Salud y los otros prestadores planifican y organizan la disponibilidad de los recursos humanos, tecnológicos de salud para la atención de pacientes con Zika, según corresponda.

6.3.2.2 El E.S. utiliza la referencia y contrarreferencia para la continuidad del cuidado integral de salud de los enfermos por Zika, según los flujos establecidos en la NTS 018-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud", aprobada con Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA o la que haga sus veces

6.3.2.3 En el primer nivel de atención de salud:

- a) Cada E.S. debe contar con un EMS capacitado para realizar un manejo integral de los problemas del crecimiento y desarrollo en el recién nacido como consecuencia de la enfermedad Zika, según cada curso de vida. La responsabilidad de solicitar estas capacitaciones es del jefe del E.S. En caso de que el E.S. no cuente con un EMS capacitado, el paciente probable con enfermedad Zika debe ser referido a uno con mayor capacidad resolutive.
- b) En caso de poblaciones donde la lengua materna no sea el español, se debe emplear material comunicacional en lenguas originarias validadas por la Oficina General de Comunicaciones y por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios y la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, del Ministerio de Salud, el cual es brindado por las DIRIS, DIRESAs o GERESAs a los EE.SS de su jurisdicción, a los otros prestadores, y a todo el personal que labora en los EE.SS con predominio lingüístico de la zona, empleando símbolos y conceptos culturales propios.
- c) Debe realizarse las atenciones cumpliendo con los protocolos de bioseguridad, evitando la aglomeración de personas en los E.S.

6.3.2.5 En el segundo y tercer nivel de atención de salud:

- a) Los pacientes con diagnóstico probable o confirmado de Zika son evaluados en los servicios de pediatría, neonatología, medicina interna, medicina física y rehabilitación, según el grupo etario afectado con las complicaciones de la enfermedad de Zika, así como también oftalmología, neurología, psicología y/o psiquiatría, nutrición y genética, según corresponda.
- b) Debe realizarse las atenciones cumpliendo con los protocolos de bioseguridad, evitando la aglomeración de personas en los E.S.
- c) Para el diagnóstico y/o tratamiento, así como procedimientos de ayuda diagnóstica, la referencia se realiza al E.S. con mayor capacidad resolutive según corresponda, según la organización de la RIS.
- d) Las atenciones en salud en la comunidad deben priorizar aquellas en zonas de difícil acceso al E.S.
- e) Los hospitales e institutos especializados complementan la cartera de servicios de salud, por lo cual deben organizar sus servicios de salud para la atención de pacientes con Zika.

6.3.3 Componente de gestión:

6.3.3.1 Sistema de información e indicadores, monitoreo y seguimiento:

- a) La información del paciente es registrada en la historia clínica, reporte en la Hoja de Información Sistemática-HIS, la ficha clínico epidemiológica para zika (Anexo 6), el aplicativo NOTI, y otros, los cuales sirven de insumo para la medición de los indicadores presentes en esta normativa.



Indicadores de proceso:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de gestantes con virus Zika con controles prenatales completos}}{\text{N}^{\circ} \text{ de gestantes con virus Zika}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de E.S que brindan consejería en Zika}}{\text{N}^{\circ} \text{ de E.S programados}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de E.S que brindan consejería en evaluación neurológica al personal de salud}}{\text{N}^{\circ} \text{ de E.S programados}} \times 100$$

Indicadores de resultados

Tasa de Incidencia Acumulada de microcefalia asociada a Zika en recién nacidos x 100,000 habitantes

Tasa de Incidencia Acumulada de SGB asociado a Zika x 100,000 habitantes

Tasa de mortalidad de pacientes con SGB asociado a Zika x 100,000 habitantes

b) Los EE.SS. remiten a su inmediato superior los indicadores en forma trimestral, los cuales a su vez son remitidos a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis (ver Anexo N°28).

6.3.3.2 Investigación promovida por el Ministerio de Salud:

- a) Las líneas de investigación operativa llevada a cabo por el Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales, así como por investigadores del sector privado u otros centros de investigación, están orientadas a:
 - i) Evidenciar la eficacia de las atenciones a pacientes probables o confirmados/as con la enfermedad de Zika.
 - ii) Lograr el mejor impacto en la reducción de morbimortalidad asociada a la enfermedad de Zika en los distintos grupos etarios.
 - iii) Alcanzar el mayor impacto en la consejería brindada por el personal de salud a la población, con énfasis en la población en riesgo.
 - iv) Generar evidencia sobre el enfoque intercultural en la prestación de servicios de salud en personas expuestas al ZIKV.

6.4 COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO:

El Ministerio de Salud, las DIRIS, DIREAS, GERESAS o las que hagan sus veces en el ámbito regional, así como la Red de Salud o RIS, según corresponda, proveen los recursos financieros para la implementación del conjunto de intervenciones para la atención integral de los/as pacientes con la enfermedad de zika. El Seguro Integral de Salud incluye, entre sus prestaciones, las actividades contenidas en la presente Norma Técnica de Salud.

Para el caso de los E.S. del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales, se programa el financiamiento a través de la Cadena Funcional Programática dentro del Programa Presupuestal 0017: Metaxénicas y Zoonosis, a fin que se destinen los recursos financieros



en el marco de esta normativa. En caso de los E.S. de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, del INPE, y EsSalud, así como los gobiernos locales, privados o mixtos, de acuerdo a sus competencias, deben garantizar el financiamiento conjunto de las intervenciones a las que hace referencia la presente Norma Técnica de Salud, con cargo a su presupuesto.

VII. RESPONSABILIDADES

7.1. NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es responsable de difundir la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional, así como de brindar asistencia técnica para su implementación y supervisar su cumplimiento.

Asimismo, las autoridades institucionales del nivel nacional de los diferentes prestadores de servicios de salud que integran el Sector Salud son responsables de la difusión, brindar asistencia técnica y supervisar su cumplimiento en el marco de sus competencias.

7.2. NIVEL REGIONAL

La DIRESAs, GERESAs y DIRIS de Lima Metropolitana, o las que hagan sus veces a nivel regional, así como los otros prestadores de servicios de salud son responsables de la difusión en sus ámbitos sanitarios, brindar asistencia técnica sobre el contenido, de su implementación y de supervisar su cumplimiento obligatorio en los EE.SS. de su jurisdicción

7.3. NIVEL LOCAL

Los EE.SS. son responsables del cumplimiento de lo señalado en la presente Norma Técnica de Salud, en lo que les corresponda.



VIII. ANEXOS

- Anexo N° 1: Distritos con antecedentes de transmisión de ZIKV en el Perú.
- Anexo N° 2: Criterios para la Obtención, Conservación y Transporte de Muestras para el Diagnóstico de Laboratorio de Dengue, Chikungunya, Zika y otras Arbovirosis.
- Anexo N° 3: Hallazgos Clínicos e Imagenológicos de Anomalías Congénitas Asociadas a Infección por el ZIKV.
- Anexo N° 4: Ficha de Vigilancia Comunitaria de Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas.
- Anexo N° 5: Acciones de Promoción de la Salud en Casos de Brotes de Zika en el Perú.
- Anexo N° 6: Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica para la Vigilancia de Dengue, Chikungunya, Zika, Oropuche, Mayaro y otras Arbovirosis.
- Anexo N° 7: Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica de la Vigilancia de Síndrome de Guillain Barré.
- Anexo N° 8: Flujograma para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio de Síndrome de Guillain Barré.



NTS N° -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON ZIKA EN EL PERÚ

- Anexo N° 9: Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica de Infección Congénita Relacionada a Zika Madre-Recién Nacido.
- Anexo N° 10: Flujograma para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Infección Congénita Relacionada a Zika.
- Anexo N° 11: Procedimiento de Medición de Perímetro Cefálico.
- Anexo N° 12: Comparación de Síntomas en Zika, Dengue y Chikungunya.
- Anexo N° 13: Flujograma para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico Laboratorial de Zika.
- Anexo N° 14: Flujograma para el Diagnóstico Diferencial Viroológico de Casos Probables de Infección por Zika en Áreas donde Circulan Otros Arbovirus, utilizando Pruebas Moleculares Individualizadas.
- 
- Anexo N° 15: Flujograma para el Diagnóstico Diferencial Viroológico de Casos Probables de Infección por ZIKV en Áreas donde Circulan Otros Arbovirus, utilizando RT-PCR triplex.
- Anexo N° 16: Flujograma para el Diagnóstico Diferencial Viroológico de Casos Probables de Infección por Zika en Áreas donde Circulan Otros Arbovirus, utilizando Pruebas Serológicas.
- Anexo N° 17: Flujograma para el Manejo y Seguimiento de Síndrome Congénito Asociado a Zika.
- 
- Anexo N° 18: Dosificación de Paracetamol para Adultos y Niños.
- Anexo N° 19: Dosificación de Clorfenamina, Loratadina y Óxido de Zinc, según Presentación y Edades.
- Anexo N° 20: Flujograma para la Atención de Gestantes Sintomáticas con Probable Infección de Zika.
- Anexo N° 21: Aspectos Críticos para el Acompañamiento y Soporte a las Familias de Niños con Zika.
- Anexo N° 22: Evaluación de Recién Nacidos con Posible Infección Congénita Asociada al ZIKV.
- Anexo N° 23: Flujograma de Atención de Pacientes Síndrome de Guillain-Barré con Asociación Probable o Confirmada a Zika.
- Anexo N° 24: Consideraciones Generales para la Obtención de Muestras y Diagnóstico de Zika
- Anexo N° 25: Criterios de Brighton para el Diagnóstico del Síndrome de Guillain Barré
- Anexo N° 26: Formato de Notificación de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos para Profesionales de la Salud.
- Anexo N° 27: Reacciones Adversas Descrietas por Medicamentos.
- Anexo N° 28: Informe Operacional de Zika.
- Anexo N° 29: Tratamiento para Gestantes con Diagnóstico de Zika.

Anexo N° 1: Distritos con antecedentes de transmisión del ZIKA en el Perú



DEPARTAMENTO	DISTRITO	DEPARTAMENTO	DISTRITO	DEPARTAMENTO	DISTRITO
AMAZONAS	BAGUA	LAMBAYEQUE	MOTUPE	TUMBES	TUMBES
	BAGUA GRANDE		SALA		ZARUMILLA
	ARAMANGO		PUCALA		AGUAS VERDES
	COPALLIN		FERREÑAFE		PAPAYAL
CAJAMARCA	JAÉN	LA LIBERTAD	HUANCHACO	SAN MARTÍN	TARAPOTO
	BELLAVISTA		LA ESPERANZA		LA BANDA DE SHILCAYO
	HUJARANGO		LAREDO		MORALES
	PUCARA		EL PORVENIR		TOCACHE
	SAN JOSÉ DE LOURDES		GUADALUPE		LAMAS
HUANUCO	RUPA-RUPA	LIMA	COMAS	UCAYALI	UCHIZA
	CASTILLO GRANDE	LORETO	YURIMAGUAS		CALLERIA
	LUYANDO		IQUITOS		MANANTAY
	JOSÉ CRESPO Y CASTILLO		SAN JUAN BAUTISTA		YARINACocha
ICA	PUEBLO NUEVO		PIURA		PUNCHANA
	CHINCHA ALTA	BELEN			
	SUNAMPE	NAJTA			
	GROCIO PRADO	MAZAN			
	EL CARMEN	RAMON CASTILLA			
	ALTO LARAN	CASTILLA			
	CHINCHA BAJA	PIURA			
	ICA	VEINTISEIS DE OCTUBRE			
	PARCONA	TAMBO GRANDE			
	TAMBO DE MORA	SULLANA			
	LA TINGUIÑA	LOS ORGANOS			
PISCO	CHULLUCANAS				
SUBTANJALLA	PARIÑAS				

Nota: Casos confirmados de zika mayor de un caso. La información por distritos es dinámica (sujeto a actualización anual)

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA-Perú.

Anexo N° 2: Criterios para la Obtención, Conservación y Transporte de Muestras para el Diagnóstico de Laboratorio de Dengue, Chikungunya, Zika y otras Arbovirosis

Método Diagnóstico	Enfermedad	Tiempo de enfermedad para la obtención de muestras	Muestra Biológica	Cantidad Requerida	Medio de transporte	Conservación	Tiempo de resultados
ELISA antígeno NS1	Dengue	Suero: Pacientes con tiempo de enfermedad ≤ 5 días (Periodo Virémico)	Suero	2 mL	No requiere	2 a 8 °C	3 días
Prueba molecular (RT-PCR tiempo real, RT-PCR triplex, RT-PCR multiplex, RT-LAMP-zika), secuenciamento molecular y aislamiento viral	Dengue, Chikungunya, Zika, Mayaro, Oropuche y Fiebre Amarilla	Suero: Pacientes con tiempo de enfermedad ≤ 5 días (Periodo Virémico)	Suero	2 mL	No requiere	2 a 8 °C	3 días para Prueba molecular 30 días para Aislamiento viral
	Zika	Orina: Pacientes con tiempo de enfermedad 6 a 15 días	Orina	2 mL			
	Zika	Semen: En caso de sospecha de transmisión sexual (solo en investigación para determinar transmisión por vía sexual al momento de captar al paciente)	Semen	2 mL			
	Zika	LCR: En pacientes con clínica confirmada de Síndrome Guillain Barré o síntomas neurológicos (al ingreso de la hospitalización), síndrome congénito (en las primeras 48 horas de nacido).	LCRi	1 mL			
	Dengue, Chikungunya, zika, Mayaro, Oropuche y Fiebre Amarilla	Tejido: muestra de hígado, cerebro, riñón, bazo (dentro de las 24 horas ocurrida el deceso), cordón umbilical y placenta durante el parto.	Tejido	1 cm ³ aprox. 3x3cm aprox.			
Histopatología e IHQ	Dengue, Chikungunya, zika Mayaro, Oropuche y Fiebre Amarilla	Tejido: muestra de hígado, cerebro, riñón, bazo (dentro de las 24 horas ocurrida el deceso), cordón umbilical y placenta durante el parto.	Tejido	1 cm ³ aprox.	Enviar en formol neutro al 10%	Temperatura ambiente	7 días
ELISA (detección de IgM e IgG)	Dengue, Chikungunya, Mayaro, Oropuche y Fiebre Amarilla	Suero: Pacientes con tiempo de enfermedad de 6 días	Suero	2 mL	No requiere	2 a 8 °C	3 días
	Zika	LCR: En pacientes con clínica confirmada a síndrome de Guillain Barré o síndromes neurológicos al ingreso de la hospitalización	LCR	1 mL			
Muestras de casos con síndrome congénito asociado a la infección por virus zika:							
ELISA (detección IgM)	Zika	Sangre: En el recién nacido en las primeras 48 horas de nacido.	Sangre	1 mL	No requiere	2 a 8 °C	3 días
		Sangre de cordón umbilical: Extraído de la parte placentaria al momento del alumbramiento (durante el parto)	Sangre	2 mL			
		LCR: Según criterio del especialista en las primeras 48 horas de nacido.	LCR	1 mL			
Prueba molecular (RT-PCR tiempo real, RT-PCR triplex, RT-LAMP-zika), secuenciamento molecular y aislamiento viral	Zika	Sangre: En las primeras 48 horas de nacido.	Sangre	1 mL	No requiere	2 a 8 °C	3 días
		Orina: En las primeras 48 horas de nacido	Orina	2 mL			
		LCR: Según criterio del especialista en las primeras 48 horas de nacido.	LCRi	1 mL			
		Tejido: Cordón umbilical y placenta obtenida durante el parto. Asimismo, a casos de abortos o natimueertos dentro de las 24 horas ocurrido el deceso	Tejido	3x3cm aprox.			
Histopatología e IHQ	Zika	Tejido: Cordón umbilical y placenta obtenida durante el parto. Asimismo, a casos de abortos o natimueertos dentro de las 24 horas ocurridas el deceso	Tejido	3x3cm aprox.	Enviar en formol neutro al 10%	Temperatura ambiente	7 días



Anexo N° 3: HALLAZGOS CLÍNICOS E IMAGENOLÓGICOS DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS ASOCIADAS A INFECCIÓN POR EL ZIKV



HALLAZOS FETALES DURANTE EL PERIODO DE GESTACIÓN		
CARACTERÍSTICA	HALLAZGOS PARA ZIKA	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
Hallazgos de malformaciones congénitas en ecografía fetal	<input type="checkbox"/> Microcefalia <input type="checkbox"/> Calcificaciones cerebrales <input type="checkbox"/> Alteraciones ventriculares <input type="checkbox"/> Alteración de la fosa posterior <ul style="list-style-type: none"> - Hipoplasia del cerebelo - Hipoplasia del vermis cerebelar - Agenesia/hipoplasia de cuerpo calloso - Alargamiento de fosa posterior mayor a 10 mm 	<input type="checkbox"/> Toxoplasmosis <input type="checkbox"/> Citomegalovirus
HALLAZGOS EN EL RECIEN NACIDO		
CARACTERÍSTICAS	HALLAZGOS PARA ZIKA	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
Morfología Craneal	<input type="checkbox"/> Microcefalia <input type="checkbox"/> Superposición de suturas craneales <input type="checkbox"/> Hueso occipital prominente <input type="checkbox"/> Piel del cuero cabelludo redundante <input type="checkbox"/> Encefalocele <input type="checkbox"/> Deterioro neurológico	<input type="checkbox"/> Citomegalovirus <input type="checkbox"/> Otras infecciones congénitas <input type="checkbox"/> Mutaciones genéticas
Contracturas congénitas	<input type="checkbox"/> Artrogriposis múltiple congénita <input type="checkbox"/> Pie zambo unilateral o bilateral	Infecciones congénitas (rubéola, varicela, coxsackie B solamente)
Secuelas neurológicas	<input type="checkbox"/> Discapacidades motoras <input type="checkbox"/> Hipertonía / espasticidad <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Hipotonía <input type="checkbox"/> Movimientos distónicos <input type="checkbox"/> Irritabilidad / llanto excesivo <input type="checkbox"/> Temblores y síntomas extrapiramidales. <input type="checkbox"/> Disfunción para tragar <input type="checkbox"/> Patrones de giro anormales	<input type="checkbox"/> Citomegalovirus <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Otras infecciones congénitas
Secuela auditiva	<input type="checkbox"/> La discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Citomegalovirus
Anomalías y secuela oculares	<input type="checkbox"/> Anomalías estructurales (microftalmia, coloboma) <input type="checkbox"/> Estrabismo <input type="checkbox"/> Anomalías posteriores <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Atrofia coriorretiniana <input type="checkbox"/> Moteado pigmentario focal <input type="checkbox"/> Hipoplasia / atrofia del nervio óptico <input type="checkbox"/> La discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> Citomegalovirus <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Otras infecciones congénitas
Anormalidades en otro sistema	<input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Parálisis diafragmática unilateral	<input type="checkbox"/> Herpes
Hallazgo en ecografía transfontanelar	<input type="checkbox"/> Calcificaciones subcorticales <input type="checkbox"/> Atrofia cortical difusa <input type="checkbox"/> Encefalomalacia <input type="checkbox"/> Ventriculomegalia <input type="checkbox"/> Disgenesia del cuerpo calloso <input type="checkbox"/> Atrofia del cuerpo calloso con calcificaciones <input type="checkbox"/> Atrofia cerebelosa con engrosamiento del tentorio	<input type="checkbox"/> Citomegalovirus <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis <input type="checkbox"/> Otras infecciones congénitas <input type="checkbox"/> Mutaciones genéticas <input type="checkbox"/> Síndromes genéticos, en particular síndrome de Aicardi-Goutieres y síndrome pseudo-TORCH
Hallazgo en tomografía axial computarizada (TAC) y/o resonancia magnética computarizada (RMN)	<input type="checkbox"/> Calcificaciones del parénquima cerebral <input type="checkbox"/> Hipoplasia del tronco cerebral y cerebelo (vermis) <input type="checkbox"/> Aumento de los espacios de líquidos (ventriculomegalia o extraaxial) <input type="checkbox"/> Malformación del desarrollo cortical <input type="checkbox"/> Disminución de la sustancia blanca <input type="checkbox"/> Adelgazamiento de la corteza cerebral	

Fuente: Adaptado Moore CA, Staples JE, Dobyns WB, et al. Characterizing the Pattern of Anomalies in Congenital Zika Syndrome for Pediatric Clinicians. JAMA. Pediatr. 2017;171(3):288-295. y Freitas DA, Souza-Santos R, Carvalho LMA, et al. Síndrome de Zika congénito: una revisión sistemática. PLoS One. 2020; 15 (12): e0242367.

Anexo N° 4: Ficha de Vigilancia Comunitaria de Enfermedades Metaxénicas y Zoonóticas

Distrito: _____

Fecha de la Visita: _____

Comunidad: _____

E.S.: _____

N°	SITUACIÓN A VIGILAR	SI	NO	DECISIÓN TOMADA: COORDINAR, MODIFICAR, SOLICITAR A LA MUNICIPALIDAD, JVC, FAMILIA
En COMUNIDAD se observa:				
1	Montículos de residuos sólidos (potenciales criaderos de zancudo como botellas, cáscaras de frutas, latas de conservas, baldes, maceteros, entre otros.)			Acciones para corregir los hallazgos en coordinación con la Entidad pertinente o con la Familia
2	Zonas inundadas o con aguas estancadas (empozamiento de aguas por las lluvias, recipientes sin tapa con almacenamiento prolongado de agua y otros).			
3	Áreas de reciclaje al aire libre (lugar sin techo donde se almacenan objetos de material reciclable como los plásticos, entre otros).			
4	Áreas con llantas de vehículos depositados (lugar sin techo donde se almacenan llantas en desuso)			
5	Áreas cercanas a la comunidad con maleza que pueden proporcionar refugio a los zancudos			
6	Fuentes de agua, tuberías o caños malogrados que gotean o chorrean agua			
7	Piletas de agua, grutas de santos con flores, entre otros similares.			
8	Piscinas con aguas estancadas sin mantenimiento, pozos, entre otros.			
9	Zonas industriales o de producción con potenciales criaderos de zancudos (empresas o fábricas que presentan tanques de agua en desuso, autoclaves sin tapas, entre otros).			
10	Presencia de agua en floreros en los cementerios			
11	OTROS (Observar otras situaciones, las cuales pueden representar una amenaza para incrementar la reproducción de los zancudos en la comunidad).			
En VIVIENDAS AL EXTERIOR se observa:				
1	Zonas de la comunidad con techos de vivienda que son potenciales criaderos de zancudo (techos con canaletas de plástico, por ejemplo).			Acciones para corregir los hallazgos en coordinación con la Entidad pertinente o con la Familia
2	Viviendas con tanques bajos sin tapa y en malas condiciones de almacenaje de agua (tanques que no reciben constante mantenimiento / limpieza. Se puede observar moho en las paredes de los tanques y en la base arena y suciedad)			
3	Viviendas con cilindros o recipientes sin tapa y en malas condiciones de higiene y almacenaje de agua (cilindros o recipientes sucios, se puede observar y palpar flemosidad en las paredes y en la base).			
4	Viviendas con patios o huertas que almacenan potenciales criaderos de zancudo (llantas, botellas, residuos sólidos, recipientes en desuso, chapas de gaseosas, latas de conservas, etc.)			
5	OTRAS (Observar otras situaciones las cuales pueden representar una amenaza para incrementar la reproducción de los zancudos al exterior de las viviendas).			
En VIVIENDAS AL INTERIOR se observa:				
1	Recipientes con agua mal almacenados (recipientes sucios o sin tapa. Se puede observar y palpar flemosidad en las paredes y en la base)			Acciones para corregir los hallazgos en coordinación con la Entidad pertinente o con la Familia
2	Recipientes con agua no limpios y con larvas (recipientes sucios, sin tapa y sin ser escobillados. Se puede observar y palpar flemosidad en las paredes y en la base, además de a presencia de larvas en las paredes).			
3	Floreros y/o macetas con agua donde se observan larvas (presencia de larvas en el agua que contiene el florero).			
4	Tinas, baldes u otros recipientes mal almacenados que se convierten en potenciales criaderos de zancudo (objetos que son mal almacenados o mal guardados donde se puede acumular agua por accidente o descuido, lluvias o derrames que favorecerían la reproducción del zancudo).			
5	Viviendas con ambientes distribuidos según actividad en el hogar (sala, comedor, cocina, dormitorios y patios).			
6	Uso de mosquiteros (en buen estado y sin aberturas)			
7	OTROS (Observar otras situaciones, las cuales pueden representar una amenaza para incrementar la reproducción de los zancudos al interior de las viviendas).			

Representante
Municipalidad

Representante
JVC o comunidad

Representante
ACS de la comunidad

Representante
del E.S.

Representante
ACS de la Comunidad

Otro representante

¹ Lista aplicada por los miembros del CVC en zonas de riesgo.

Anexo N° 5: Acciones de Promoción de la Salud en Casos de Brotes de Zika en el Perú

Ante un brote de Zika, las acciones deben estar orientadas principalmente al control de daño en el corto plazo, de manera que la promoción de la salud deberá sumar a dicho propósito.

I. ACTIVIDADES GENERALES

- ✓ Promover una reunión multisectorial una vez notificado el brote, para informar sobre las acciones a desarrollar por cada actor, según sus competencias.
- ✓ Promover el funcionamiento del Comité de Operaciones de Emergencia (COE Salud y/o COE Distrital) con la mayor frecuencia posible (preferentemente diario en fase inicial y de contención del brote).
- ✓ Coordinar con la Oficina de Comunicaciones de manera permanente y continua.
- ✓ Iniciar el reporte diario de actividades de promoción de la salud, teniendo como referencia el Documento Técnico: "Acciones de Promoción de la Salud para la Prevención del Dengue a través del Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud", aprobado por Resolución Ministerial N° 883-2014/MINSA o la que haga sus veces

II. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

Realizar reuniones individuales con cada actor social clave, para comunicar y coordinar las actividades que deben asumir dentro de sus competencias institucionales para contribuir al control del zika. Entre los/as actores/as sociales claves están:

Gobierno Local

- ✓ Emitir una política pública (ordenanza) distrital en relación a la prevención y control del zika, así como para la reducción de casas reuenteras y cerradas, o si lo tuviera, implementarlo.
- ✓ Promover la instalación del COE Distrital y conducir las coordinaciones multisectoriales con la asistencia técnica de la autoridad sanitaria.
- ✓ Coordinar con las autoridades competentes, la movilización del Serenazgo para acompañar la fumigación y otras actividades, mediante el perifoneo de mensajes proporcionados por la autoridad sanitaria.
- ✓ Movilizar recursos humanos de su dependencia (Agentes Municipales, Líderes Comunales, Inspector y Policía Municipal, entre otros.) para sumarse a las campañas de difusión y educación a la población; así como a las acciones de control vectorial.
- ✓ Orientar al gobierno local para que convoque y lidere campañas de recojo y eliminación de criaderos de zancudo (inservibles).
- ✓ Contribuir a las acciones de intervención e inspección en los mercados, cementerios y otros lugares públicos con el propósito de notificar la eliminación y tratamiento de todos los potenciales criaderos de zancudos y colocar avisos informativos a la población.
- ✓ Promover la regulación del funcionamiento de empresas recicladoras y aquellas que tienen riesgo de ser potenciales criaderos de zancudo, con la finalidad de tratar y eliminar los criaderos.
- ✓ Difundir mensajes preventivos y de protección a la población, mediante sistemas de comunicación masivos de su dependencia (radios municipales, redes sociales institucionales, entre otros).

Instituciones Educativas

- ✓ Organizar con el apoyo de la autoridad sanitaria una red educativa de centinelas, formando vigías escolares para la notificación oportuna de febriles y eliminación de potenciales criaderos.
- ✓ Coordinar un programa de capacitación rápida a la comunidad educativa sobre las acciones que se deben tomar a nivel de la Institución educativa y sus viviendas mediante sesiones educativas, de identificación del vector y prácticas saludables para la eliminación o tratamiento de los potenciales criaderos.
- ✓ Reproducir y publicar en sus instalaciones, material informativo validado sobre las acciones de prevención del zika (paneles, murales, letreros, etc.), por lo menos durante el periodo de brote.
- ✓ Organizar en coordinación con la autoridad sanitaria y el Gobierno local, un "Concurso Inter escolar de eliminación de criaderos del zancudo del Zika" o campañas orientadas a la eliminación selectiva de criaderos intradomiciliarios en la comunidad.

Universidades

- ✓ Coordinar un programa de capacitación rápida a la comunidad universitaria sobre las acciones que se deben tomar a nivel de la Institución y sus viviendas en relación a la identificación del vector y prácticas saludables para la eliminación o tratamiento de los potenciales criaderos.
- ✓ Sectorizar el distrito con las universidades de la zona, para que los/as voluntarios/as universitarios/as puedan brindar educación a las familias o a las instituciones de la zona; así como la participación activa en las campañas de recojo y eliminación de criaderos de zancudo.
- ✓ Organizar con las facultades de ciencias de la salud y afines, una red educativa de vigilancia de febriles, y de centinelas formando voluntarios universitarios para la notificación oportuna de febriles y eliminación de potenciales criaderos institucional.
- ✓ Reproducir y publicar en sus instalaciones y redes sociales, material informativo validado sobre las acciones de prevención y control del zika por lo menos durante el periodo de brote.
- ✓ Desarrollo de investigaciones relacionadas a comportamientos, actitudes y prácticas de la población, reproducción del vector, entre otros.

Centros Laborales

- ✓ Todos (empresas privadas, centros comerciales, centros de abasto, tiendas de expendio de alimentos, entre otros), deben reproducir e instalar en sus ambientes, material educativo comunicacional adicional, proporcionado por la autoridad sanitaria, dirigido para sus trabajadores y sus clientes.
- ✓ Deberán organizar campañas de limpieza y recojo de criaderos (inservibles) dentro y alrededor de sus instituciones, en coordinación con los/as inspectores/as de trabajo, el municipio y la autoridad sanitaria.



NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON ZIKA EN EL PERÚ

- ✓ Particularmente en el caso de las farmacias, el material educativo comunicacional deberá incidir en el tema de la fiebre y la recomendación a los/as usuarios/as de no auto medicarse.
- ✓ Las Instituciones Educativas, talleres, penales, comisarias, establecimientos de salud, etc., también deben ser consideradas como Centros laborales para efectos de las intervenciones recomendadas.

Comunidad

- ✓ Capacitar a los/as líderes de las JVC y OSB de la comunidad sobre las medidas de prevención y control del zika.
- ✓ Sensibilizar e involucrar activamente a los/as líderes de JVC, ACS y de las OSB para que vigilen los riesgos medioambientales que reproducen los zancudos y comuniquen al E.S más cercana la presencia de personas febriles en su comunidad.
- ✓ Involucrar a los/as líderes de las JVC, OSB y ACS para su participación activa en campañas de recojo y eliminación de criaderos de zancudo y ferias informativas en su comunidad.
- ✓ Involucrar a los/as líderes de las JVC, OSB y ACS para que difundan información referente a las medidas de prevención y control del zika, en sus espacios comunitarios.

Población General

- ✓ Participar activamente desde sus domicilios y entornos en acciones de protección contra el zika, como campañas de eliminación de criaderos, facilitar el ingreso del personal de salud para el trabajo de fumigación, control focal y educación, durante el tiempo recomendado por la autoridad sanitaria.
- ✓ Informarse de los mensajes claves: a) eliminación de potenciales criaderos, b) el mantenimiento y limpieza de los depósitos de agua y vivienda; c) medidas de protección personal, d) colaboración con el personal de salud en control focal y fumigación intradomiciliaria, e) adecuación de las viviendas con mallas y mosquiteros en óptimas condiciones en zonas de alto Índice Aédico.
- ✓ Comunicar la presencia de personas febriles, acudir inmediatamente al E.S más cercana y restringir la movilización de enfermos de una localidad a otra, evitando la propagación de la enfermedad.

Familias

- ✓ Organizar sesiones demostrativas y educativas para las familias, en relación a la prevención y control del zika.
- ✓ Promover la participación activa de las familias en el recojo y eliminación de criaderos de sus viviendas y de su entorno.
- ✓ Involucrar a las familias en las acciones del antes, durante y después del proceso de fumigación, según lo informado.
- ✓ Promover y capacitar a las familias en facilitar la conservación del insecticida para el control larvario en los recipientes con agua y semanalmente deben auto inspeccionar identificando y eliminando criaderos de zancudo en la vivienda.

E.S

- ✓ Coordinar funciones y roles con otras instituciones cooperantes existentes en cada jurisdicción; tales como ONG, delimitando zonas de intervención de cada una; así como la participación del voluntariado adscrito a ellas. ("sumando el trabajo y no duplicándolo").
- ✓ Promover y sensibilizar a los gobiernos locales para la educación sanitaria, difusión de medidas de protección, campañas de recojo de criaderos de zancudo, control vectorial, entre otras según sus competencias (Abogacia).
- ✓ Movilizar a las instituciones educativas en acciones de capacitación sobre control vectorial, especialmente en las jornadas de limpieza, identificación y eliminación y tratamiento de criaderos al interior y en la periferia de las Instituciones educativas.

DIRESA/GERESA/DIRIS

- ✓ Organizar reuniones de capacitación para el personal de salud según niveles, sobre la importancia del abordaje de los determinantes sociales vinculados al zika y brindar las pautas técnicas para la organización del trabajo comunitario y de educación sanitaria a la población de las zonas en riesgo.
- ✓ Coordinar funciones y roles con otras instituciones cooperantes existentes en cada jurisdicción; tales como ONG, delimitando zonas de intervención de cada una; así como la participación del voluntariado adscrito a ellas. ("sumando el trabajo y no duplicándolo").
- ✓ Promover y sensibilizar a los gobiernos locales para la educación sanitaria, difusión de medidas de protección, campañas de recojo de criaderos de zancudo, control vectorial, entre otras según sus competencias (Abogacia).
- ✓ Convocar a las diferentes instituciones del Sector Salud (EsSalud, Sanidades de las FF. AA y de la Policía Nacional de Salud, Clínicas Privadas, Hospital de la Solidaridad, entre otros.) para coordinar acciones conjuntas de difusión de mensajes preventivos a la población.
- ✓ Convocar a las universidades e institutos (áreas o dirección de proyección social y extensión universitaria) para que los/as alumnos/as participen como voluntarios en las visitas domiciliarias, acciones educativas, control focal y vigilancia entomológica, intra y peri domiciliaria.
- ✓ Promover la elección y formación de nuevos ACS en las localidades afectadas.



Anexo Nº 6: Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica para la Vigilancia de Dengue, Chikungunya, Zika, Oropuche, Mayaro y otras arbovirosis

MINISTRO DE SALUD Oficina Ejecutiva de Promoción y Atención Comité de Vigilancia		Ficha de investigación clínico-epidemiológica V.02. para la vigilancia de dengue, chikungunya, zika, oropuche, mayaro y otras arbovirosis																																					
CIE-10: dengue sin signos (A97.0), dengue con signos de alarma (A97.1), dengue grave (A97.2), Chikungunya (A92.0), Chikungunya Grave (A92.1), Zika infección (A92.81), Oropuche (A92.8), Mayaro (A92.8)																																							
I. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA (degr la vigilancia que corresponde) a. Detección de casos (graves o con signos de alarma) <input type="checkbox"/> b. Vigilancia de fiebres (graves o con signos de alarma en el caso) <input type="checkbox"/> c. Vigilancia continua (casos por el día) <input type="checkbox"/>																																							
II. DATOS GENERALES: 1. Fecha de investigación: <input type="text"/> 2. Fecha de notificación: <input type="text"/> 3. GERENCIA RESOLVIDA: <input type="text"/> 4. Red: <input type="text"/> 5. Medio Red: <input type="text"/> 6. CIECO notificar: <input type="text"/> 7. Institución de salud: <input type="checkbox"/> MINSU <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Comand PNP <input type="checkbox"/> Sanidad FA <input type="checkbox"/> Privados <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>																																							
III. DATOS DEL PACIENTE 8. DNI/Passaporte/Cédula: <input type="text"/> 9. Nacionalidad: <input type="text"/> 10. Teléfono: <input type="text"/> 11. Historia clínica: <input type="text"/> 12. Apellido Paterno: <input type="text"/> Apellido Materno: <input type="text"/> Nombres: <input type="text"/> 13. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Adolecente <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/> 14. Fecha de nacimiento: <input type="text"/> 15. Edad (años): <input type="text"/> 16. Género: <input type="text"/> 17. Etnia: <input type="text"/> 17.1. PUEBLO ABIJO: <input type="text"/> 18. Gestante: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 19. Edad gestacional: <input type="text"/> o semanas 20. Fecha de última regla en gestante: <input type="text"/> Dirección de residencia actual: <input type="text"/> 21. País: <input type="text"/> 22. Departamento: <input type="text"/> 23. Provincia: <input type="text"/> 24. Distrito: <input type="text"/> 25. Localidad de residencia actual: <input type="text"/> 25.1. Precedencia: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Urbano Marginal <input type="checkbox"/> Rural Campesino 26. Tipo de vía: <input type="checkbox"/> Alameda <input type="checkbox"/> Avenidas <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Jirón <input type="checkbox"/> Pasaje <input type="checkbox"/> Otras: <input type="text"/> 27. Nombre de la vía: <input type="text"/> Referencia: <input type="text"/> 28. Manzana: <input type="text"/> 29. Calle: <input type="text"/> 30. Número de puerta: <input type="text"/> 31. Bloque: <input type="text"/> 32. Interior: <input type="text"/> 33. Kilometros: <input type="text"/> 34. Agrupamiento Humano: <input type="checkbox"/> AHH <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Urbanización <input type="checkbox"/> Centro poblado <input type="checkbox"/> Caserío <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/> 35. Nombre del agrupamiento humano: <input type="text"/> 36. Sector: <input type="text"/> 36.1 Establecimiento de salud más cercano a zona de residencia: <input type="text"/>																																							
IV. ANTECEDENTE EPIDEMIOLÓGICO (DATO DE IMPORTANCIA PARA ESTABLECER LUGAR DE INFECCIÓN) 37. ¿Dónde estuvo en los últimos dos semanas (14 días) antes de enfermarse? (Analizar antecedentes de residencia o viajes a zonas de transmisión para la enfermedad) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 38. País: <input type="text"/> 39. Departamento: <input type="text"/> 40. Provincia: <input type="text"/> 41. Urbana: <input type="text"/> 42. Localidad: <input type="text"/> 43. Dirección: <input type="text"/> 44. Fecha de permanencia: <input type="text"/> 45. Caso autóctono <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 46. Caso importado Nacional: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 47. Caso importado Internacional: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 48. Tipo dengue anteriormente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 49. Año: <input type="text"/> 50. Año: <input type="text"/> 51. Vacuna: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 52. Año: <input type="text"/> 53. Año: <input type="text"/> 54. Recibe vacuna: Fiebre Amarilla <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dengue <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/> 55. Tiene comorbilidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 56. ¿Otra? Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/> 57. ¿Antes de acudir al establecimiento actual, usted acudió a otro establecimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																							
V. DATOS CLÍNICOS 58. Fecha de inicio de síntomas: <input type="text"/> 59. Fecha de toma primera muestra: <input type="text"/> 60. Fecha de evaluación médica: <input type="text"/> 61. Fecha de toma segunda muestra: <input type="text"/> 62. Signos y síntomas presentes: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">Fiebre a 7 días de evolución <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Temp. actual: <input type="text"/></td> <td style="width:30%;">Signos de alarma: Dolor abdominal intenso y continuo Dolor persistente Vómitos persistentes Sangrado de mucosas o piel o ambos Estado mental alterado (letargo, inestabilidad) Dermate lejoso al examen clínico y/o por estudio de imágenes (lesión de vena plural o pericardio) Linfoadenopatía Hematemesis mayor de 2 cm Incremento de hematuria Distribución de la diuresis (distribución de volúmenes urinarios) Dolor de tórax Ictericidad</td> <td style="width:30%;">Signos de gravedad: Pulso débil e irritable Enfermedades PSI o diabéticas Diferencial de presión arterial > 20 mmHg Síndrome de dificultad respiratoria (ver antecedentes) Compromiso grave de órganos Especifico: <input type="text"/> Sangrado grave Especifico: <input type="text"/> Escala de Glasgow: <input type="text"/> Apertura ocular (1-4) Respuesta motora (1-5) Respuesta verbal (1-5) Presentaciones clínicas o transformaciones neurológicas Específicas: <input type="text"/></td> </tr> </table>				Fiebre a 7 días de evolución <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Temp. actual: <input type="text"/>	Signos de alarma: Dolor abdominal intenso y continuo Dolor persistente Vómitos persistentes Sangrado de mucosas o piel o ambos Estado mental alterado (letargo, inestabilidad) Dermate lejoso al examen clínico y/o por estudio de imágenes (lesión de vena plural o pericardio) Linfoadenopatía Hematemesis mayor de 2 cm Incremento de hematuria Distribución de la diuresis (distribución de volúmenes urinarios) Dolor de tórax Ictericidad	Signos de gravedad: Pulso débil e irritable Enfermedades PSI o diabéticas Diferencial de presión arterial > 20 mmHg Síndrome de dificultad respiratoria (ver antecedentes) Compromiso grave de órganos Especifico: <input type="text"/> Sangrado grave Especifico: <input type="text"/> Escala de Glasgow: <input type="text"/> Apertura ocular (1-4) Respuesta motora (1-5) Respuesta verbal (1-5) Presentaciones clínicas o transformaciones neurológicas Específicas: <input type="text"/>																																	
Fiebre a 7 días de evolución <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Temp. actual: <input type="text"/>	Signos de alarma: Dolor abdominal intenso y continuo Dolor persistente Vómitos persistentes Sangrado de mucosas o piel o ambos Estado mental alterado (letargo, inestabilidad) Dermate lejoso al examen clínico y/o por estudio de imágenes (lesión de vena plural o pericardio) Linfoadenopatía Hematemesis mayor de 2 cm Incremento de hematuria Distribución de la diuresis (distribución de volúmenes urinarios) Dolor de tórax Ictericidad	Signos de gravedad: Pulso débil e irritable Enfermedades PSI o diabéticas Diferencial de presión arterial > 20 mmHg Síndrome de dificultad respiratoria (ver antecedentes) Compromiso grave de órganos Especifico: <input type="text"/> Sangrado grave Especifico: <input type="text"/> Escala de Glasgow: <input type="text"/> Apertura ocular (1-4) Respuesta motora (1-5) Respuesta verbal (1-5) Presentaciones clínicas o transformaciones neurológicas Específicas: <input type="text"/>																																					
VI. EXAMENES DE LABORATORIO PLENADO POR EL LABORATORIO REFERENCIAL 63. Prueba solicitada: <input type="text"/> Resultado: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> 64. Prueba No Dengue: <input type="text"/> Resultado: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> 65. Prueba molecular dengue: <input type="text"/> Resultado: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> 66. Prueba molecular chikungunya: <input type="text"/> Resultado: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> 67. Prueba molecular zika: <input type="text"/> Resultado: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> 68. Prueba molecular oropuche: <input type="text"/> Resultado: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> 69. Prueba molecular mayaro: <input type="text"/> Resultado: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/>																																							
VII. EVOLUCIÓN DE CASOS GRAVES Y SOBRI (SOLO PARA CASOS HOSPITALIZADOS) 70. Hospitalizado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 71. Fecha de hospitalización: <input type="text"/> 72. Lugar (establecimiento de salud u otros): <input type="text"/> 73. Fallecido: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 74. Fecha de defunción: <input type="text"/> 75. Ingreso a UCI: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 76. Fecha de ingreso a UCI: <input type="text"/> 77. Fue referido: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 78. Fecha de referencia: <input type="text"/> 79. Fecha de alta: <input type="text"/>																																							
VIII. CLASIFICACIÓN (PRIORITAR DE ACUERDO A DEFINICIÓN DE CASO) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Probable</th> <th colspan="3">Confirmado</th> <th colspan="3">Descartado</th> </tr> <tr> <td>76. Dengue sin signos de alarma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>76. Chikungunya</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>76. Zika</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>77. Dengue con signos de alarma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>77. Chikungunya grave</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>77. Oropuche</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>78. Dengue grave</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>78. Mayaro</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Probable			Confirmado			Descartado			76. Dengue sin signos de alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76. Chikungunya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76. Zika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77. Dengue con signos de alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77. Chikungunya grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77. Oropuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78. Dengue grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78. Mayaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probable			Confirmado			Descartado																																	
76. Dengue sin signos de alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76. Chikungunya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76. Zika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
77. Dengue con signos de alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77. Chikungunya grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77. Oropuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
78. Dengue grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78. Mayaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
80. Lista de prioridad diagnóstica para notificación (teniendo obligatorio si se tiene más de un diagnóstico clínico); Si usted sospecha de dos o más enfermedades debe enumerar en la lista de acuerdo a prioridad diagnóstica en la siguiente lista: 1) <input type="text"/> 2) <input type="text"/> 3) <input type="text"/> 4) <input type="text"/>																																							
IX. OBSERVACIONES: <input type="text"/>																																							
X. INVESTIGADOR: Nombre del responsable que llenó la ficha: <input type="text"/> Cargo: <input type="text"/> Celular: <input type="text"/>																																							



Anexo Nº 7: Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica de la Vigilancia de Síndrome de Guillain Barré

PERÚ Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades 		Ficha de investigación Clínico Epidemiológica de la Vigilancia del Síndrome Guillain Barré (código CE10: G61.0)																																														
I. DATOS GENERALES		1. Fecha de Investigación: _____																																														
2. DIRESA/GERESA/DIRIS: _____		3. Red/ Micro Red _____																																														
4. Establecimiento De Salud Notificante _____																																																
II. DATOS DEL PACIENTE		5. H. Clínica Nº _____																																														
6. A. Paterno _____	A. Materno _____	Nombres _____																																														
9. Edad _____	10. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	11. Gestante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	12. Peso _____ kg																																													
7. D.N.I _____	8. Fecha de Nacimiento _____																																															
13. Departamento _____	14. Provincia _____	15. Distrito _____	16. Localidad _____																																													
17. Dirección _____	18. Ocupación _____																																															
19. Teléfono del paciente o familiar _____		Nacionalidad _____																																														
III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS																																																
20. ¿Dónde estuvo las últimas 4 semanas previas al inicio de la debilidad muscular?																																																
21. País _____	22. Departamento _____	23. Provincia _____	24. Distrito _____																																													
25. Localidad _____		26. Dirección _____																																														
27. Antecedentes de enfermedad dentro de las 4 semanas previas del inicio de la debilidad muscular (Marcar con "X" y llenar datos)																																																
Infección de vías respiratorias altas Infección gastrointestinal Fiebre (temperatura > 38 °C) Exantema otros: _____		Sí Fecha <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>									Enfermedad crónica: HTA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Otros Riesgo Intoxicación: Metales pesados () Organofosforado ()																																					
28. Antecedente de vacunación previa dentro de las 4 semanas al inicio de debilidad muscular: <input type="checkbox"/> SI																																																
Influenza estacional <input type="checkbox"/>		difteria y tetanos (dT) <input type="checkbox"/>	Otra _____ Fecha de vacuna _____																																													
29. Antecedentes de familiares o contactos cercanos que las últimas 4 semanas presentaron: <input type="checkbox"/> SI																																																
Infección gastrointestinal <input type="checkbox"/>		Infección vías respiratorias <input type="checkbox"/>	Debilidad muscular aguda <input type="checkbox"/> Otros _____																																													
IV. EVALUACIÓN CLÍNICA (PERSONAL MEDICO O ESPECIALISTA)																																																
30. Fecha de inicio de debilidad muscular _____		31. Fecha de hospitalización _____	32. Servicio _____																																													
33. Características de la debilidad muscular (marque con X)		34. Fecha de evaluación neurológica _____																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Debilidad</td><td>SI</td><td>No</td></tr> <tr><td>Bilateralidad</td><td>SI</td><td>No</td></tr> <tr><td>Simetría o relativamente simétrica</td><td>SI</td><td>No</td></tr> <tr><td>Progresión:</td><td>Ascendente</td><td>Descendente</td></tr> <tr><td>Tono Muscular:</td><td>Hipotónico</td><td>Normal</td></tr> <tr><td>Reflejos Osteotendinosos disminuidos o ausente:</td><td>SI</td><td>No</td></tr> <tr><td>Ataxia</td><td>SI</td><td>No</td></tr> <tr><td>compromiso de Nervios Craneales</td><td>SI</td><td>No</td></tr> <tr><td>Anormalidad autonómica*</td><td>SI</td><td>No</td></tr> <tr><td>Rigidez de Nuca</td><td>SI</td><td>No</td></tr> </table>	Debilidad	SI	No	Bilateralidad	SI	No	Simetría o relativamente simétrica	SI	No	Progresión:	Ascendente	Descendente	Tono Muscular:	Hipotónico	Normal	Reflejos Osteotendinosos disminuidos o ausente:	SI	No	Ataxia	SI	No	compromiso de Nervios Craneales	SI	No	Anormalidad autonómica*	SI	No	Rigidez de Nuca	SI	No	35. Evaluación de la fuerza muscular <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td>Prox</td><td>Dist</td></tr> <tr><td>Miembro Sup. Izq.</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Miembro Sup. Der.</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Miembro Inf. Izq.</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Miembro Inf. Der.</td><td> </td><td> </td></tr> </table>				Prox	Dist	Miembro Sup. Izq.			Miembro Sup. Der.			Miembro Inf. Izq.			Miembro Inf. Der.		
Debilidad	SI	No																																														
Bilateralidad	SI	No																																														
Simetría o relativamente simétrica	SI	No																																														
Progresión:	Ascendente	Descendente																																														
Tono Muscular:	Hipotónico	Normal																																														
Reflejos Osteotendinosos disminuidos o ausente:	SI	No																																														
Ataxia	SI	No																																														
compromiso de Nervios Craneales	SI	No																																														
Anormalidad autonómica*	SI	No																																														
Rigidez de Nuca	SI	No																																														
	Prox	Dist																																														
Miembro Sup. Izq.																																																
Miembro Sup. Der.																																																
Miembro Inf. Izq.																																																
Miembro Inf. Der.																																																
Emplar la Escala de Fuerza Muscular de Medical Research Council (MRC): 0 No contracción, músculo paralizado 1 Contracción muscular sin desplazamiento 2 Movimiento sin vencer la gravedad 3 Movimiento completo solo contra resistencia leve 4 Movimiento completo contra gravedad y resistencia mod. 5 Movimiento completo contra gravedad y resistencia																																																
36. Evaluación de reflejos osteotendinosos		37. Compromisos de los nervios craneales																																														
Reflejo Bicipital Reflejo Tricipital Reflejo Patelar Reflejo Aquileo	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Der.</td><td>Izq.</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	Der.	Izq.									<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	SI	NO									<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	SI	NO																							
Der.	Izq.																																															
SI	NO																																															
SI	NO																																															
38. Escala de HUGHES al Ingreso Grado 0 () Grado 1 () Grado 2 () Grado 3 () Grado 4 () Grado 5 () Grado 6 ()																																																
V. CLASIFICACION DE SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ																																																
39. SGB sospechoso <input type="checkbox"/> Nivel 3		40. SGB confirmado <input type="checkbox"/> Nivel 2 <input type="checkbox"/> Nivel 1																																														
41. SGB Descartado <input type="checkbox"/>																																																



Para caso SGB confirmado según criterios de certeza de Brighton:
 Nivel de certeza 3: caso sospechoso con clínica (La notificación de todo caso sospechoso debe ser inmediata al personal de epidemiología y al sistema de vigilancia epidemiológica NOTSP)
 Nivel de certeza 2: caso sospechoso con LCR compatible O estudio de electrofisiología compatible para SGB.
 Nivel de certeza 1: caso sospechoso con LCR compatible Y estudio de electrofisiología compatible para SGB
 *Anormalidad autonómica (incluye más de uno de los siguientes: Disfunción urinaria, disfunción rectal, disfunción rectal, hipertensión arterial (HTA), hipotensión, taquicardia sinusal, arritmia, hiponatremia, fiebre)

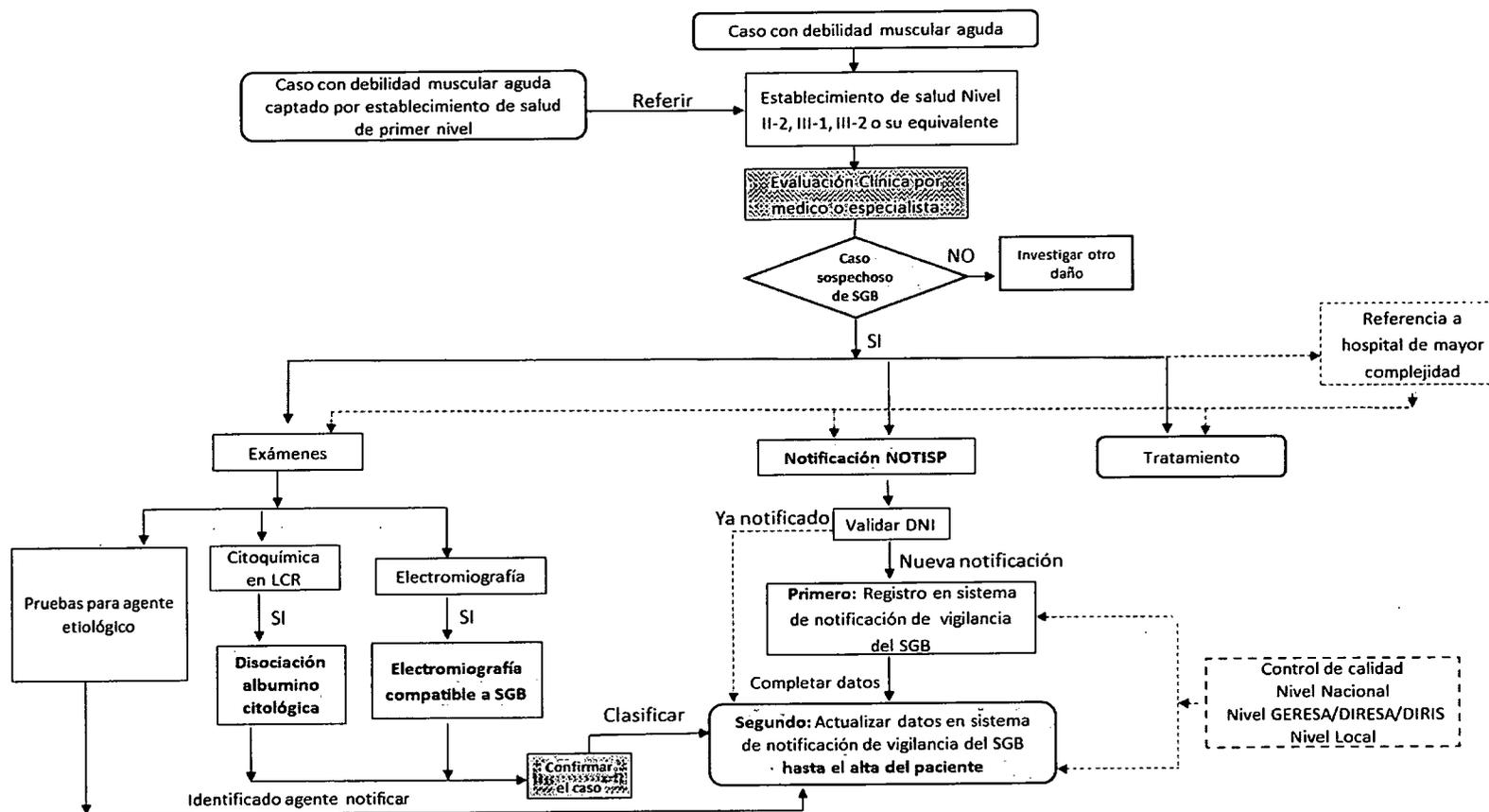
NTS N° -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON ZIKA EN EL PERÚ

	PERÚ	Ministerio de Salud	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades																														
VI. EVOLUCION Y SEGUIMIENTO																																	
42. Ingreso a UCI <input type="text"/>	43. Ventilación mecánica Si () No ()	Fecha inicio <input type="text"/>	Fecha de destete <input type="text"/>																														
44. Fecha de referencia y lugar de referencia <input type="text"/>																																	
45. Tratamiento:																																	
Fecha de inicio de Plasmaféresis <input type="text"/>		Número de sesiones <input type="text"/>																															
Fecha inicio Inmunoglobulina endovenosa <input type="text"/>		Número frascos de tratamiento <input type="text"/>																															
46. Fecha de fallecimiento <input type="text"/>	47. Fecha del alta <input type="text"/>	48. Fecha de Alta voluntaria <input type="text"/>																															
49. Secuela al Alta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																	
50. Escala de Hughes al Alta (marque con un x)																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr><td>Grado 0</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Grado 1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Grado 2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Grado 3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Grado 4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Grado 5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Grado 6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		Grado 0	<input type="checkbox"/>	Grado 1	<input type="checkbox"/>	Grado 2	<input type="checkbox"/>	Grado 3	<input type="checkbox"/>	Grado 4	<input type="checkbox"/>	Grado 5	<input type="checkbox"/>	Grado 6	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr><td colspan="2">Clasificación funcional de Hughes</td></tr> <tr><td>0</td><td>Sin discapacidad</td></tr> <tr><td>1</td><td>Deambula en forma limitada, capaz de correr</td></tr> <tr><td>2</td><td>Capaz de caminar 5 metros sin ayuda</td></tr> <tr><td>3</td><td>Capaz de caminar 5 metros con ayuda</td></tr> <tr><td>4</td><td>Sin capacidad para realizar marcha, confinado en cama o silla</td></tr> <tr><td>5</td><td>Necesidad de ventilación mecánica</td></tr> <tr><td>6</td><td>Muerte</td></tr> </table>		Clasificación funcional de Hughes		0	Sin discapacidad	1	Deambula en forma limitada, capaz de correr	2	Capaz de caminar 5 metros sin ayuda	3	Capaz de caminar 5 metros con ayuda	4	Sin capacidad para realizar marcha, confinado en cama o silla	5	Necesidad de ventilación mecánica	6	Muerte
Grado 0	<input type="checkbox"/>																																
Grado 1	<input type="checkbox"/>																																
Grado 2	<input type="checkbox"/>																																
Grado 3	<input type="checkbox"/>																																
Grado 4	<input type="checkbox"/>																																
Grado 5	<input type="checkbox"/>																																
Grado 6	<input type="checkbox"/>																																
Clasificación funcional de Hughes																																	
0	Sin discapacidad																																
1	Deambula en forma limitada, capaz de correr																																
2	Capaz de caminar 5 metros sin ayuda																																
3	Capaz de caminar 5 metros con ayuda																																
4	Sin capacidad para realizar marcha, confinado en cama o silla																																
5	Necesidad de ventilación mecánica																																
6	Muerte																																
VII. EXAMENES DE LABORATORIO																																	
51. Examen	Fecha Toma de muestra	Resultado																															
LCR: Si () No ()	/ /	Disociación albumino-citológica: SI () No ()																															
	/ /	Leuc.: _____ células/µl Proteínas: _____ mg/dl Agente identificado: _____																															
Electromiografía: Si () No ()	/ /	Compatible con SGB: SI () No ()																															
	/ /	Sub Tipo de SGB: Desmielinizante/AIDP () Axonal AMAN () Axonal AMSAN () Miller-Fisher SMF () Otros:.....																															
Heces: Si () No ()	/ /	Agente identificado: _____																															
Orina	/ /	Agente identificado: _____																															
Suero PCR	/ /	Agente identificado: _____																															
Suero IGM	/ /	Agente identificado: _____																															
Hisopado Nasofaríngeo	/ /	Agente identificado: _____																															
VIII SGB asociado a la infección del virus zika																																	
52. Probable a zika <input type="checkbox"/>		Confirmado a zika <input type="checkbox"/>	Descartado a zika <input type="checkbox"/>																														
IX. OBSERVACIONES																																	
X. INVESTIGADOR																																	
Nombre del médico evaluador	<input type="text"/>		Firma y Sello																														
Nombre del Investigador	<input type="text"/>		Firma y Sello																														
Cargo:	<input type="text"/>		Firma y Sello																														
Teléfono:	<input type="text"/>		Firma y Sello																														

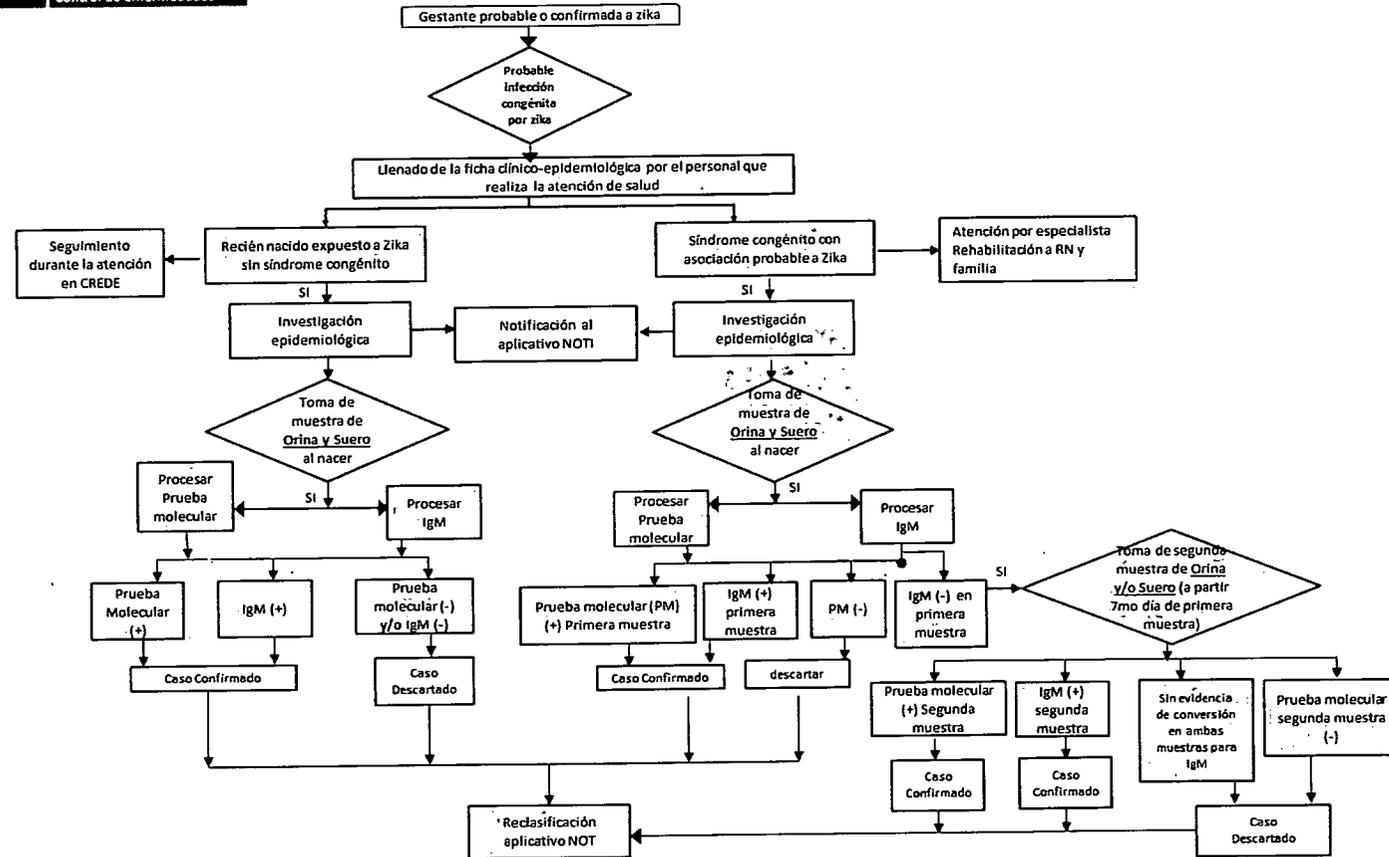
Todo menor de 15 años deberá adicionalmente contar con su muestra mínima de 10 gramos de heces para la vigilancia de Parálisis flácida SGB agudo desmielinizante (AIDP); SGB agudo axonal motora sensitiva aguda (AMSAN); SGB axonal motora aguda (AMAN) micro litros (µl), miligramos por decilitro (mg/dl)



Anexo N° 8: Flujoograma para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio de Síndrome de Guillain Barré



Anexo N° 10: Flujograma para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Infección Congénita Relacionada a Zika



Anexo N° 11: Procedimiento de Medición de Perímetro Cefálico²

1. MARCO TEÓRICO

a. DEFINICIÓN

- **Perímetro cefálico (PC):** Es la medida de la circunferencia del cráneo, correspondiente al perímetro occipitofrontal. Su importancia radica en ser el mejor parámetro práctico para evaluar el neurodesarrollo del niño.
- **Microcefalia:** Medida del PC inferior a 2 desviaciones estándar, según las Curvas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para niños a partir de las 40 semanas de edad gestacional.
- En recién nacidos a término de 37 a 39 semanas, así como también en el caso de los prematuros menores de 37 semanas de edad gestacional, la microcefalia se diagnostica cuando el PC es inferior al tercer percentil, según las curvas de Fenton para niños.
- **Macrocefalia:** Medida del PC superior a 2 desviaciones estándar, según las Curvas de la OMS para niños a partir de las 40 semanas de edad gestacional.
- En recién nacidos a término de 37 a 39 semanas y para prematuros menores de 37 semanas de edad gestacional superior al tercer percentil, según las curvas de Fenton para niños.

2. METODOLOGÍA

a. MATERIALES

- **Cinta métrica:** Debe ser una cinta idealmente de teflón indeformable al uso. Periódicamente debe vigilarse su estado y de ser necesario reemplazarse.
- **Gráficos de OMS y Fenton:** Se deben contar con los gráficos de las curvas de la OMS y de Fenton para niños, respectivamente.

b. PERIODO DE LA MEDICIÓN

4.2.1 Nacimiento

Se deben realizar 2 mediciones del PC, al nacimiento y a las 24 horas de vida. Si excepcionalmente ocurre el alta antes de las 24 horas, debe realizarse la segunda medición en este momento.

Se vuelve a medir el PC preferentemente durante la primera semana de vida, como parte del control de crecimiento y desarrollo de los recién nacidos.

4.2.2 Seguimiento

La medición del PC debe realizarse durante todos los controles de crecimiento y desarrollo desde el primer mes de vida para los niños a término y a las 44 semanas de edad gestacional en los niños pre término.

c. PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DEL PC

- Evaluar y registrar prominencias craneales (caput succedaneum, cefalohematoma, entre otros), deformidades y tamaño de las fontanelas anterior y posterior.
- Determinar la edad gestacional con la mayor precisión posible, utilizando el método de Capurro en los recién nacidos a término y el método de Ballard en prematuros.
- Seleccionar la curva de referencia según edad gestacional y sexo del paciente evaluado:
 - a) **Curvas de la OMS:** para niños a partir de las 40 semanas de edad gestacional.
 - b) **Curvas de Fenton:** para prematuros menores de 37 semanas de edad gestacional inferior al tercer percentil y recién nacidos a término de 37 a 39 semanas.
- Colocar al paciente en posición cómoda y con la cabeza descubierta.
- Ubicar en la cabeza los 2 puntos de referencia para la medición:
 - a) El punto anterior de la frente ubicada sobre el borde superior de las cejas o arco superciliar (glabella).
 - b) El punto posterior corresponde a la parte más prominente del cráneo (occipucio u opistocráneo).

Medición del PC (Imagen)

² Tener en cuenta: Las especificaciones descritas en el presente anexo pueden ser modificadas según lo establece la NTS N°106-MINSA/DGSPV.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", aprobada mediante Resolución Ministerial N°828-2013/MINSA o la que haga sus veces.

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON ZIKA EN EL PERÚ

- Colocar la cinta métrica alrededor de la cabeza en plano horizontal a la misma altura en ambos lados, evitando pasar sobre las orejas.
- Ajustar la cinta para lograr la medida de mayor precisión, preferible usar ambas manos, fijando el punto del occipucio con la palma abierta.
- Repita el procedimiento para verificar la medida.
- En caso que la medida se encuentre entre dos valores límite de milímetro, elegir el punto inferior.
- Registrar el valor obtenido en la gráfica de la historia clínica y en el carné de crecimiento y desarrollo.
- De acuerdo a los resultados, tome la conducta correspondiente:
 - a) Normal, continúe realizando las mediciones de acuerdo a los controles de crecimiento y desarrollo.
 - b) Límite, considerar de riesgo, debe orientar sobre la importancia de medir nuevamente dentro 2 semanas.
 - c) Si persiste el límite, se debe derivar a un E.S. de mayor capacidad resolutive.
 - d) Anormal (<3p, >3p), derivar a un E.S. de mayor capacidad resolutive.
 - e) Anormal (por mayor o menor velocidad de crecimiento del PC), derivar a un E.S. de mayor capacidad resolutive



Imagen: Fotografía sin Derechos de Autor®. Fuente: <https://www.freepik.es/>

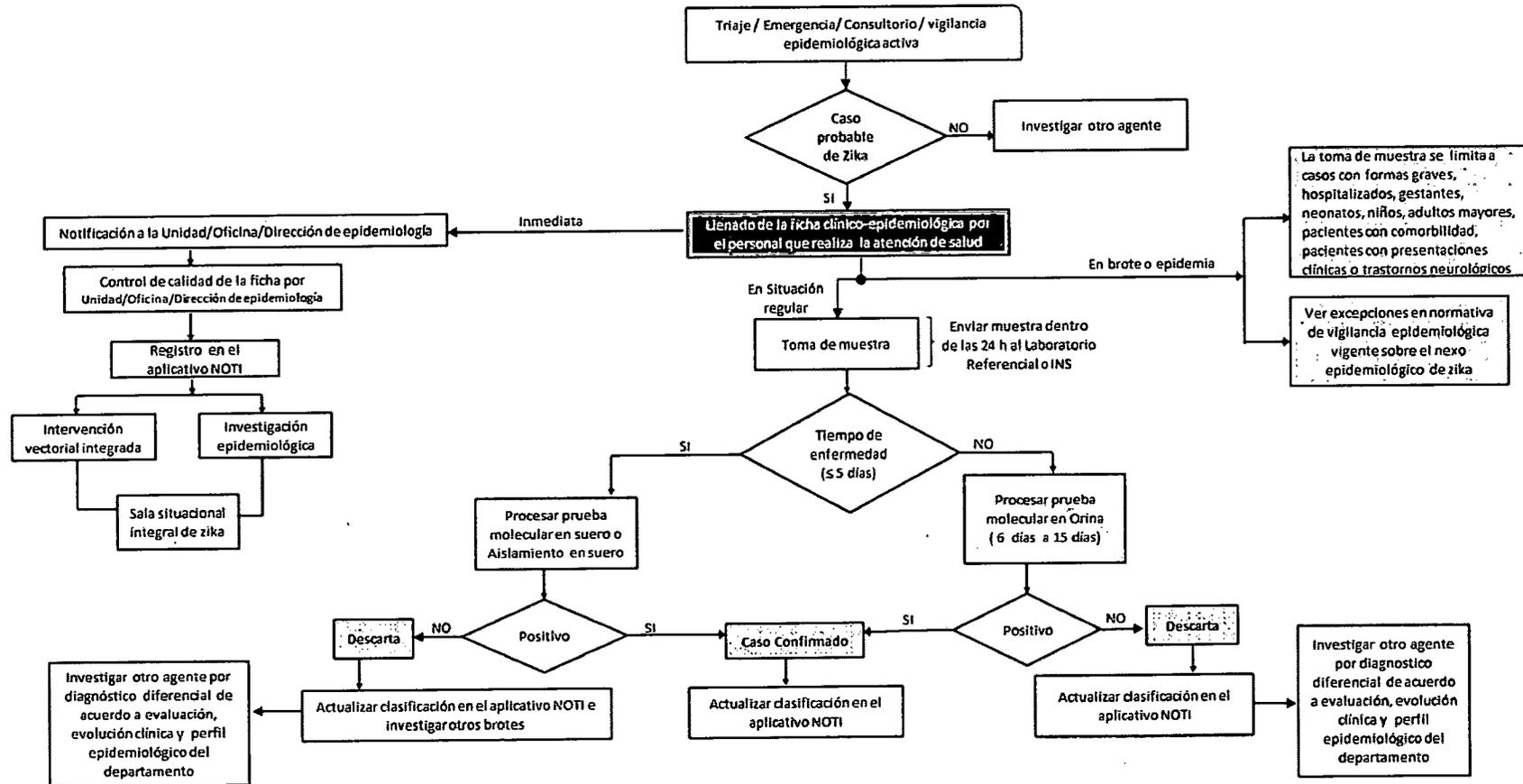
Anexo N° 12: Comparación de Síntomas en Zika, Dengue y Chikungunya

SIGNOS Y SÍNTOMAS	DENGUE	CHIKUNGUNYA °	ZIKA
Motivo de consulta más frecuente	Fiebre, mialgias	Dolor articular, fiebre	Exantema o prurito
Fiebre	Moderada Muy frecuente Duración: 5 a 7 días	Intensa Muy frecuente Duración: 3 a 5 días	Leve Poco frecuente Duración: 1 a 3 días
Exantema	Aparece del 5° al 7° día No característico	Aparece del 2° o 3° día No característico	Desde el 1° día Maculo-papular, céfalo caudal
Prurito	Leve a intenso	Leve a moderado	Moderado a intenso
Conjuntivitis	Poco frecuente	Muy infrecuente	Muy frecuente
Manifestaciones neurológicas	Poco frecuente	Poco frecuente (puede ser frecuente y grave en recién nacidos/as)	Posible y grave
Cefalea	Intensa y frecuente	Leve a moderada	Leve a moderada
Dolor retro-ocular	Intenso y frecuente	Poco frecuente	Poco frecuente
Poliartralgias	Ausente	Muy frecuente	Frecuente
Poliartritis	Ausente	Frecuente	Frecuente
Edema de manos y pies	Poco frecuente	Frecuente	Poco frecuente
Evolución a cronicidad	No	Muy frecuente	Poco descrito
Mialgias	Muy frecuentes e intensas	Frecuente Moderadas a intensas	Poco frecuentes
Hepatomegalia	Signo de alarma	Muy poco frecuente	Muy poco frecuente
Vómitos frecuentes	Signo de alarma	Muy poco frecuente	Muy poco frecuente
Diarrea	Frecuente	Muy poco frecuente	Muy poco frecuente
Dolor abdominal intenso	Signo de alarma	No se presenta	No se presenta
Sangrado de la piel	Frecuente	Muy poco frecuente	Muy poco frecuente
Sangrado de mucosas	Signo de alarma	Muy poco frecuente (cuando se presenta es grave)	Muy poco frecuente
Choque	Es la forma grave más frecuente	Poco frecuente	No se conoce
Leucopenia	Moderada a intensa	Leve a moderada	Leve a moderada
Proteína C Reactiva	Normal	Elevada	Elevada
Hematocrito elevado	Signo de alarma	Poco frecuente	Poco frecuente
Recuento plaquetario	Normal o muy bajo	Normal a bajo	Normal a bajo
Consideraciones especiales	Riesgo de muerte	Podría evolucionar a artropatía crónica	Riesgo de infección congénita y SGB

Fuente: Adaptado del Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis; OPS



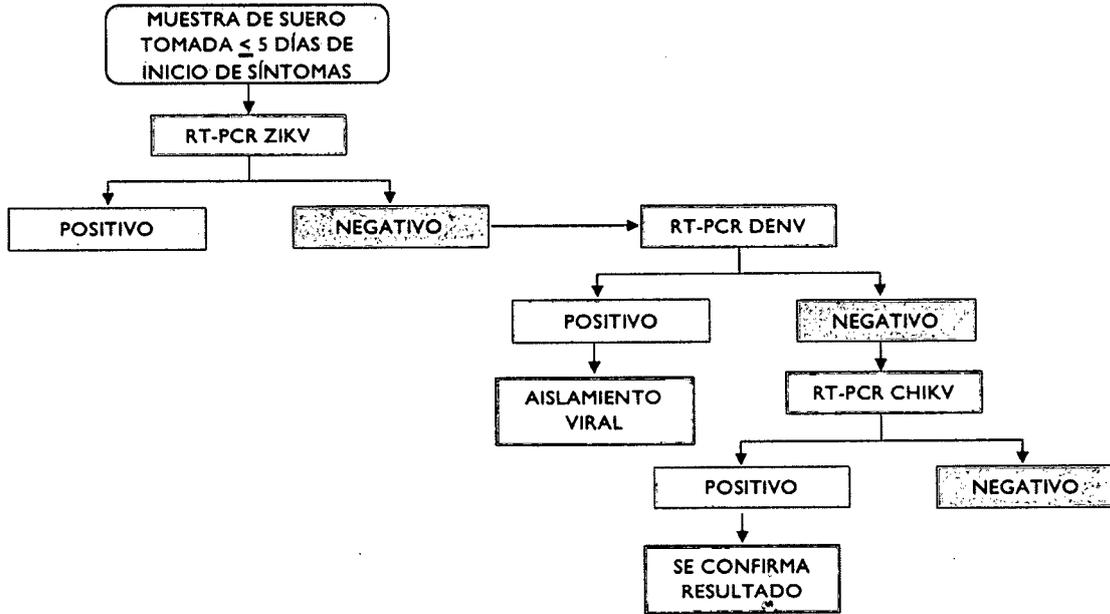
Anexo N° 13: Flujograma para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico Laboratorial de Zika



‡ El plazo máximo para la clasificación final es 30 días.



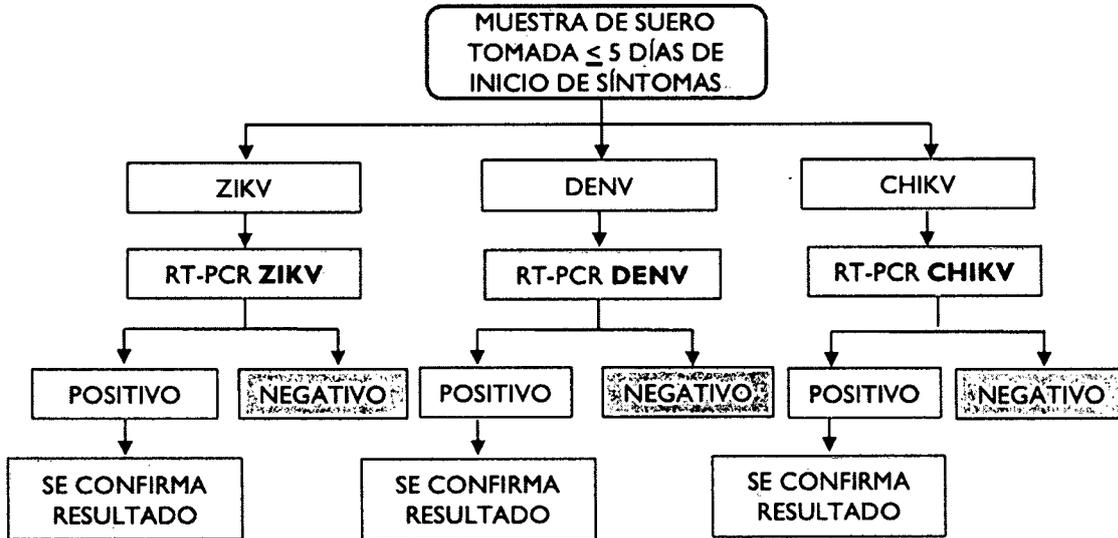
Anexo N° 14: Flujoograma para el Diagnóstico Diferencial Viroológico de Casos Probables de Infección por Zika en Áreas donde Circulan Otros Arbovirus, utilizando Pruebas Moleculares Individualizadas



- Para PCR de ZIKV es recomendable también la muestra de orina.
- Considerar determinación de antígeno NS1 para infección por dengue.
- El aislamiento no es requerimiento para confirmar la infección. Se considera complementario para identificar serotipos, genotipos y linajes del arbovirus en cuestión

Fuente: Adaptado. Instrumento para el diagnóstico y la atención de pacientes con sospecha de arbovirus; OPS/OMS.

Anexo N° 15: Flujograma para el Diagnóstico Diferencial Viroológico de Casos Probables de Infección por Zika ZIKV en Áreas donde Circulan Otros Arbovirus, utilizando RT-PCR triplex



- Este flujograma está basado en una prueba de RT-PCR que permite realizar la vigilancia de los 03 arbovirus circulantes en simultáneo.
- En las muestras negativas a RT-PCR triplex se buscan otros arbovirus circulantes en el país.

Fuente: Adaptado. Diagnóstico de Laboratorio para la Enfermedad de Zika; OPS/OMS

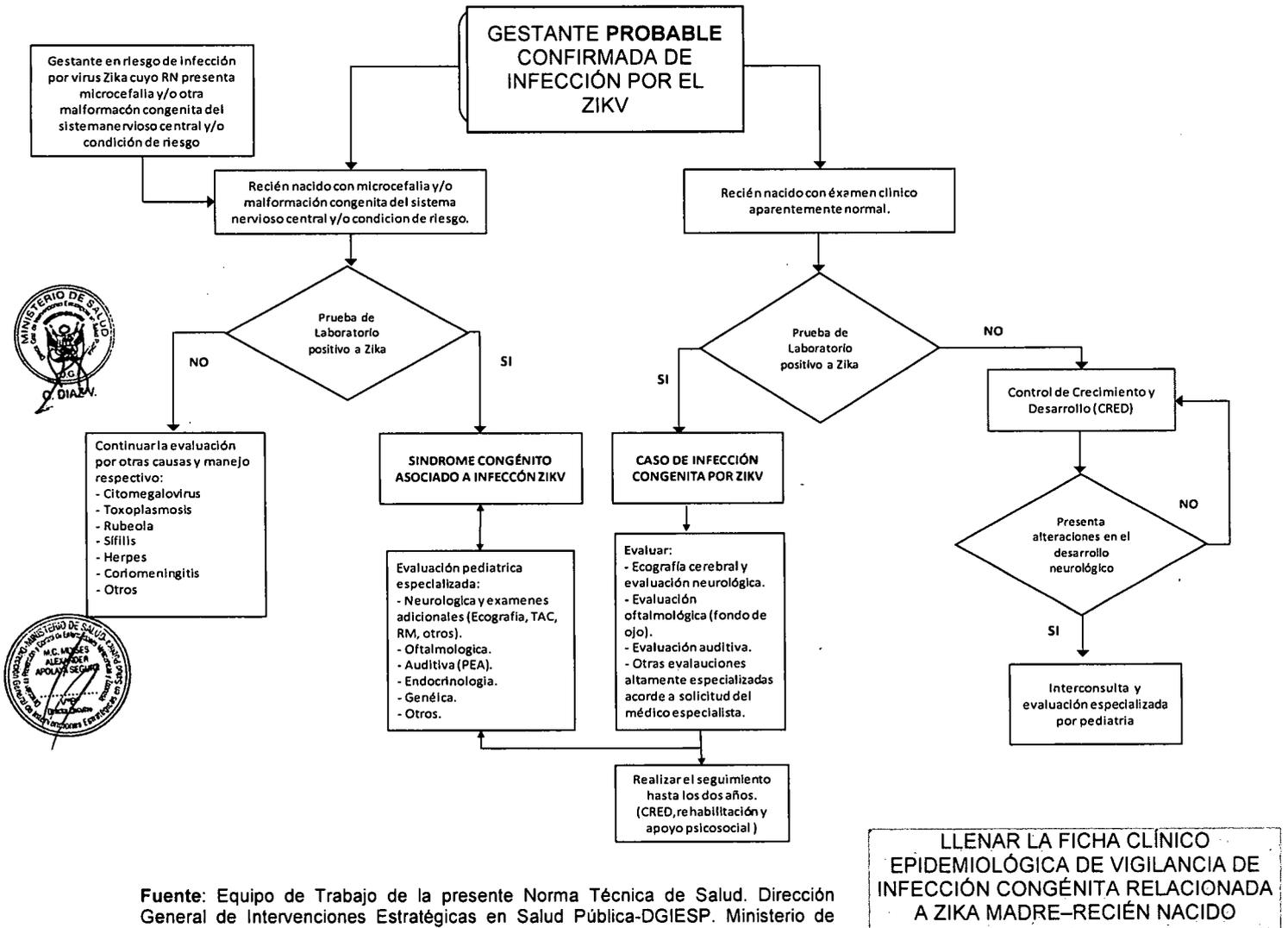
Anexo N° 16: Flujograma para el Diagnóstico Diferencial Viroológico de Casos Probables de Infección por Zika en Áreas donde Circulan Otros Arbovirus, utilizando Pruebas Serológicas



Fuente: Adaptado. Diagnóstico de Laboratorio para la Enfermedad de Zika; OPS/OMS



Anexo Nº 17: Flujoograma para el Manejo y Seguimiento de Síndrome Congénito Asociado a Zika



Fuente: Equipo de Trabajo de la presente Norma Técnica de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública-DGIESP. Ministerio de Salud

Anexo N° 18: Dosificación de Paracetamol para Adultos y Niños

Denominación Común Internacional	Concentración	Forma farmacéutica	Forma de administración	Dosis/Observaciones*
C. DIAZY. Paracetamol	500 mg	Tabletas	Vía Oral	Adultos: 500 a 1000 mg VO cada 4 a 6 horas por día. Dosis máxima: 4000 mg en un periodo de 24 horas. Niños/as: 10 a 15 mg/kg por dosis VO cada 4 a 6 horas, según necesidad; como máximo 1 g en cada toma. Dosis máxima: 5 dosis en un periodo de 24 horas (75 mg/kg/día).
	100 mg/mL	Gotas	Vía Oral	Niños/as: *Recién nacidos/as: i) Edad Gestacional 28 a 32 semanas reciben una dosis de 10 a 12 mg/kg/dosis cada 6 a 8 horas; dosis máxima en un día: 40 mg/kg/día. ii) Edad Gestacional 33 a 37 semanas o recién nacidos/as a término < 10 días de vida reciben 10 a 15 mg/kg/dosis cada 6 horas; dosis máxima en un día 75 mg/kg/día. iii) Recién nacidos/as a término ≥ 10 días de vida 10 a 15 mg/kg/dosis VO cada 6 a 8 horas, según necesidad. Dosis máxima: 5 dosis en un periodo de 24 horas (75 mg/kg/día). * Infantes, niños y adolescentes: 10 a 15 mg/kg/dosis cada 4 a 6 horas, según necesidad. No exceder 5 dosis en un periodo de 24 horas (75 mg/kg/día ni 4000 mg/día).
	120 mg/ 5 mL	Jarabe	Vía Oral	Niños/as: * Infantes, niños/as y adolescentes: 10 a 15 mg/kg/dosis cada 4 a 6 horas, según necesidad. No exceder 5 dosis en un periodo de 24 horas (75 mg/kg/día ni 4000 mg/día).
	100 – 300 mg	Supositorio	Vía Rectal	Niños/as: *Recién nacidos/as: Recién nacidos/as: i) Edad Gestacional 28 a 32 semanas reciben una dosis de 20 mg/kg/dosis cada 12 horas; dosis máxima en un día: 40 mg/kg/día. ii) Edad Gestacional 33 a 37 semanas o recién nacidos/as a término < 10 días de vida reciben 30 mg/kg; luego 15 mg/kg/dosis cada 8 horas; dosis máxima en un día 60 mg/kg/día. iii) Recién nacidos/as a término ≥ 10 días de vida reciben 30 mg/kg; luego 20 mg/kg/dosis cada 6 horas a 8 horas; que no exceda las 5 dosis en 24 horas. Dosis máxima en un día 75 mg/kg/día. * Infantes (6 a 11 meses): 80 mg cada 6 horas, con una dosis máxima en un periodo de 24 horas: 320 mg/día. * Niños/as (12 a 36 meses): 80 mg cada 4 a 6 horas, con una dosis máxima en un periodo de 24 horas de 400 mg/día. * Niños/as (>3 a 6 años): 120 mg cada 4 a 6 horas, con una dosis máxima en un periodo de 24 horas de 600 mg/día. * Niños/as (>6 a 12 años): 325 mg cada 4 a 6 horas con una dosis máxima en un periodo de 24 horas de 1,625 mg/día. * Niños/as ≥ 12 años: 650 mg cada 4 a 6 horas con una dosis máxima en un periodo de 24 horas de 3,900 mg/día.

*Usar con precaución en pacientes con insuficiencia hepática y renal mediante el espaciamento de las dosis entre una y otra.

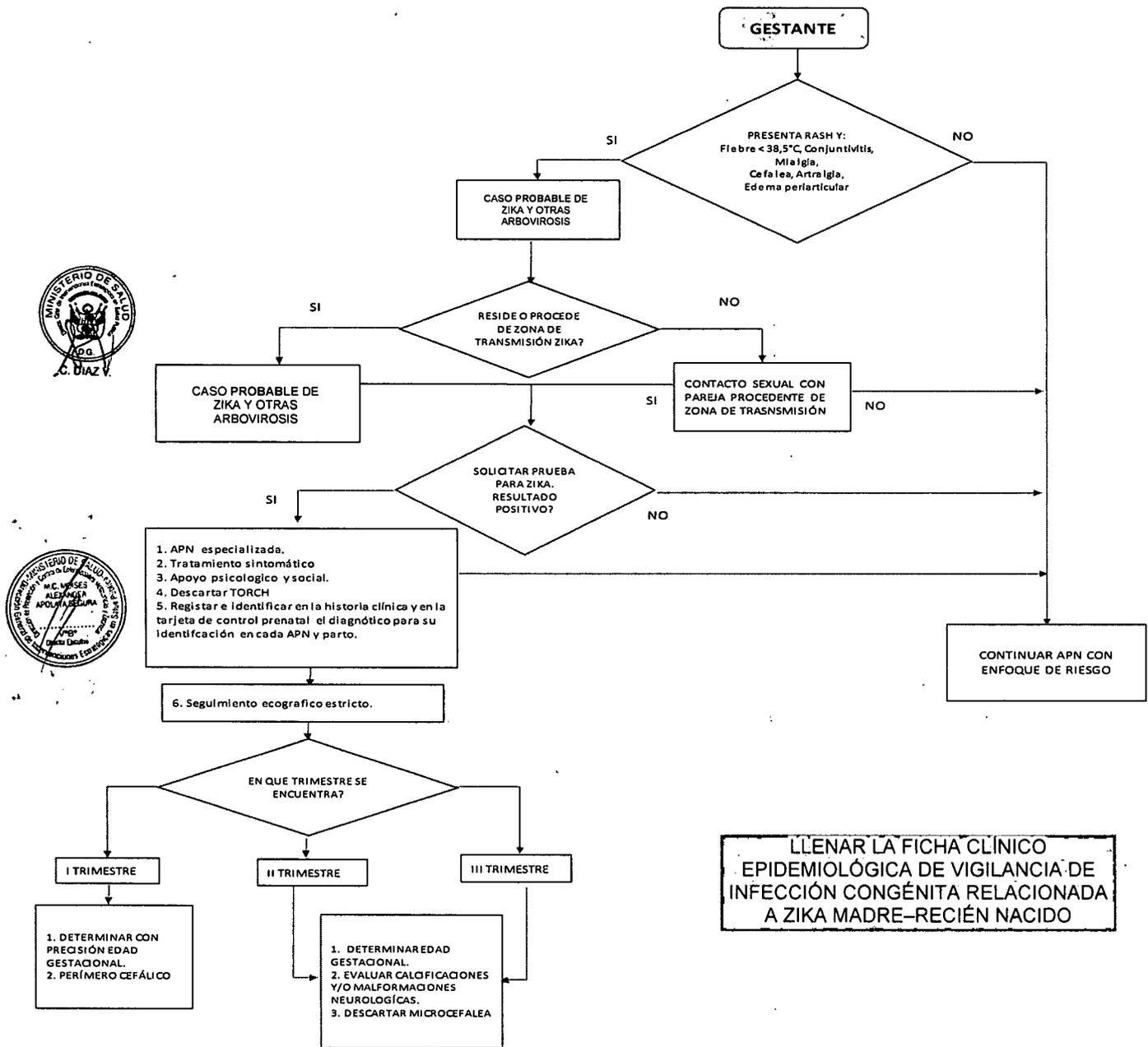
Anexo N° 19: Dosis de Clorfenamina, Loratadina y Óxido de Zinc, según Presentación y Edades

Denominación Común Internacional	Concentración	Forma farmacéutica	Forma de administración	Dosis / Observaciones*
Clorfenamina	2mg/5mL	Solución oral	Vía Oral	Niños/as: * Niños 2 a < 6 años: 1 mg cada 4 a 6 horas con una dosis máxima diaria de 6 mg/día. * Niños 6 a 12 años: 2 mg cada 4 a 6 horas con una dosis máxima diaria de 12 mg/día. No se recomienda su uso en menores de 2 años.
	4 mg	Tableta	Vía Oral	Niños/as: * Niños 6 a 12 años: 2 mg cada 4 a 6 horas con una dosis máxima diaria de 12 mg/día. * Niños ≥ 12 años y adolescentes: 4 mg cada 4 a 6 horas, con una dosis máxima en 24 horas de 24 mg/día. Adultos: Tomar 4 mg cada 4 a 6 horas, con una dosis máxima en un periodo de 24 horas de 24 mg/día.
	10 mg	Ampolla	Vía Endovenosa Vía Intramuscular	Niños/as: 0.2 a 0.4 mg/kg/día. Dosis máxima en un periodo de 24 horas de 6 mg/día para niños 2 a < 6 años; 12 mg para niños 6 a 12 años y 24 mg niños ≥ 12 años y adolescentes. Adultos: Administrar 5 a 10 mg cada 4 a 6 horas, con una dosis máxima en un periodo de 24 horas de 40 mg/día.
Loratadina	10 mg	Tableta	Vía Oral	Adultos: 10 mg cada 24 horas Niños/as: ≥ 6 años: 5 mg cada 12 horas O 10 mg cada 24 horas.
	5 mg/ 5mL	Jarabe	Vía Oral	Niños/as: * ≥ 2 a < 6 años: 5 mg cada 24 horas. * ≥ 6 años: 5 mg cada 12 horas O 10 mg cada 24 horas.
Óxido de Zinc	10-40%	Crema Pomada Pasta	Vía Tópica	Adultos y niños/as: Aplicar las veces que sea necesaria sobre la zona afectada. *No administrar en los ojos. Evitar que los/as niños/as ingieran el producto.

*Usar con precaución en pacientes con insuficiencia hepática. A pesar que no se requiere ajustar a la TFG, la clorfenamina se metaboliza en el hígado.

**En pacientes con CrCl < 30 mL/min, administrar 10 mg de Loratadina cada 48 horas

Anexo N° 20: Flujograma para la Atención de Gestantes Sintomáticas con Probable Infección de Zika



Anexo Nº 21: Aspectos Críticos para el Acompañamiento y Soporte a las Familias de Niños con Zika

OBJETIVOS

- Orientar al Equipo Multidisciplinario de Salud que atiende a las mujeres gestantes diagnosticadas con zika y al binomio madre-recién nacido para el acompañamiento y soporte a la familia de niños/as afectados/as por zika.
- Orientar al personal de la salud para el acompañamiento y soporte de las familias durante el seguimiento de los niños cuyas madres estuvieron en riesgo o fueron infectadas durante el embarazo por zika.

Definición de acompañamiento y soporte familiar:

Es el conjunto de actividades y estrategias que contribuyen a fortalecer el rol de los padres. Se dirige a identificar fortalezas y potencialidades de las familias para asumir el cuidado de sus hijas e hijos, reconoce la importancia de las interacciones y vínculos en el núcleo familiar y los sistemas de apoyo comunal o social. (Haz, 2008, C. Giné, et. Al. 2009, Daly et al. 2015).

Momentos claves del acompañamiento familiar:

DEPARTAMENTO	DISTRITO	DEPARTAMENTO	DISTRITO	DEPARTAMENTO	DISTRITO
AMAZONAS	RAGUA	LAMBAYEQUE	MOTUPE	TUMBES	TUMBES
	RAGUA GRANDE		SAL		ZARUMILLA
	ARAWANGO		PUCALLA		AGUILAS VERDES
	COPALLIN		FERREÑAFE		PAPAYAL
CAJAMARCA	JAJEN	LA LIBERTAD	HUANCHACO	SAN MARTÍN	TARAPOTO
	BELLAVISTA		LA ESPERANZA		LA RANCHA DE SHILCAYO
	HUARANGO		LAREDO		MORALES
	PUCARA		EL PORVENIR		TOCACHE
HUANUCO	SAN JOSÉ DE LOURDES	LIMA	GUADALUPE	UCAYALI	LAMAS
	RUPA RUPA		COMAS		UCHIZA
	CASTILLO GRANDE		YURIMAGUAS		CALLERIA
	LUYANDO		IQUITOS		MANANTAY
ICA	JOSÉ CRESPO Y CASTILLO	LORETO	SAN JUAN BAUTISTA	PIURA	YARINACOCHE
	PUEBLO NUEVO		PUNCHANA		PIURA
	CHINCHA ALTA		BELEN		LOS ORGANOS
	SUNAMPE		NAUTA		CHILUCANAS
	GRACIO PRADO	MAZAN	PARIÑAS		
	EL CARMEN	RAMON CASTILLA			
	ALTO LARAN	CASTILLA			
	CHINCHA BAJA	PIURA			
	ICA	VEINTISEIS DE OCTUBRE			
	PARCONA	TAMBO GRANDE			
TAMBO DE MORA	SULLANA				
LA TINQUINA	LOS ORGANOS				
PISCO	CHILUCANAS				
SUBTANAJALLA	PARIÑAS				

Nota: Casos confirmados de zika mayor de un caso. La información por distritos es dinámica (sujeto a actualización anual)
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA-Perú.

Orientación a las familias de recién nacidos con síndrome congénito asociado a infección por Zika

Las orientaciones y acompañamiento a la familia tienen 2 momentos diferenciados:

- Cuando se informa a la familia la condición de la niña o niño con microcefalia, malformación congénita o discapacidad por el zika.

CUADRO 1: ASPECTOS GENERALES A CONSIDERAR DURANTE EL ACOMPAÑAMIENTO A LA FAMILIA

Rol del acompañante	<p>La manera como se brinda el acompañamiento y soporte familiar contribuye a enfrentar este momento. Por eso es necesario que el acompañante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muestre empatía. • Mantenga una actitud abierta y de escucha. • Genere confianza.
Reconocimiento	<p>Frente al reconocimiento de la condición de la niña o niño, las familias experimentan una etapa de adecuación de sus vidas a una situación inesperada. Por ello, es necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompañar ese proceso con información clara y soporte emocional. • Entender que la familia enfrenta una etapa de cambio en sus vidas y pueden tener sentimientos de incertidumbre, culpa o temor. • Ayudar a centrar su mirada en su hijo o hija al enfrentar esta nueva situación. • Si se identifica un problema de salud mental, realizar la derivación al servicio de Salud Mental o Psicología correspondiente.
Información	<p>Se debe transmitir información clara y precisa a las familias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca un espacio para un diálogo privado y cuenta con información de apoyo que puedas brindar a la familia. • Pregunta primero a la familia qué información conocen. Procura escuchar y dialogar, complementa información y responde a preguntas y dudas. • Explica a la familia cuál es la condición de su hija o hijo, identificando las dificultades, pero también las posibilidades de desarrollo. • Proporcionar pautas breves para promover el máximo potencial de las capacidades de su hija o hijo.

NTS N° –MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON ZIKA EN EL PERÚ

CUADRO 2: PAUTAS PARA ACOMPAÑAR A LAS FAMILIAS EN ESTE MOMENTO

Lo que podemos hacer	Lo que podemos promover: Las 3-D
<p>Crear espacios de escucha donde las familias puedan resolver sus miedos, confusiones y dudas para aminorar la angustia e incertidumbre.</p> <p>Ayudar a reconocer signos de alerta o manifestaciones tardías en el crecimiento y desarrollo de los niños.</p> <p>Orientar sobre los cuidados y estímulos especiales en el crecimiento y desarrollo de sus hijas e hijos.</p> <p>Centrar la mirada en las potencialidades o capacidades de la niña o niño y no sólo en las deficiencias, malformaciones o discapacidad.</p> <p>Identificar con las familias herramientas, recursos y redes de apoyo involucrando a abuelos, tíos, entre otros., de manera que compartan tareas y responsabilidades.</p> <p>Si existen hermanos, conversar con ellos y explicarles la condición y cuidados del nuevo miembro de la familia.</p> <p>Ayudar a identificar estrategias para el manejo del estrés en situaciones críticas.</p> <p>Ayudar al niño y niña a desarrollar progresivamente su autonomía y sus capacidades de acuerdo a su potencial.</p>	<p>Desdramatizar: Acompañar los momentos de duelo, angustia, incertidumbre y búsqueda de información a las familias, para que lo más pronto, tomen consciencia de la atención integral de salud que requieren sus hijos en la primera infancia.</p> <p>Despatologizar entender que la "discapacidad no es una "enfermedad", los niños son capaces de vivir una vida saludable, con bienestar y llegar a ser felices.</p> <p>Desetiquetar: Contar con un diagnóstico temprano e integral que permita conocer las limitaciones funcionales ayuda a canalizar la adecuada atención integral de salud para mitigar el déficit y maximizar las potencialidades, pero esto no debe llevar a una estigmatización.</p>



CUADRO 3: ACTIVIDADES Y MENSAJES CLAVES PARA QUE LA FAMILIA PUEDA PROMOVER EL MÁXIMO POTENCIAL DE SUS HIJAS E HIJOS:

Vínculo de apego	Comunicación	Juego
<p>Las interacciones positivas con los adultos que lo cuidan brindan seguridad y le permite estar más abierto para aprender.</p> <p>Interacciones positivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abrazarlo, acariciarlo y conversarle mirándole a los ojos. • Observar y estar atento a sus demandas y necesidades. • Aprender a identificar la causa del llanto. • Responder en coherencia con la necesidad y con prontitud. Por ejemplo, calmarlo cargándolo, acariciando la espalda, mecerlo, cantarle o hablarle suavemente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablarle: La forma de hablar es tan importante como lo que se dice. • Usar muchas formas de comunicación que se adecúen a las posibilidades de cada niña o niño, como el lenguaje gestual, la mirada, la música, las señales, palabras claves, patrones de conducta, reacciones, etc., reconocerlas, evitar juzgar y adecuarse a estas reacciones (que pueden ser propias de su condición). • Sonreírle, mirarlo a los ojos mientras se comunica con ella o él. • Cantarle acompañado con gestos o movimientos. • Contarle cuentos cortos, mirar láminas o cuentos de láminas grandes y describirlos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El juego durante los primeros meses se basa en actividades sensoriales, auditivas y visuales, usando su propio cuerpo o el rostro del cuidador principal. • Tener en cuenta que el primer juguete de un bebé, son sus manos o sus pies, que representan el primer objeto de exploración y juego. • Brindar oportunidades y experiencias lúdicas que respondan a las posibilidades de cada niña o niño. • Posteriormente objetos simples como telas, pelotas o muñecos de trapo, sonajas, entre otros, objetos coloridos que pueda ver y pueda coger con sus manos.



B. Cuando se realiza el seguimiento a los niños con microcefalia, malformación congénita o discapacidad por zika.

Las orientaciones y acompañamiento a la familia deben considerar:

- a) Focalizarse en los logros que los niños/as van alcanzando cada mes, de manera que ayude a generar y desarrollar la confianza en la madre, padre o cuidador.
- b) Brindar información a los padres sobre los resultados de las evaluaciones de crecimiento y desarrollo, explicando lo que es esperado para cada edad e informando cuáles se están alcanzando y cuáles no.
- c) Complementar las acciones realizadas en el establecimiento de salud, a través de las visitas domiciliarias y acciones en la comunidad, para fortalecer las orientaciones brindadas en el centro de salud como:
 - Promover la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses y continuarla durante la alimentación complementaria hasta los dos años de edad, siguiendo las recomendaciones que se brindan durante el control de CRED.
 - Promover la asistencia a sus controles según la NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años", aprobada con Resolución Ministerial N°537-2017/MINSA o la que haga sus veces.

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON ZIKA EN EL PERÚ

- Promover un ambiente y espacio seguro en el hogar para la niña o el niño (superficies firmes que faciliten los movimientos motores), espacios de juego y el uso de materiales de juego. (como pelotas, sonajas, muñecos de tela o material lavable y no tóxico).
- Promover vínculos entre madres, padres o cuidadores de niños/as con malformaciones congénitas o discapacidades similares, de manera que se establezcan espacios de escucha y redes de apoyo entre pares.
- En los casos que se cuenten con agentes comunitarios de salud, reforzar a través de ellos la asistencia al control de CRED. Mantener informados y actualizados a los ACS sobre acciones de apoyo a las familias.
- Continuar promoviendo la participación de ambos padres, cuando esto sea posible en el cuidado y desarrollo de la niña y el niño, así como de otros miembros de la familia del entorno cercano.
- En los casos que se cuente con ACS, reforzar a través de ellos, importancia de la asistencia a las citas de Salud Mental o psicología.
- Mantener informados y actualizados a los ACS sobre acciones de apoyo para las familias.
- Capacitar a los ACS en primeros auxilios psicológicos.

2. Orientación a las familias de recién nacidos con examen clínico aparentemente normal y prueba de laboratorio positiva a infección por ZIKA

Las orientaciones y acompañamiento a la familia tienen 2 momentos diferenciados:

A. Cuando se informa a la familia la condición de riesgo de la niña o niño:

- a) Crear conciencia de la importancia de las evaluaciones indicadas por el médico especialista para estos casos.
- b) Crear conciencia sobre la importancia de la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo y de los diagnósticos o interconsultas sugeridas por el médico especialista.
- c) Evitar alarmar, generar confianza y mantener una actitud positiva y esperanzadora con la familia.
- d) Mostrar apertura e interés, resolver las dudas y preguntas que las familias puedan tener con un lenguaje sencillo y claro.

Utiliza las recomendaciones de **acciones y mensajes claves** para que la familia pueda promover el máximo potencial de sus hijas e hijos, indicados en el **Cuadro 3: Actividades y mensajes claves** para que la familia pueda promover el máximo potencial de sus hijas e hijos.

Es muy importante tener especial cuidado con este grupo de niños ya que, al no presentar una aparente malformación congénita o discapacidad al nacer, puede perder relevancia en los familiares y no realizar las acciones de diagnóstico oportuno y seguimiento que se requiere en estos casos durante los primeros años de vida. Es necesario orientar a la madre, padre o cuidador para que esté alerta a cualquier alteración en su desarrollo y siga las acciones de interconsulta indicados.

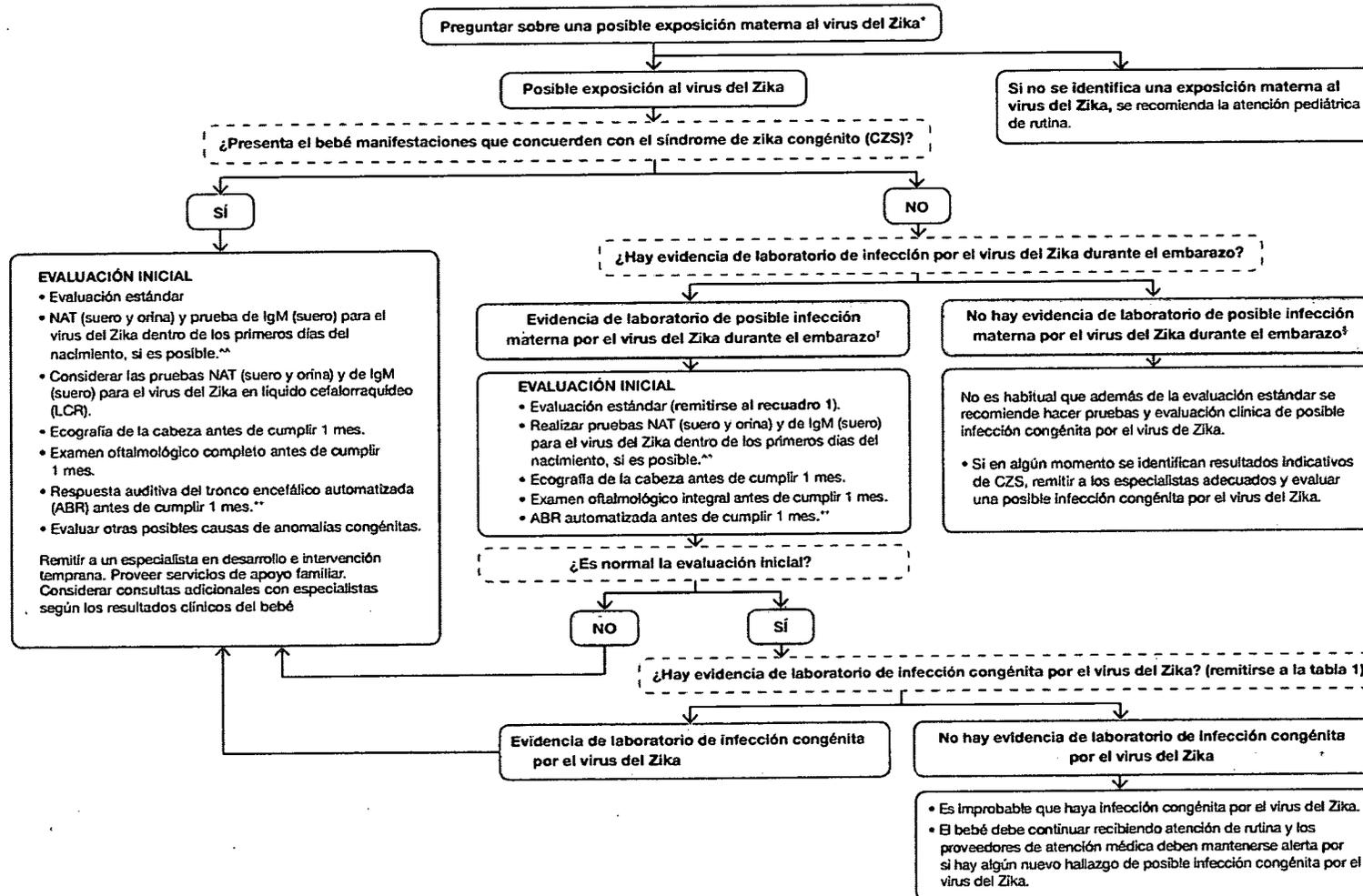
B. Cuando se realiza el seguimiento a los niños en riesgo

- a) Las orientaciones y acompañamiento a la familia deben considerar:
- b) Focalizarse en los logros que los niños/ van alcanzando cada mes, de manera que ayude a generar y desarrollar la confianza de la madre, padre o cuidador.
- c) Brindar información a la madre, padre o cuidador sobre los signos y síntomas tempranos de alteraciones en el neurodesarrollo que puedan presentarse en niños con prueba positiva para una atención integral de salud oportuna en el establecimiento de salud.
- d) Complementar las acciones realizadas en el establecimiento de salud, a través de las visitas domiciliarias y acciones en la comunidad, para fortalecer las orientaciones brindadas en el centro de salud como:
 - Promover la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses y continuarla durante la alimentación complementaria hasta los 2 años de edad siguiendo las recomendaciones que se brindan durante el CRED.
 - Promover la asistencia a sus controles de acuerdo a la NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años" aprobada con Resolución Ministerial N°537-2017/MINSA o la que haga sus veces.
 - Promover un ambiente y espacio seguro en el hogar para la niña o el niño (superficies firmes que faciliten los movimientos motores y desplazamientos), espacios de juego y el uso de materiales de juego. (como pelotas, sonajas, muñecos de tela o material lavable y no tóxico).
 - Continuar promoviendo la participación de ambos padres cuando esto sea posible y de otros miembros de la familia del entorno cercano en el cuidado y desarrollo de la niña y el niño.

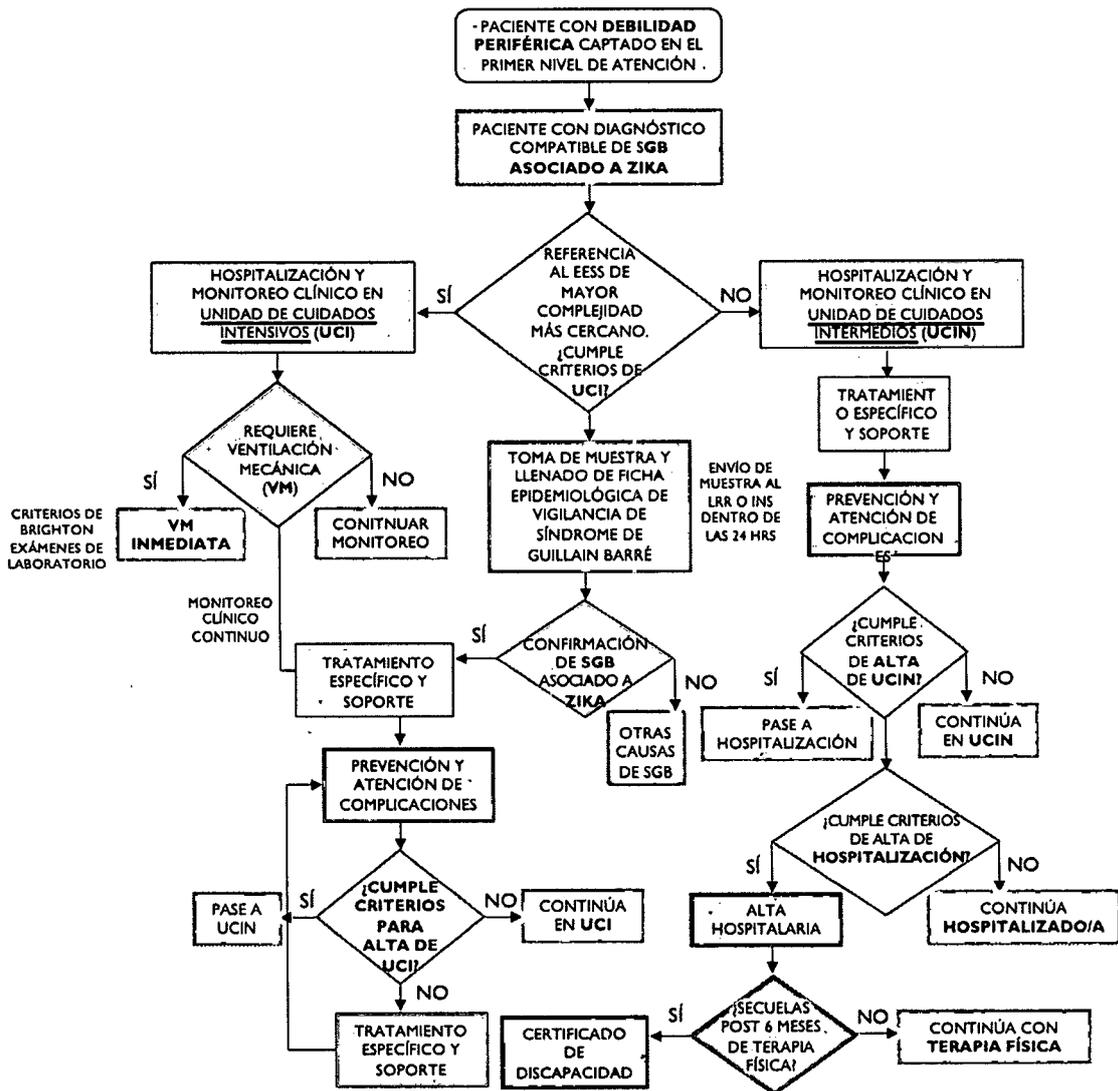
Si durante el seguimiento se identifica alguna alteración del neurodesarrollo y/o una discapacidad física, sensorial o cognitiva en la niña o niño con riesgo, aplicar las orientaciones descritas en la **Orientación a las familias de recién nacidos con síndrome congénito asociado a infección por ZIKA**.



Anexo N° 22: Evaluación de Recién Nacidos con Posible Infección Congénita Asociada al ZIKV



Anexo Nº 23: Flujograma de Atención de Pacientes con Síndrome de Guillain-Barré con Asociación Probable o Confirmada a Zika



LLENAR LA FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE VIGILANCIA DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

FUENTE: ELABORADO POR DPCEM-DGIESP. MINSA



Anexo N° 24: Consideraciones Generales para la Obtención de Muestras y Diagnóstico de Zika

Este protocolo lo sigue el personal de laboratorio en los E.S. donde la persona considerada como caso de zika es atendida.

Muestra de suero.

- Rotular en un tubo al vacío sin anticoagulante los datos del paciente y obtener una muestra de sangre de 7ml. En casos de infantes menores de 1 año, se utiliza un tubo de 4ml.
- Centrifugar el tubo de sangre a 3500 RPM por 5 minutos.
- Rotular los crioviales con los siguientes datos: Apellidos y nombres completos, edad y fecha de obtención de la muestra.
- Separar el suero y alícuota en 2 crioviales de tapa rosca estériles de 2ml y colocarlos inmediatamente en refrigeración (+2 a +8 °C).

Muestra de orina:

- Obtener una muestra de orina en caso que el paciente tenga de 6 a 15 días de enfermedad, desde el inicio de los síntomas.
- Obtener de preferencia la muestra de orina del "chorro medio", en recipiente estéril de boca ancha (capacidad del recipiente de al menos 50 ml).
- Rotular correctamente datos del paciente, colocando los apellidos, nombres, edad y fecha de obtención de la muestra.
- El laboratorio del E.S. recibe la muestra de orina, la misma que es trasvasada a un tubo cónico de 15ml. El tubo cónico es tapado herméticamente, el mismo que es rotulado con los datos del primer recipiente y proceder a congelar (-20°C) hasta su envío.
- Para el caso de infantes, debe obtenerse la muestra de orina con recolector de muestra para infantes. Una vez obtenida la muestra, colocarla en un recipiente estéril, rotular los datos del paciente y fecha de obtención de la muestra y proceder a congelar hasta su envío.

Muestra de semen:

- En casos de sospecha de transmisión sexual de zika en áreas sin transmisión autóctona del ZIKV, se obtiene una muestra de semen de la pareja sexual de la paciente con la que haya tenido contacto sexual sin protección en las 2 semanas previas a la aparición de los síntomas.
- Contar con recipiente estéril de boca ancha para la colección de semen.
- Previa a la obtención de muestra, debe realizarse higiene genital con agua y jabón alrededor del meato urinario.
- Rotular adecuadamente consignando los datos del paciente, colocando los apellidos y nombres, edad y fecha de obtención de la muestra.
- Tapar herméticamente y proceder a congelarlo hasta su envío.

Muestra de líquido cefalorraquídeo (Únicamente pacientes con manifestaciones neurológicas):

- Se obtiene muestra de líquido cefalorraquídeo por punción lumbar en caso de que el paciente tenga el SGB o síndrome congénito.
- Se colecta 1ml de líquido cefalorraquídeo en un recipiente estéril (vial).
- Rotular adecuadamente consignando los datos de paciente, colocando los apellidos y nombres, edad y fecha de obtención de la muestra.
- Tapar herméticamente y proceder a congelarlo hasta su envío.

Muestra de tejido:

- Se obtiene muestras de tejido en casos de aborto o natimueertos.
- Contar con recipiente estéril de boca ancha para la colección de tejido.
- Rotular adecuadamente consignando los datos de paciente, colocando los apellidos y nombres, edad y fecha de obtención de la muestra.



NTS N° -Minsa/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON ZIKA EN EL PERÚ



En **natimue**rtos, colocar 2cm³ de cerebro, hígado, pulmón, riñón, corazón, tejido placentario, los mismos que son remitidos de la siguiente manera: 1 cm³ de cada órgano antes citado en formol neutro al 10% a temperatura ambiente; y 1 cm³ en un frasco sin preservantes. Este último es congelado de inmediato. Este estudio se realiza en E.S. de segundo y tercer nivel de atención.

En **recién nacidos/as**, coleccionar 2cm³ de sangre en un tubo sin anticoagulante (para extraer 1 cm³ de suero) y 1 cm³ de líquido cefalorraquídeo dentro de las primeras 48 horas de nacido en los casos con microcefalia.

En **la madre** obtener 5cm³ de sangre en un tubo sin anticoagulante.



Los laboratorios de los hospitales centinela deben asegurar la recolección, conservación y/o almacenamiento y transporte de la muestra a los laboratorios de procesamiento, incorporando estas actividades a sus funciones habituales.

Anexo N° 25: Criterios de Brighton para el Diagnóstico del Síndrome de Guillain Barré

Nivel 1 de certeza	Nivel 2 de certeza	Nivel 3 de certeza
<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad flácida y simétrica de extremidades; Y • Disminución o ausencia de los reflejos osteotendinosos en extremidades; Y • Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; Y • Ausencia de diagnósticos alternativos para la debilidad de extremidades; Y • Disociación albumino-citológica (aumento de proteínas en el líquido cefalorraquídeo sobre el nivel normal y < de 50 leucocitos/uL; Y <p>Hallazgos electrofisiológicos compatibles con Síndrome de Guillain Barré.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad flácida y simétrica de extremidades; Y • Disminución o ausencia de los reflejos osteotendinosos en extremidades; Y • Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior; Y • Ausencia de diagnósticos alternativos para la debilidad de extremidades; Y • Líquido cefalorraquídeo con < 50 leucocitos/ (con o sin elevación de proteínas) O • Hallazgos electrofisiológicos compatibles con Síndrome de Guillain Barré sino se cuenta con muestra de LCR o si los resultados no están disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad flácida y simétrica de extremidades; Y • Disminución o ausencia de los reflejos osteotendinosos en extremidades; Y • Enfermedad monofásica, con intervalo de 12 h a 28 días entre el inicio y el nadir de la debilidad y meseta clínica posterior Y • Ausencia de diagnósticos alternativos para la debilidad de extremidades;

*Cabe destacar que, aunque potencialmente aplicables en un entorno clínico, el nivel de certeza de diagnóstico está destinado principalmente a fines epidemiológicos y no como criterio para el tratamiento



Anexo N° 26: Formato de Notificación de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos para Profesionales de la Salud

A. DATOS DEL PACIENTE									
Nombres o iniciales (*):									
Edad (*):	Sexo (*) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Peso (Kg):	Historia Clínica y/o DNI:						
Establecimiento (*):									
Diagnóstico Principal o CIE 10:									
B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS:									
Marcar con "X" si la notificación corresponde a:									
<input type="checkbox"/> Reacción adversa <input type="checkbox"/> Error de medicación <input type="checkbox"/> Problema de calidad <input type="checkbox"/> Otro (Especifique).....									
Describir la reacción adversa (*)				Fecha de inicio de RAM (*): __/__/__					
				Fecha final de RAM: __/__/__					
				Gravedad de la RAM (Marcar con X)					
				<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave					
				Solo para RAM grave (Marcar con X)					
				<input type="checkbox"/> Muerte. Fecha __/__/__					
				<input type="checkbox"/> Puso en grave riesgo la vida del paciente					
				<input type="checkbox"/> Produjo o prolongó su hospitalización					
				<input type="checkbox"/> Produjo discapacidad/incapacidad					
				<input type="checkbox"/> Produjo anomalía congénita					
				Desenlace (Marcar con X)					
				<input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela					
				<input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/> Desconocido					
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas):									
Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes (ejemplo: Alergias, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, disfunción renal/hepática, etc.)									
C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S) (En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio fabricante, número de registro sanitario y número de lote)									
Nombre comercial y genérico (*)	Laboratorio	Lote	Dosis/ Frecuencia (*)	Vía de Adm. (*)	Fecha inicio (*)	Fecha final (*)	Motivo de prescripción o CIE 10		
Suspensión (Marcar con X)		Si	No	No aplica	Reexposición (Marcar con X)		Si	No	No aplica
(1) ¿Desapareció la reacción adversa al suspender el medicamento u otro producto farmacéutico?					(1) ¿Reapareció la reacción adversa al administrar nuevamente el medicamento u otro producto farmacéutico?				
(2) ¿Desapareció la reacción adversa al disminuir la dosis?					(2) ¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción adversa al medicamento u otro producto farmacéutico?				
El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:									
En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: N° Registro Sanitario:				Fecha de vencimiento __/__/__					
D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADO(S) EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES (excluir medicamento(s) u otro(s) producto(s) farmacéutico(s) para tratar la reacción adversa)									
Nombre comercial y genérico	Dosis/ frecuencia	Vía de Adm.	Fecha inicio	Fecha final	Motivo de prescripción				
E. DATOS DEL NOTIFICADOR									
Nombres y apellidos (*):									
Teléfono o Correo electrónico (*):									
Profesión (*):	Fecha de notificación __/__/__				N° Notificación:				



NTS N° -MINS/DGIESP-2024
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON ZIKA EN EL PERÚ

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

1. Notifique aunque usted no tenga la certeza de que el medicamento u otro producto farmacéutico causó la reacción adversa. La sospecha de una asociación es razón suficiente para notificar.
2. Notifique todas las sospechas de reacciones adversas conocidas, desconocidas, leves, moderadas y graves relacionadas con el uso de Productos Farmacéuticos (medicamentos, medicamentos herbarios, productos dietéticos y edulcorantes, productos biológicos, productos galénicos).
3. No deje de notificar por desconocer una parte de la información solicitada.
4. En caso de embarazo, indicar el número de semanas de gestación al momento de la reacción adversa.
5. Utilice un formato por paciente.
6. En caso de no contar con el espacio suficiente para el registro de la información, utilice hojas adicionales.
7. Las sospechas de reacciones adversas graves deben ser notificadas dentro de las veinticuatro (24) horas de conocido el caso, si son leves o moderadas, en un plazo no mayor de setenta y dos (72) horas y deberán ser enviadas según el flujo de notificación de acuerdo a la Norma Técnica de Salud correspondiente.

A. DATOS DEL PACIENTE

Nombres o iniciales: Registrar los nombres o iniciales del paciente.

Edad: Expresar en números e indicar si son días, meses o años.

En caso de no contar con este dato se colocará el grupo etario.

Cuando se trate de anomalías congénitas informar la edad y sexo del hijo en el momento de la detección y la edad de la madre.

Sexo: Marcar con una "X" la opción que corresponda.

Peso: Indicar el peso del paciente en Kg.

Historia Clínica y/o DNI: Si se conoce colocarlo.

Establecimiento: Indicar el nombre completo del establecimiento (hospital, centro de salud, puesto de salud, farmacia/botica u otra institución) donde se detecta la RAM.

Diagnóstico principal o CIE 10: Indicar la enfermedad de base del paciente (ejemplo: Cáncer, enfermedad de Alzheimer) o su respectivo código CIE 10 (clasificación internacional de enfermedades).

B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS

El formato también puede ser utilizado para notificar errores de medicación, problemas de calidad, u otros (uso fuera de indicación autorizada, uso del medicamento u otro producto farmacéutico durante el embarazo o lactancia, sobredosis o exposición ocupacional) si están asociadas a sospechas de reacciones adversas.

Reacción adversa: Describa detalladamente la(s) reacción(es) adversa(s) incluyendo localización e intensidad y toda la información clínica relevante (estado clínico previo a la reacción adversa, signos y/o síntomas reportados, diagnóstico diferencial) para la reacción adversa. Si se modifica la dosis, registrar la nueva dosis administrada. Indicar el desenlace de la(s) reacción(es) adversa(s) y en el caso de un desenlace mortal especificar la causa de la muerte.

Fecha de inicio de RAM: Indicar la fecha (día/mes/año) exacta en la cual inició la reacción adversa.

Fecha final de RAM: Indicar la fecha (día/mes/año) exacta en la cual desaparece la reacción adversa.

En caso de existir más de una reacción adversa, escriba la fecha de inicio y final de cada una de ellas cuando describa la reacción adversa.

Gravedad de la RAM: Marcar con "X" la gravedad de la reacción adversa. La valoración de la gravedad se realiza a todo el caso notificado.

Solo para RAM grave: en el caso de una reacción adversa grave, marcar con una "X" la(s) opción(es) correspondiente(s).

Desenlace: Marcar con una "X" la opción que corresponda.

Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas): Resultados de pruebas de laboratorio usadas en el diagnóstico de la reacción adversa y, si está disponible, las concentraciones séricas del medicamento u otro producto farmacéutico antes y después de la reacción adversa (si corresponde).

Otros datos importantes de la historia clínica: Indicar condiciones médicas previas de importancia así como patologías concomitantes (ejemplo: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, disfunción renal/hepática, etc.) u otras condiciones en el paciente (ejemplo: Alergias, embarazo: número de semanas de gestación, consumo de tabaco, alcohol, etc.)

C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S)

Nombre comercial y genérico: Registrar el nombre comercial y genérico (DCI) indicado en el rotulado del medicamento u otro producto farmacéutico administrado incluyendo la concentración y forma farmacéutica (ejemplo: Amoxicilina 500mg tableta).

Si el medicamento u otro producto farmacéutico es genérico, no deje de mencionar el nombre del laboratorio fabricante.

Laboratorio: Colocar el nombre del laboratorio fabricante o de titular del registro sanitario.

Lote: Registrar las letras y/o números que indica el "lote" en el envase del producto.

Dosis/frecuencia: Indicar la dosis en cantidad y unidades de medida suministrada y los intervalos de administración de medicamento u otro producto farmacéutico (por ejemplo: 20 mg cada 12 horas).

Vía de administración: Describa la vía de administración de medicamento u otro producto farmacéutico (ejemplo: VO, IM, IV).

Fecha inicio y final: Indicar la fecha (día/mes/año) en que inició y finalizó o se suspendió el tratamiento con el medicamento u otro producto farmacéutico. En caso que el tratamiento continúe a momento de la notificación, colocar la palabra "Continúa".

Motivo de prescripción o CIE 10: Describa el motivo o indicación por el cual el medicamento u otro producto farmacéutico fue prescrito o usado en el paciente o su respectivo código CIE 10.

Para conocer el efecto de la suspensión y reexposición: Marcar con una "X" la opción que corresponda.

El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa: Indicar si la reacción adversa requirió tratamiento (farmacológico, quirúrgico, etc.) y de ser positivo, especificar el tratamiento.

En caso de sospecha de problemas de calidad: Completar la información solicitada.

En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio fabricante, número de registro sanitario y número de lote.

D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADOS EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES

Registrar el nombre comercial y genérico (DCI) de los medicamentos u otros productos farmacéuticos prescritos o automedicados utilizados en los 3 últimos meses antes de la aparición de la reacción adversa. Excluir los medicamentos u otros productos farmacéuticos usados para tratar la reacción adversa. En el caso de anomalías congénitas, indicar todos los medicamentos u otros productos farmacéuticos utilizados hasta un mes antes de la gestación. En caso de que el tratamiento continúe al momento de la notificación, colocar la palabra "Continúa".

E. DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombres y apellidos, profesión, teléfono, correo electrónico (de contacto de la persona): Su objetivo es para solicitar información adicional y/o para canalizar una respuesta del caso notificado si es necesario.

Fecha de notificación: Indicar la fecha (día/mes/año) en que se completó el formato.

N° notificación: Este casillero será para uso exclusivo del Centro de Referencia Regional o Institucional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.



Tener en cuenta: Las especificaciones descritas en el presente anexo pueden ser modificadas según lo establece la NTS para la atención de Reacciones Adversas a Medicamentos vigente.

Anexo Nº 27: Reacciones Adversas Descritas por Medicamentos

PARACETAMOL Solución 120 mg/5 ml, Gotas 100 mg/5 ml, Tabletas 500 mg, Supositorio 100-300 mg, Ampollas 500 mg

Sistema de clasificación de órganos	Frecuencia	Término MedDRA
SISTEMA GASTROINTESTINAL	> 10%	Adultos: Náuseas (34%), vómitos (15%) Recién nacidos/as, infantes, niños/as y adolescentes: Náuseas (≥5%), vómitos (≥5%)
SISTEMA CARDIOVASCULAR	1-10%	Adultos: Hipertensión, hipotensión y edema periférico
SISTEMA DÉRMICO		Recién nacidos/as, niños/as y adolescentes: Prurito (5%)
SISTEMA ENDOCRINO Y METABÓLICO		Recién nacidos/as, infantes, niños/as y adolescentes: Hipoalbuminemia, hipokalemia, hipomagnesemia e hipofosfatemia.
SISTEMA GASTROINTESTINAL		Recién nacidos/as, infantes, niños/as y adolescentes: Constipación (≥5%), diarrea y aumento de aspartato aminotransferasa sérica. • Falla Hepática Aguda, hepatotoxicidad y aumento de Alanina Aminotransferasa.
SISTEMA GÉNITOURINARIO		Recién nacidos/as, infantes, niños/as y adolescentes: Oliguria
SISTEMA HEMATOLÓGICO Y ONCOLÓGICO		Anemia
SISTEMA NERVIOSO		Recién nacidos/as, infantes, niños/as y adolescentes: Agitación Adultos: Ansiedad, fatiga, cefalea, insomnio (7%) y trismus
SISTEMA RESPIRATORIO		Recién nacidos/as, infantes, niños/as y adolescentes: atelectasias, efusión pleural, edema pulmonar. Adultos: Ruidos asociados en la respiración, sibilancias, disnea y estridor.
EFFECTOS LOCALES		Dolor en el lugar de punción para administración
SISTEMA INMUNOLÓGICO		Pustulosis exantemática generalizada aguda, Síndrome Steven-Johnson, Necrólisis Tóxica Epidérmica; Anafilaxia



***Usarse con precaución en pacientes con Déficit de Glucosa 6-Fosfato-Deshidrogenasa (G6PD) y aquellos/as con hipovolemia severa (deshidratación o pérdidas sanguíneas)**

LORATADINA Solución 5 mg/5 ml, Tabletas 10 mg

Sistema de clasificación de órganos	Frecuencia	Término MedDRA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	> 10%	Cefalea (adolescentes y adultos: 12%)
SISTEMA CARDIOVASCULAR	1-10%	<2%: Dolor de pecho, enrojecimiento, hipertensión, palpitaciones, Taquicardia supraventricular, síncope, taquicardia
SISTEMA ENDOCRINO Y METABÓLICO		<2%: Disminución de la libido, sangrado menstrual abundante, aumento de sed, aumento de peso.
SISTEMA GASTROINTESTINAL		<2%: Dolor abdominal (niños/as), salivación alterada, anorexia, constipación, disgeusia, dispepsia, flatulencia, gastritis, hipo, aumento de apetito, deposiciones sueltas, náuseas, vómitos. Niños/as (2-3%): diarrea, estomatitis Adolescentes y adultos (3%): xerostomía
SISTEMA GÉNITOURINARIO		<2%: Micción alterada, dismenorrea, impotencia, mastalgia, incontinencia urinaria, retención urinaria, decoloración urinaria, vaginitis
NEUROMUSCULAR Y ESQUELÉTICO		<2%: Artralgia, debilidad, dolor de espalda, calambres, mialgia, tremor. Niños/as (3%): Hiperkinesia muscular
SISTEMA RESPIRATORIO		<2%: Bronquitis, broncoespasmo, tos, sequedad de nariz, disnea, hemoptisis, laringitis, infección del tracto respiratorio alto Niños/as (2-3%): Faringitis, epistaxis, síntomas similares a gripe Niños/as (4%): Estornudos
SISTEMA HEMATOLÓGICO		Enfermedad purpúrica (<2%)
SISTEMA DERMATOLÓGICO		<2%: Dermatitis, diaforesis, cabello seco, prurito, fotosensibilidad, xerodermia Niños/as (2-3%): Rash
OTROS		Infección viral (niños/as, 2-3%), fiebre (<2%), otalgia (niños/as 2-3%) y tinnitus (<2%).

Óxido de Zinc Crema Tópica 10-40%

Sistema de clasificación de órganos	Frecuencia	Término MedDRA
HIPERSENSIBILIDAD	1-10%	Reacción local, irritación



Anexo N° 28



PERÚ Ministerio de Salud

Oficina General de Estadística e Informática

INFORME OPERACIONAL DE ZIKA

Periodo: _____
 DIRESA / RED / M. Red / EE.SS:

I. LOCALIZACION DE CASOS	II. DIAGNOSTICOS DE CASOS
1. Caso probable de Zika <input style="width: 50px;" type="text"/>	1. Muestras procesadas <input style="width: 50px;" type="text"/>
2. Caso confirmado de Zika <input style="width: 50px;" type="text"/>	1.1 Sangre <input style="width: 50px;" type="text"/> #REF!
2.1 Importado <input style="width: 50px;" type="text"/>	1.2 Orina <input style="width: 50px;" type="text"/>
2.2 Autóctono <input style="width: 50px;" type="text"/>	1.3 Semen <input style="width: 50px;" type="text"/>
4. Gestante con virus Zika <input style="width: 50px;" type="text"/>	1.4 LCR <input style="width: 50px;" type="text"/>
4.1 Caso probable <input style="width: 50px;" type="text"/>	2. Examen de Diagnóstico procesados <input style="width: 50px;" type="text"/>
4.2 Caso confirmado <input style="width: 50px;" type="text"/>	2.1 Pruebas serológicas <input style="width: 50px;" type="text"/> #REF!
5. Infección congénita relacionada a Zika <input style="width: 50px;" type="text"/>	2.2 Pruebas moleculares <input style="width: 50px;" type="text"/> #REF!
5.1 Caso probable <input style="width: 50px;" type="text"/>	3. Muestras remitidas al INS <input style="width: 50px;" type="text"/>
5.1 Caso confirmado <input style="width: 50px;" type="text"/>	
6. Síndrome de Guillain Barré asociado a Zika <input style="width: 50px;" type="text"/>	
6.1 Caso probable <input style="width: 50px;" type="text"/>	
6.2 Caso confirmado <input style="width: 50px;" type="text"/>	

III. INDICADORES SEGÚN NTS	NUMERADOR	DENOMINADOR	PORCENTAJE
1. Gestantes con virus Zika con controles prenatales completos / Total de Gestantes	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/> #DIV/0!
2. E.S que brindan consejería en evaluación neurológica en personal de la salud / E.S programados	<input style="width: 50px;" type="text"/> #REF!	<input style="width: 50px;" type="text"/> #REF!	<input style="width: 50px;" type="text"/> #REF!
3. Tasa de Incidencia Acumulada de microcefalía relacionada a Zika en recién nacidos/as	<input style="width: 50px;" type="text"/>	x 100,000 habitantes	
4. Tasa de Incidencia Acumulada de Síndrome de Guillain Barré asociada a Zika	<input style="width: 50px;" type="text"/>	x 100,000 habitantes	
5. Tasa de mortalidad de pacientes con Síndrome de Guillain Barré asociada a Zika	<input style="width: 50px;" type="text"/>	x 100,000 habitantes	
6. E.S que brindan consejería en Zika / E.S programados	<input style="width: 50px;" type="text"/> #REF!	<input style="width: 50px;" type="text"/> #REF!	

Fuente: Sistema de Información de Consulta Externa HIS
 Oficina General de Estadística e Informática - MINSA

Reporte Generado: dd / mm /aaaa



Anexo N° 29: Tratamiento para Gestantes con Diagnóstico de Zika

Molestias	Tratamiento sugerido
Cefalea	Paracetamol. No administrar AINES hasta descartar Dengue
Fiebre	Priorizar medidas físicas De no haber respuesta, administrar paracetamol.
Prurito	Uso de cremas tópicas para tratar el prurito durante la gestación * Óxido de Zinc crema tópica 10-40%. * Tratamiento de primera línea: clorfenamina. Loratadina debe emplearse después del primer trimestre.
Deshidratación ³	Abundantes líquidos para prevenir aumento de pérdidas insensibles (fiebre, diarrea o vómitos)



³ Se ha descrito, sobre todo en casos de coinfección con otras arbovirosis