



GACETA OFICIAL

Edición Digital

AÑO Panamá, R. de Panamá viernes 9 de octubre de 2026 N° 30630 A

CONTENIDO

MINISTERIO DE SALUD

Resolución N° 800
(viernes 02 de octubre 2026)

POR LA CUAL SE APRUEBA EL REGLAMENTO INTERNO DE LA COMISIÓN TÉCNICA INTERSECTORIAL DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL (CTI-SMAPS).

Resolución N° 801
(viernes 02 de octubre 2026)

POR LA CUAL SE APRUEBA LA GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ARBOVIROSIS EN PANAMÁ Y SE DISPONE SU APLICACIÓN OBLIGATORIA EN LAS INSTALACIONES DE SALUD, PÚBLICAS Y PRIVADAS DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ.

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Acuerdo N° 499
(miércoles 02 de septiembre 2026)

QUE MODIFICA EL ACUERDO N°604 DE 18 DE AGOSTO 2025, QUE CREA E IMPLEMENTA CUATRO (4) JUZGADOS, DE CIRCUITO DE INSOLVENCIA, EN EL PRIMER CIRCUITO JUDICIAL, DEL PRIMER DISTRITO JUDICIAL, MODIFICADO POR EL ACUERDO N°880 DE 18 DE DICIEMBRE DE 2025, A FIN DE CREAR E IMPLEMENTAR EL DESPACHO DEL JUEZ ADJUNTO N°2 DE LA JURISDICCIÓN DE INSOLVENCIA DEL PRIMER CIRCUITO JUDICIAL DE PANAMÁ, EN EL PRIMER DISTRITO JUDICIAL.

CONSEJO MUNICIPAL DE DAVID / CHIRIQUÍ

Acuerdo N° 27
(martes 18 de agosto 2026)

POR MEDIO DEL CUAL SE RATIFICA AL TESORERO MUNICIPAL ENCARGADO DEL MUNICIPIO DE DAVID.

Acuerdo N° 30-2026
(martes 01 de septiembre 2026)

POR MEDIO DEL CUAL SE CREA Y ESTABLECE EL MARCO NORMATIVO DEL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD MUNICIPAL DEL DISTRITO DE DAVID Y SE FACULTA AL ALCALDE PARA REGLAMENTAR SU ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.





RESOLUCIÓN No. 800
De 2 de OCTUBRE de 2026

Por la cual se aprueba el Reglamento Interno de la Comisión Técnica Intersectorial de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (CTI-SMAPS)

EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución Política de Panamá, señala que es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

Que por mandato del Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, le corresponde al Ministerio de Salud la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud y, como órgano de la función ejecutiva, tendrá a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del Gobierno en el país.

Que el Decreto No. 75 de 27 de febrero de 1969, indica que, dentro de las funciones generales del Ministerio de Salud, está la de mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud y las relaciones inter e intrainstitucionales, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico-administrativos y los manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento de eficiencia comprobada.

Que ante la necesidad de hacer frente a las constantes amenazas de desastres recurrentes en Centroamérica, los países miembros del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) aprobaron en 2010, la Política Centroamericana de Gestión Integral de Riesgo de Desastres (PCGIR) para dotar a la región de un marco orientador en la gestión integral del riesgo de desastres, entrelazado con la gestión económica, la cohesión social y la gestión ambiental, estableciendo cinco prioridades: 1. Seguridad democrática; 2. Prevención y mitigación de desastres naturales y efectos del cambio climático; 3. Integración social; 4. Integración económica, y 5. Fortalecimiento de la institucionalidad regional.

Que el Decreto Ejecutivo No.1101 del 30 de diciembre de 2010, aprueba la Política Nacional de Gestión Integral de Riesgo de Desastres (PNGIRD), promoviendo la participación de diversos actores, incluyendo el gobierno, la sociedad civil, el sector privado y la comunidad en general en la gestión del riesgo.

Que el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS, insta a los Estados Miembros a asegurar la prestación de servicios de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) en situaciones de emergencia y desastres y a impulsar iniciativas intersectoriales para la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales.

Que el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, tiene como objetivo reducir sustancialmente las pérdidas ocasionadas por los



Resolución No. 800 de 2 de OCTUBRE de 2026
Página No.2

desastres en vidas, medios de subsistencia, salud y bienes económicos, físicos, sociales, culturales y ambientales. En su prioridad 4, destaca la importancia de aumentar la preparación para casos de desastre, a fin de dar una respuesta eficaz y "reconstruir mejor" en la recuperación, rehabilitación y reconstrucción, fortaleciendo los programas para brindar apoyo psicosocial y servicios de salud mental a todas las personas que lo necesiten.

Que el Decreto Ejecutivo No. 393 de 14 de septiembre de 2015, adopta los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que incluyen objetivos e indicadores específicos relacionados con promover la salud mental y el bienestar de todas las personas, así como con fortalecer la resiliencia y la capacidad de adaptación a los riesgos relacionados con el clima y los desastres naturales.

Que la Resolución No. 980 de 18 de agosto de 2016, adopta el Plan Nacional del Ministerio de Salud para la preparación, respuesta y recuperación ante emergencias y desastres, estableciendo los lineamientos para el diseño e implementación del Plan Nacional de Gestión Integral de Riesgo a Desastres en el Sector Salud.

Que la Resolución No. 367 de 7 de octubre de 2022, que aprueba la Norma Técnica Administrativa de Salud Mental en Panamá, proporciona un marco normativo que regula procedimientos técnicos y administrativos de salud mental, señalando específicamente el Subprograma de Emergencias, Desastres e Intervenciones en Salud Mental.

Que la Ley 364 de 6 de febrero de 2023, que desarrolla el derecho humano a la salud mental y garantiza su cobertura nacional, reconoce el derecho humano a la salud mental, como un derecho fundamental de todas las personas y establece la obligación del Estado de garantizar el acceso universal a servicios de salud mental de calidad.

Que la Resolución A/RES/77/300 de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 26 de junio de 2023, insta a los Estados Miembros, las Naciones Unidas y las organizaciones humanitarias a redoblar esfuerzos para prestar y financiar servicios intersectoriales de salud mental y apoyo psicosocial de calidad, adaptados al contexto, con perspectiva de género y de derechos humanos, integrándolos en las evaluaciones de necesidades humanitarias y programas de preparación, respuesta y recuperación para todas las poblaciones afectadas en contextos humanitarios. Asimismo, alienta la colaboración con comités nacionales de emergencia y proveedores de salud mental para incorporar estas necesidades en los planes de preparación y respuesta, asegurando el acceso a servicios seguros y adecuados para todas las personas, incluyendo el personal de salud y humanitario, con especial atención a la financiación, a largo plazo, para construir o reconstruir sistemas de salud mental comunitarios y resilientes post emergencia.

Que el Informe de 2023 de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), establece que la salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS) son esenciales en todas las fases de una emergencia y deben integrarse en todas las actividades de respuesta de emergencia y en los planes nacionales de desastre. La salud mental debe estar representada en todos los grupos técnicos y de trabajo relacionados con



Resolución No. 800 de 2 de OCTUBRE de 2026
Página No.3

emergencias y desastres, incluyendo salud, protección social, educación, derechos humanos, organización comunitaria, recursos humanos, seguridad alimentaria,

agua y saneamiento, a través de una coordinación multisectorial para optimizar recursos y evitar la duplicación de tareas.

Que el Decreto Ejecutivo No. 30 de 5 de diciembre de 2025, crea la Comisión Técnica Intersectorial de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en situaciones de Emergencia y Desastres.

Que el Decreto Ejecutivo No. 17 de 23 de marzo de 2026, aprueba la Política Nacional de Salud, sus Objetivos Estratégicos y Líneas de Acción para el período 2026-2035.

Que, en consecuencia, resulta necesario aprobar formalmente el Reglamento Interno de la Comisión para garantizar seguridad jurídica, claridad operativa y sostenibilidad institucional.

RESUELVE:

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar en todas sus partes el Reglamento Interno de la Comisión Técnica Intersectorial de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (CTI-SMAPS), creada mediante Decreto Ejecutivo No. 30 de 5 de diciembre de 2025.

ARTÍCULO SEGUNDO: La Comisión Técnica Intersectorial de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (CTI-SMAPS), constituye una instancia técnica de coordinación, articulación y asesoría intersectorial para la promoción, fortalecimiento e integración de acciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS), en el marco de la gestión integral del riesgo de desastres.

El presente Reglamento regula la organización y funcionamiento de la Comisión, así como los mecanismos de planificación, coordinación, participación, seguimiento y evaluación necesarios para promover una actuación intersectorial articulada en las fases de preparación, respuesta y recuperación ante emergencias y desastres.

ARTÍCULO TERCERO: La Comisión Técnica Intersectorial de Salud Mental y Apoyo Psicosocial orientará su organización, funcionamiento y acciones conforme a principios institucionales y técnicos, que servirán de marco de referencia para la toma de decisiones, la coordinación intersectorial y la implementación de estrategias de Salud Mental y Apoyo Psicosocial.

1) Principios institucionales:

- a. Legalidad.
- b. Transparencia.
- c. Coordinación interinstitucional.
- d. Participación.



Resolución No. 800 de 2 de OCTUBRE de 2026
Página No.4

- e. No causar daño.
- f. Rendición de cuentas.

2) Principios técnicos:

- a. Derechos humanos y equidad.
- b. Participación de las comunidades y actores locales.
- c. Fortalecimiento de capacidades locales y autocuidado.
- d. Integración de los sistemas de apoyo y servicios.
- e. Enfoque multidimensional y adaptado a diversas necesidades.

CAPÍTULO II PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO

ARTÍCULO CUARTO: La Comisión Técnica Intersectorial de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (CTI-SMAPS), elaborará y aprobará el Plan Estratégico SMAPS cada cinco (5) años, como instrumento rector para la planificación, coordinación y fortalecimiento de las acciones intersectoriales en materia de salud mental y apoyo psicosocial, estableciendo los ejes, objetivos y lineamientos estratégicos para el período correspondiente.

ARTÍCULO QUINTO: Con base en el Plan Estratégico SMAPS vigente, la Comisión aprobará anualmente su Plan de Trabajo Anual (PTA), el cual definirá los productos esperados, actividades, cronograma de ejecución, responsables, mecanismos de seguimiento y demás acciones necesarias para el cumplimiento de los objetivos estratégicos establecidos.

ARTÍCULO SEXTO: La Secretaría Técnica elaborará y presentará anualmente ante la Comisión un Informe de Avance y Gestión, sustentado en evidencia técnica, que documente el grado de cumplimiento del Plan de Trabajo Anual, los avances alcanzados respecto a las metas estratégicas, las principales dificultades identificadas y las recomendaciones pertinentes para fortalecer la implementación de las acciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial, fortaleciendo los procesos de rendición de cuentas y la mejora continua de la gestión.

CAPÍTULO III ESTRUCTURA FUNCIONAL

ARTÍCULO SÉPTIMO: La Comisión Técnica Intersectorial de Salud Mental y Apoyo Psicosocial estará integrada por:

- a) La Secretaría General.
- b) La Secretaría Técnica.
- c) Los Comités Sectoriales de Trabajo.
- d) Los Comités Específicos de Trabajo que se constituyan para el cumplimiento de sus objetivos.

ARTÍCULO OCTAVO: La Secretaría General estará a cargo de la Sección de Salud Mental de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud y tendrá como responsabilidad brindar orientación estratégica y dar seguimiento a las políticas públicas relacionadas con la salud mental, en concordancia con el marco normativo nacional vigente.



Resolución No. 800 de 2 de OCTUBRE de 2026
Página No.5

ARTÍCULO NOVENO: La Secretaría Técnica estará a cargo del Área de Apoyo Psicosocial de la Oficina Integral de Gestión de Riesgos y Desastres en Salud del Ministerio de Salud y será responsable de la coordinación técnica, operativa y administrativa necesaria para el funcionamiento de la Comisión, así como del seguimiento a los acuerdos, planes, actividades y acciones que esta apruebe.

ARTÍCULO DÉCIMO: La Comisión podrá conformar comités o mesas técnicas sectoriales y grupos de trabajo temporales o permanentes para el desarrollo de actividades especializadas en materia de Salud Mental y Apoyo Psicosocial, de conformidad con las necesidades identificadas y los objetivos establecidos en su planificación estratégica.

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO: Los procedimientos operativos complementarios requeridos para el funcionamiento de la Comisión serán desarrollados por la Comisión, de conformidad con el presente Reglamento y aprobados de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

CAPÍTULO IV DE LOS MIEMBROS DE LA COMISIÓN

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO: Cada institución integrante de la Comisión designará un representante principal y un representante suplente, quienes actuarán como enlaces institucionales para la coordinación, seguimiento e implementación de las acciones aprobadas por la Comisión.

ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO: En caso de sustitución de alguno de sus representantes, la institución correspondiente deberá comunicarlo formalmente y por escrito a la Secretaría Técnica, indicando los datos de contacto del nuevo representante designado.

ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO: Los Comisionados actuarán como enlaces entre la CTI-SMAPS y las instituciones que representan, promoviendo la coordinación, comunicación y participación institucional necesarias para el cumplimiento de los objetivos de la CTI-SMAPS.

CAPÍTULO V REUNIONES Y TOMA DE DECISIONES

ARTÍCULO DÉCIMO QUINTO: La Comisión celebrará reuniones ordinarias el último jueves de cada mes, de conformidad con el calendario anual aprobado por sus miembros.

ARTÍCULO DÉCIMO SEXTO: La Comisión podrá celebrar reuniones extraordinarias cuando las circunstancias lo requieran, por convocatoria de la Secretaría General, de la Secretaría Técnica o a solicitud de la mayoría de sus miembros.

ARTÍCULO DÉCIMO SÉPTIMO: Las reuniones podrán realizarse de manera presencial, virtual o híbrida, garantizando la participación efectiva de sus integrantes y el cumplimiento de los objetivos de cada sesión.



Resolución No. 800 de 2 de OCTUBRE de 2026
Página No.6

ARTÍCULO DÉCIMO OCTAVO: La Secretaría Técnica realizará las convocatorias correspondientes, indicando la fecha, hora, modalidad, agenda y demás aspectos necesarios para el desarrollo de la reunión.

ARTÍCULO DÉCIMO NOVENO: La aprobación de documentos, acuerdos, recomendaciones, planes y demás decisiones formales de la CTI-SMAPS requerirá la participación de la mitad más uno (50% + 1) de las instituciones integrantes.

ARTÍCULO VIGÉSIMO: La CTI-SMAPS procurará adoptar sus decisiones mediante consenso. Cuando ello no sea posible, las decisiones serán aprobadas por mayoría simple de las instituciones participantes con derecho a voto.

ARTÍCULO VIGÉSIMO PRIMERO: La Secretaría Técnica elaborará las actas de las reuniones y mantendrá el registro oficial de los acuerdos, recomendaciones y compromisos adoptados por la Comisión.

CAPÍTULO VI GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

ARTÍCULO VIGÉSIMO SEGUNDO: La Secretaría Técnica será responsable de organizar, custodiar y mantener actualizada la documentación generada por la Comisión, incluyendo actas, informes, planes, acuerdos, registros y demás documentos relacionados con su funcionamiento.

ARTÍCULO VIGÉSIMO TERCERO: Los comisionados deberán resguardar la confidencialidad de la información que, por su naturaleza, sea considerada sensible o de acceso restringido, observando las disposiciones legales vigentes en materia de transparencia, acceso a la información pública y protección de datos personales.

CAPÍTULO VII MONITOREO Y EVALUACIÓN

ARTÍCULO VIGÉSIMO CUARTO: La CTI SMAPS dará seguimiento al cumplimiento de su Plan Estratégico, Plan de Trabajo Anual y acuerdos adoptados, mediante mecanismos de monitoreo y evaluación que permitan identificar avances, desafíos, oportunidades de mejora y prioridades de acción.

ARTÍCULO VIGÉSIMO QUINTO: Los resultados del seguimiento y evaluación serán utilizados para fortalecer la toma de decisiones, la coordinación intersectorial, el desarrollo de capacidades y la mejora continua de las acciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial impulsadas por la Comisión.

CAPÍTULO VIII DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO VIGÉSIMO SEXTO: Las modificaciones al presente Reglamento podrán ser propuestas por cualquiera de los miembros de la Comisión. Las propuestas deberán ser analizadas por la Comisión y aprobadas conforme al mecanismo de toma de decisiones establecido en este Reglamento.



Resolución No. 800 de 2 de OCTUBRE de 2026
Página No.7

ARTÍCULO VIGÉSIMO SÉPTIMO: El presente Reglamento entrará en vigor a partir de su promulgación.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá; Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Ley 364 de 6 de febrero de 2023; Decreto de Gabinete No. 1 de 15 de enero de 1969; Decreto No. 75 de 27 de febrero de 1969; Decreto Ejecutivo No. 1101 de 30 de diciembre de 2010, Decreto Ejecutivo No.393 de 14 de septiembre de 2015, Decreto Ejecutivo No. 30 de 5 de diciembre de 2025; y Decreto Ejecutivo No. 17 de 23 de marzo de 2026 y Resolución No. 367 de 7 de octubre de 2022.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.



FERNANDO BOYD GALINDO
Ministro de Salud



REPUBLICA DE PANAMA
DESPACHO DEL MINISTRO
salud
MINISTERIO DE SALUD
PANAMA



MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE ASESORIA LEGAL

FIEL COPIA DE SU ORIGINAL



DIRECTOR DE LA OFICINA DE
ASESORIA LEGAL
MINISTERIO DE SALUD





RESOLUCIÓN No. 801
De 2 de OCTUBRE de 2026

Por la cual se aprueba la Guía de Atención Integral de las Arbovirosis en Panamá y se dispone su aplicación obligatoria en las instalaciones de salud, públicas y privadas de la República de Panamá.

EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá, establece que es función esencial del Estado velar por la salud de la población y que el individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud, así como la obligación de conservarla;

Que la Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, por la cual se aprueba el Código Sanitario de la República de Panamá, otorga a la autoridad sanitaria atribuciones rectoras, normativas, reguladoras, de inspección y control, facultando al Ministerio de Salud para adoptar las medidas sanitarias pertinentes dirigidas a la prevención y control de enfermedades transmisibles y eventos que pongan en riesgo la salud colectiva;

Que el Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, crea el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud que corresponden al Estado, correspondiéndole la conducción de la política nacional de salud en el país;

Que el Decreto Ejecutivo No. 75 de 27 de febrero de 1969, que aprueba el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud, establece la competencia institucional de elaborar, actualizar y oficializar las normas técnicas, reglamentos y guías operativas que rigen la atención sanitaria y la gestión de los programas de salud pública a nivel nacional;

Que la Ley 33 de 13 de noviembre de 1997, por la cual se fijan normas para controlar los vectores transmisores del dengue, lo declara un problema de salud pública y fija acciones permanentes de control vectorial y eliminación de criaderos, reglamentada mediante el Decreto Ejecutivo No. 384 de 16 de noviembre de 2001;

Que el Decreto Ejecutivo No. 1617 de 21 de octubre de 2014, categoriza los eventos de salud pública de notificación e investigación obligatoria y fija los procedimientos de vigilancia epidemiológica y de laboratorio, constituyendo el marco normativo para la detección e intervención oportuna de arbovirosis y otros eventos de interés sanitario;

Que mediante el Decreto Ejecutivo No. 180 de 8 de junio de 2018, modificado por el Decreto Ejecutivo No. 526 de 9 de abril de 2020, se creó la Comisión Nacional Intersectorial e Interinstitucional de la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) para la prevención y control de enfermedades transmitidas por Aedes y otros vectores;

Que, en atención a la dinamicidad epidemiológica, como la evidenciada en la Resolución No. 1580 de 25 de julio de 2024, que declaró alertas sanitarias regionales por dengue, resulta indispensable actualizar de forma continua los mecanismos técnicos y clínicos del país frente a las amenazas transmitidas por vectores;

Que la circulación de arbovirus como el dengue, chikunguña, zika y la emergencia de otros agentes biológicos como el virus Oropouche, imponen el desafío clínico de



Resolución No. 801 de 2 de OCTUBRE de 2026
Página No.2

diferenciar sus manifestaciones iniciales para diagnosticar oportunamente, identificar signos de alarma y evitar complicaciones graves o defunciones;

Que la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), proveen pautas técnicas que sirven de marco de referencia para la estandarización del abordaje clínico, la vigilancia epidemiológica y el control operacional adaptados al contexto nacional;

Que la Guía de Atención Integral de las Arbovirosis en Panamá", consolida de manera científica e integral las pautas para la evaluación, clasificación, diagnóstico, tratamiento, flujo de referencia, vigilancia, control vectorial y organización de los servicios sanitarios;

Que, en ejercicio de la rectoría de la salud pública nacional, corresponde al Ministerio de Salud, dictar el acto administrativo que oficialice dicho instrumento para su estricta observación en el territorio nacional.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar la **Guía de Atención Integral de las Arbovirosis en Panamá**, que se reproduce en el Anexo I y que forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: Declarar de **observación y aplicación obligatoria** las disposiciones contenidas en la presente Guía para todo el personal de salud que labore en todas las instalaciones de salud, públicas y privadas, de la República de Panamá.

ARTÍCULO TERCERO: Instruir a las Direcciones Regionales de Salud del Ministerio de Salud y a las Direcciones Médicas de la Caja de Seguro Social, para que velen por la inmediata socialización, capacitación del personal y adopción operativa de la Guía aprobada.

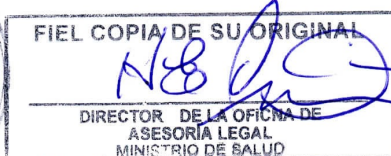
ARTÍCULO CUARTO: Corresponderá a la Dirección General de Salud Pública, en coordinación con la Dirección Nacional de Docencia e Investigación y las unidades técnicas competentes, vigilar la implementación de esta norma y realizar su revisión periódica con base en la evidencia científica emergente y el perfil epidemiológico del país.

ARTÍCULO QUINTO: La presente Resolución entrará a regir a partir de su promulgación.

FUNDAMENTO LEGAL: Constitución Política de la República de Panamá; Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, Ley 33 de 13 de noviembre de 1997 y Ley 38 de 31 de julio de 2000; Decreto Ejecutivo No.75 de 27 de febrero de 1969, Decreto Ejecutivo No. 384 de 16 de noviembre de 2001, Decreto Ejecutivo No.1617 de 21 de octubre de 2014 y Decreto Ejecutivo No. 180 de 8 de junio de 2018.

COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

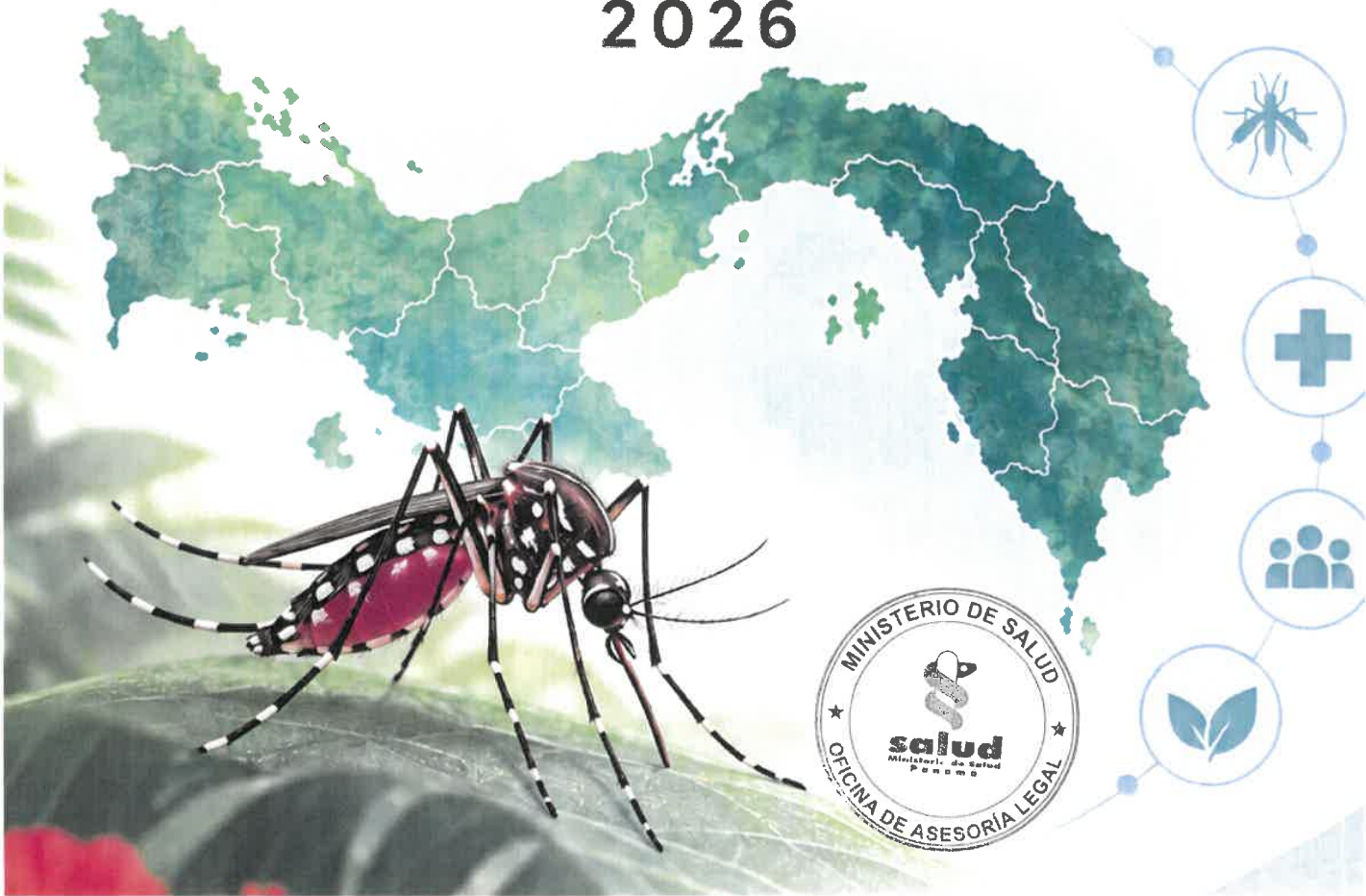
FERNANDO BOYD GALINDO
Ministro de Salud





GUÍA DE ARBOVIROSIS

— EN PANAMÁ —
2026



Autoridades

Ministerio de Salud

Dr. Fernando Boyd Galindo
Ministro de Salud

Dr. Manuel Zambrano Chang
Viceministro de Salud

Lic. Julio Arosemena Ruiz
Secretario General

Dra. Yelkys Gill Mojica
Directora General de Salud Pública

Dr. Pedro Contreras Sáenz
Subdirector General de Salud de la Población

Caja del Seguro Social

Mgtr. Dino Mon
Director General

Dr. Marcos Young
Director Ejecutivo Nacional de Servicios y Prestaciones de Salud

Dra. Marlyn Cedeño
Directora de Servicios de Salud



Comisión Técnica

Ministerio de Salud

Dr. Israel H. Cedeño
Jefe del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población.

Dra. Jisela A. Ibarra
Jefa de la Sección de Salud de Adulto

Dra. Muriel May Rodríguez Delegado
Técnica de la Sección de Salud de Adulto

Lic. Irma Natis
Técnica de la Sección de Salud de Adulto

Dra. Geneva González
Jefa de la Sección de Salud de Sexual y Reproductiva

Dra. Kimberly González
Técnica de la Sección de Salud de Sexual y Reproductiva

Dr. Edgardo Ureña
Jefe de la Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Dr. Ernesto González
Técnico de la Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Dr. Francisco Lara
Técnico de la Sección de Salud de Adulto Mayor

Dra. Carmen Pérez González
Jefa del Departamento de Control de Vectores



Dra. Lisbeth Cerezo
Técnica del Departamento de Epidemiología

Dra. Lilibeth Chang
Jefa del Departamento de Modelo de Gestión
Provisión de Servicio

Dr. Humberto Vanegas
Técnico del Departamento de Modelo de Gestión
Provisión de Servicio

Mgter. Eric Conte
Jefe de la Dirección de Medicamentos e Insumos para la Salud

Licdo. Samuel Escudero
Dirección de Promoción de la Salud – Sección de Comunicación para la Salud

Licdo. David Cortes
Jefe del Departamento de Regulación de Laboratorio Clínico

Licdo. Maickoll Moreno
Técnico del Departamento de Regulación de Laboratorio Clínico

Caja del Seguro Social

Dr. Hiram Martin
Subdirector Nacional de Atención Primaria en Salud

Dra. Angela Tulipano
Jefa Nacional del Programa de Salud de Adulto y Clínicas de Diabetes



Comisión Validadora

Dr. Osvaldo Castro Peraza
Consultor de OPS – Msc Infectología y Enfermedades Tropicales

Dra. Mónica Pachar
Infectología - Enfermedades Tropicales / Servicio de Infectología
Hospital Santo Tomas e Instituto Oncológico

Dr. Alfredo Matos
Jefe de UCI de Cirugía – Complejo CSS
Asesor en Sepsis y Shock Séptico de OPS

Sociedad Panameña de Infectología



Índice

Contenido

Autoridades	2
Comisión Técnica	3
Comisión Validadora	5
Índice	6
Palabras por su Excelencia Ministro de Salud	9
Glosario de Términos	11
Agradecimiento	13
Introducción	14
Justificación	16
Objetivo	17
Objetivo General:.....	17
Objetivo Específico:.....	17
Metodología.....	18
Revisión de literatura científica	18
Revisión de guía y documentos técnicos de referencia	18
Consulta y validación por panel de expertos	19
Generalidades	19
I. Dengue.....	21
1.1 Manifestaciones Clínicas	21
1.2 Fases de la Enfermedad	22



1.3

Definiciones de Casos

23

1.3.1

Caso Sospechoso:

23

1.3.2

Caso Confirmado:

23

1.4

Conducta clínica ante paciente con sospecha de dengue

24

II.

Chikungunya

35

2.1

Manifestaciones Clínicas

35

2.2

Fases de la Enfermedad

36

2.3

Clasificación Clínica (Según OPS/OMS)

36

2.4

Definiciones de Casos

37

2.4.1

Caso sospechoso:

37

2.4.2

Caso confirmado:

37

2.6

Conducta clínica ante paciente con sospecha de Chinkunguya

38

III.

Zika

41

3.1

Manifestaciones Clínicas

41

3.2

Manejo Clínico

42

3.3

Definición de Caso

42

3.3.1

Caso sospecho:

42

3.3.2

Caso confirmado:

43

Tratamiento

45

IV.

Oropouche

48

4.1

Manifestaciones Clínicas

48

4.2

Definición de Caso

50

4.2.1

Caso sospecho:

50

4.2.2

Caso confirmado:

51



V.	Diagnósticos diferenciales de las Arbovirosis	56
5.1	Diagnósticos diferenciales según manifestaciones clínicas del Zika, Dengue, Chinkunguya y Oropouche. (Tabla 1).....	56
5.2	Características clínicas útiles para el diagnóstico diferencial del Zika, Dengue, Chikungunya y Oropouche (Tabla 2).....	57
5.3	Abordaje clínico inicial de pacientes con sospecha de Arbovirosis (Tabla 3).....	59
5.4	Manifestaciones Clínicas que diferencias las arbovirosis (Tabla 4)	61
VI.	Poblaciones especiales: Embarazadas y Recién Nacidos	64
6.1	Embarazadas.....	64
6.2	Recién Nacidos.....	65
VII.	Notificación Obligatoria y Vigilancia Epidemiológica	68
VIII.	Medidas de Prevención y Promoción de la Salud	71
8.1	Promoción de la Salud y Componentes de Participación Social, Educación para la Salud y Comunicación para la Salud.....	71
IX.	Organización de los servicios de salud ante el aumento de casos y en situaciones de epidemia	79
9.1	Atención primaria y secundaria	79
X.	Otras Arbovirosis de impacto en Salud Pública.....	83
XI.	Anexos.....	103
	Referencias Bibliográficas	103



Palabras por su Excelencia Ministro de Salud

Las arbovirosis constituyen un desafío permanente para la salud pública por su capacidad de producir brotes y epidemias, generar una elevada demanda de atención en los servicios de salud y ocasionar complicaciones graves y muertes evitables. En Panamá, el dengue continúa representando la arbovirosis de mayor impacto; a este escenario se suman la circulación de chikungunya y zika, así como la emergencia y reemergencia de otras enfermedades transmitidas por vectores, entre ellas la fiebre de Oropouche.

Frente a esta realidad, el Ministerio de Salud, en ejercicio de su función rectora, continúa fortaleciendo las acciones de vigilancia, prevención, diagnóstico y atención integral de estas enfermedades, promoviendo intervenciones oportunas, articuladas y sustentadas en la mejor evidencia científica disponible.

La Guía de Arbovirosis en Panamá constituye un instrumento técnico dirigido a estandarizar el **abordaje del dengue, chikungunya, zika y fiebre de Oropouche** en el Sistema Público de Salud. Su contenido orienta al personal sanitario en la identificación clínica, el diagnóstico diferencial, la clasificación de los casos, el tratamiento, el seguimiento, la referencia oportuna y la atención de las personas con riesgo de desarrollar complicaciones.

Uno de los principales retos que plantean estas enfermedades es la similitud de sus manifestaciones clínicas durante las etapas iniciales. Por ello, esta guía fortalece la capacidad de los equipos de salud para reconocer oportunamente los signos de alarma y gravedad, establecer una adecuada conducta clínica y garantizar que cada persona reciba la atención que requiere de acuerdo con su condición y nivel de riesgo.

El documento incorpora, además, orientaciones para el diagnóstico de laboratorio, la vigilancia epidemiológica, la atención de poblaciones especiales, la prevención y el control de vectores, la promoción de la salud y la organización de los servicios ante el incremento de casos, brotes o situaciones epidémicas. De esta manera, se promueve una respuesta integrada que articula la atención clínica con los demás componentes esenciales de la salud pública.



Su elaboración ha considerado la revisión de la evidencia científica y las recomendaciones emitidas por organismos internacionales, particularmente la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, adaptándolas al contexto epidemiológico, organizacional y asistencial de Panamá.

La implementación de esta guía representa un paso importante para fortalecer la capacidad resolutiva de los servicios de salud, particularmente del primer nivel de atención y de los servicios de urgencias, mejorar la coordinación entre los equipos clínicos, de epidemiología, laboratorio y control de vectores, y favorecer una atención homogénea, segura y oportuna en todo el territorio nacional.

Expresamos, con paso firme, nuestro reconocimiento a los profesionales de la salud, equipos técnicos, instituciones y especialistas que participaron en la elaboración y revisión de este documento. Su experiencia, conocimiento y compromiso han hecho posible disponer de una herramienta que contribuirá a fortalecer la práctica clínica y la capacidad de respuesta de nuestro sistema sanitario frente a las arbovirosis.

Confiamos en que esta guía se constituirá en un referente técnico para los profesionales de la salud y contribuirá a fortalecer la prevención, la detección temprana, el manejo adecuado y la reducción de las complicaciones asociadas a estas enfermedades, mediante acciones coordinadas y sostenibles que nos permitan avanzar hacia un Panamá con salud y bienestar para todos.

Fernando Boyd Galindo
Ministro de Salud



Glosario de Términos

1. **Arbovirus:** Virus transmitido biológicamente por artrópodos hematófagos como mosquitos, jejenes o garrapatas.
2. **Arbovirosis:** Conjunto de enfermedades producidas por arbovirus y transmitidas por vectores artrópodos.
3. **Artralgia:** Dolor localizado en una o varias articulaciones.
4. **Artritis:** Inflamación de una o varias articulaciones, generalmente acompañada de dolor, edema y limitación funcional.
5. **Astenia:** Sensación generalizada de debilidad o falta de energía.
6. **Choque (shock):** Estado de insuficiencia circulatoria aguda que ocasiona disminución de la perfusión tisular y puede comprometer la vida del paciente.
7. **Dengue grave:** Forma clínica de dengue caracterizada por choque, hemorragia severa o daño grave de órganos.
8. **Disautonomía:** Alteración del funcionamiento del sistema nervioso autónomo que puede producir cambios en la presión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración o función gastrointestinal.
9. **Exantema:** Erupción cutánea generalizada que aparece durante diversas enfermedades infecciosas.
10. **Extravasación plasmática:** Salida de plasma desde los vasos sanguíneos hacia los tejidos, característica de las formas graves de dengue.
11. **Fase crítica:** Periodo de la enfermedad, principalmente en dengue, en el que aumenta el riesgo de complicaciones graves.
12. **Hepatomegalia:** Aumento anormal del tamaño del hígado.



13. **Leucopenia:** Disminución del número de leucocitos en sangre periférica.
14. **Linfopenia:** Disminución del número de linfocitos circulantes.
15. **Meningoencefalitis:** Inflamación simultánea de las meninges y del tejido cerebral.
16. **Mialgia:** Dolor muscular.
17. **RT-PCR:** Método molecular utilizado para detectar material genético viral mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa.
18. **Signos de alarma:** Manifestaciones clínicas que indican riesgo de progresión hacia formas graves de enfermedad y requieren vigilancia estrecha o tratamiento especializado.
19. **Síndrome de Guillain-Barré:** Trastorno neurológico autoinmune caracterizado por debilidad muscular progresiva y alteraciones motoras.
20. **Trombocitopenia:** Disminución del número de plaquetas circulantes en sangre.
21. **Vigilancia epidemiológica:** Proceso sistemático de recopilación, análisis e interpretación de información relacionada con eventos de salud para orientar la toma de decisiones.



Agradecimiento

El Ministerio de Salud expresa su más sincero reconocimiento y gratitud a todas las personas e instituciones que, con compromiso, dedicación y vocación de servicio, contribuyeron a la elaboración de la presente **Guía de Arbovirosis en Panamá, 2026**.

Este documento es el resultado del esfuerzo conjunto de profesionales de la salud de diversas disciplinas, quienes aportaron sus conocimientos científicos, experiencia técnica y valiosas recomendaciones para consolidar una herramienta orientada a fortalecer la atención integral de las personas afectadas por Dengue, Chikungunya, Zika y fiebre de Oropouche.

Se reconoce especialmente la participación de los equipos técnicos nacionales, regionales y locales, así como de los profesionales de los servicios de salud, epidemiología, laboratorio, promoción de la salud y saneamiento ambiental, cuyo trabajo permanente en la prevención, vigilancia, diagnóstico y atención de estas enfermedades ha permitido enriquecer el contenido y la pertinencia de esta guía.

Un agradecimiento particular merece el personal médico, de enfermería y demás profesionales de la salud que, desde los distintos niveles de atención, enfrentan diariamente los desafíos que representan las arbovirosis, demostrando un firme compromiso con la protección de la salud y el bienestar de la población panameña.

Asimismo, se reconoce la valiosa contribución de las Direcciones Regionales de Salud y de sus equipos, cuyo apoyo en la revisión técnica, análisis de necesidades y fortalecimiento de los procesos de elaboración ha sido fundamental para asegurar que este instrumento responda a las realidades y requerimientos del país.

La elaboración de esta guía refleja el compromiso institucional de fortalecer las capacidades del sistema nacional de salud mediante herramientas basadas en la evidencia científica, orientadas a mejorar la calidad de la atención, promover la detección temprana de casos, reducir las complicaciones y contribuir a la prevención de la mortalidad asociada a las arbovirosis.

A todas las personas que hicieron posible este esfuerzo colectivo, nuestro más profundo agradecimiento. Su dedicación y aporte constituyen un valioso legado para el fortalecimiento de la salud pública y para la protección de las generaciones presentes y futuras de nuestro país.



Introducción

Las arbovirosis constituyen uno de los principales desafíos para la salud pública en la Región de las Américas debido a su amplia distribución geográfica, su potencial epidémico y el impacto que generan sobre la morbilidad, la mortalidad y la capacidad de respuesta de los servicios de salud. Estas enfermedades, transmitidas principalmente por vectores artrópodos, han experimentado un incremento sostenido en las últimas décadas como consecuencia de diversos factores, entre ellos la urbanización acelerada, la movilidad poblacional, los cambios ambientales y climáticos, así como la expansión de los vectores hacia nuevas áreas geográficas.

En Panamá, las arbovirosis representan un problema de salud pública prioritario debido a las condiciones ecológicas y epidemiológicas que favorecen la circulación de agentes virales transmitidos por mosquitos. Entre estas enfermedades destacan el dengue, el Chikungunya, el zika y, más recientemente, la fiebre de Oropouche, las cuales comparten características clínicas iniciales similares que pueden dificultar su diferenciación diagnóstica durante la fase aguda de la enfermedad. No obstante, cada una presenta particularidades en su evolución clínica, complicaciones potenciales y abordaje terapéutico, aspectos que requieren ser reconocidos oportunamente por el personal sanitario para garantizar una atención segura, efectiva y basada en evidencia científica.

Esta guía integra, por primera vez en Panamá, las directrices para el diagnóstico clínico, la evaluación del riesgo, el manejo terapéutico y el seguimiento de las cuatro arbovirosis de mayor relevancia epidemiológica en la Región de las Américas: dengue, chikungunya, zika y fiebre de Oropouche. Su elaboración responde a la necesidad de disponer de un instrumento técnico unificado que fortalezca la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud frente a estas enfermedades emergentes y reemergentes, promoviendo criterios estandarizados para la atención de los pacientes en todos los niveles de complejidad del sistema sanitario.

El personal médico, de enfermería y otros profesionales de la salud encontrarán en este documento una herramienta práctica para responder de manera clara y sencilla a los principales interrogantes relacionados con la sospecha diagnóstica, la clasificación clínica, la identificación temprana de signos de alarma, el tratamiento oportuno y el seguimiento adecuado de los casos. El propósito fundamental es contribuir a la reducción de las complicaciones, prevenir la progresión hacia formas graves de enfermedad y disminuir el riesgo de mortalidad asociada a estas infecciones.



Asimismo, la guía enfatiza la importancia de un enfoque integral e intersectorial para el control de las arbovirosis. La atención clínica de calidad constituye un componente esencial, pero su efectividad depende de su articulación con otras intervenciones de salud pública igualmente relevantes, tales como la vigilancia epidemiológica oportuna, la confirmación diagnóstica mediante laboratorio, la vigilancia entomológica, el control integrado de vectores, la gestión ambiental, la participación comunitaria y las estrategias de comunicación de riesgos dirigidas a la población. La coordinación efectiva entre estos componentes permite detectar tempranamente los brotes, orientar las acciones de prevención y control, y fortalecer la capacidad institucional para responder a eventos epidemiológicos de importancia nacional e internacional.

De igual manera, este documento promueve la aplicación de buenas prácticas clínicas fundamentadas en la mejor evidencia científica disponible, incorporando las recomendaciones técnicas vigentes de organismos internacionales y las experiencias acumuladas en la región. Su implementación contribuirá a mejorar la calidad de la atención, optimizar el uso de los recursos disponibles y fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios de salud, favoreciendo una respuesta homogénea y coordinada ante las arbovirosis.

Finalmente, esta guía representa un esfuerzo institucional para fortalecer la preparación y respuesta del sistema de salud frente a los desafíos actuales y futuros asociados a las enfermedades transmitidas por vectores. Su aplicación sistemática contribuirá a proteger la salud y el bienestar de la población, promoviendo una atención oportuna, segura, integral y centrada en las necesidades de las personas y comunidades afectadas.



Justificación

Las arbovirosis constituyen un importante desafío para los servicios de salud debido a su capacidad de generar una elevada demanda de atención médica, producir complicaciones potencialmente graves y requerir una identificación temprana para garantizar un manejo clínico oportuno. Entre ellas, el dengue, el chikungunya, el zika y la fiebre de Oropouche representan enfermedades virales transmitidas por artrópodos de relevancia para la salud pública.

En Panamá, el dengue continúa siendo la arbovirosis de mayor impacto epidemiológico, registrando el mayor número de casos y una importante presión sobre los servicios de salud. Asimismo, el chikungunya y el zika mantienen circulación en el territorio nacional, mientras que la fiebre de Oropouche ha emergido nuevamente como un desafío sanitario tras la identificación de brotes en el país desde noviembre de 2024.

El cuadro clínico inicial de estas enfermedades presenta manifestaciones comunes que pueden dificultar su diferenciación durante las etapas tempranas de la infección, constituyendo un reto para el diagnóstico oportuno, la clasificación adecuada de los pacientes y la toma de decisiones clínicas. La ausencia de un abordaje estandarizado puede incrementar el riesgo de progresión hacia formas graves de enfermedad, complicaciones y muerte, particularmente en los grupos más vulnerables.

Considerando la circulación simultánea de múltiples arbovirus en el territorio nacional y la incorporación de nuevos escenarios epidemiológicos para el sistema de salud, resulta necesario disponer de un instrumento técnico que unifique y estandarice los criterios de diagnóstico, manejo clínico y seguimiento de los pacientes en todos los niveles de atención. La armonización de las prácticas clínicas contribuye a mejorar la calidad de la atención, fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios de salud y optimizar la toma de decisiones por parte del personal sanitario.

La presente guía responde a esta necesidad institucional mediante la integración de recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible para el abordaje del dengue, chikungunya, zika y fiebre de Oropouche. Asimismo, promueve la articulación de las acciones clínicas con los componentes de vigilancia epidemiológica, diagnóstico laboratorial, prevención y control, favoreciendo el trabajo intersectorial e interinstitucional necesario para una respuesta integral frente a las arbovirosis en Panamá.



Objetivo

Objetivo General: Estandarizar los criterios para el diagnóstico clínico, la evaluación del riesgo, el manejo integral y el seguimiento de los pacientes con dengue, chikungunya, zika y fiebre de Oropouche en los diferentes niveles de atención del sistema nacional de salud, mediante la implementación de recomendaciones técnicas basadas en evidencia científica, con el propósito de contribuir a la detección oportuna de los casos, la prevención de complicaciones y la reducción de la mortalidad asociada a estas arbovirosis.

Objetivo Específico:

- Establecer criterios estandarizados para la identificación, evaluación clínica y diagnóstico diferencial de los pacientes con sospecha de dengue, chikungunya, zika y fiebre de oropouche.
- Orientar la clasificación clínica, la estratificación del riesgo y la toma de decisiones para el manejo ambulatorio, la observación, la hospitalización o la referencia de los pacientes según su condición clínica.
- Definir las recomendaciones para el tratamiento, monitoreo y seguimiento de los casos, con énfasis en la identificación temprana de signos de alarma y la prevención de complicaciones graves.
- Fortalecer la utilización de criterios clínicos, epidemiológicos y laboratoriales para la confirmación diagnóstica y la vigilancia de las arbovirosis de importancia en salud pública.
- Promover la aplicación homogénea de las buenas prácticas de atención en todos los niveles del sistema nacional de salud, favoreciendo la calidad, continuidad y equidad en la atención de los pacientes.
- Favorecer la articulación de las acciones clínicas con la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico de laboratorio, la promoción de la salud, la prevención y el control de las arbovirosis.
- Elaborar la primera guía unificada para dengue, zika, chikungunya y oropouche con el fin de estandarizar la atención en todo el sistema de salud panameño.



Metodología

La presente guía fue elaborada mediante un proceso sistemático de revisión y análisis de evidencia científica, orientado a garantizar la pertinencia, validez técnica y aplicabilidad de las recomendaciones en el contexto del sistema nacional de salud de Panamá. Su desarrollo se sustentó en tres componentes metodológicos principales: revisión de literatura científica, análisis de guías y documentos técnicos de referencia, y consulta con expertos nacionales.

Revisión de literatura científica

Se realizó una revisión de la literatura científica disponible sobre dengue, chikungunya, zika y fiebre de oropouche, incluyendo publicaciones científicas, revisiones sistemáticas, estudios observacionales, documentos técnicos y otros recursos relevantes relacionados con la epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento, vigilancia y prevención de estas enfermedades. La información recopilada permitió identificar la evidencia más actual y pertinente para sustentar las recomendaciones incluidas en la guía.

Revisión de guía y documentos técnicos de referencia

Se analizaron las recomendaciones contenidas en las guías, lineamientos y documentos técnicos desarrollados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras instituciones reconocidas en el ámbito de las enfermedades transmitidas por vectores. Asimismo, se revisaron normativas, protocolos y documentos nacionales vigentes relacionados con la vigilancia, el diagnóstico y el manejo clínico de las arbovirosis, con el propósito de armonizar las recomendaciones internacionales con el contexto epidemiológico, organizacional y operativo de Panamá.



Consulta y validación por panel de expertos

Las propuestas de contenido y las recomendaciones técnicas fueron sometidas a revisión y discusión por un panel multidisciplinario de expertos integrado por profesionales de las áreas de clínica, epidemiología, infectología, pediatría, ginecoobstetricia, laboratorio, salud pública, entomología y gestión sanitaria. Este proceso permitió evaluar la pertinencia, factibilidad y consistencia técnica de las recomendaciones, incorporando la experiencia nacional acumulada en la prevención, vigilancia y atención de las arbovirosis.

Como resultado de este proceso metodológico, se consolidó un documento técnico orientado a estandarizar la atención integral de los pacientes con dengue, chikungunya, zika y fiebre de oropouche, facilitando la toma de decisiones clínicas y fortaleciendo la respuesta del sistema nacional de salud frente a estas enfermedades.

Generalidades

Las arbovirosis son enfermedades causadas por virus transmitidos principalmente por artrópodos hematófagos, tales como mosquitos y jejenes. Constituyen un importante problema de salud pública debido a su potencial epidémico, amplia distribución geográfica y capacidad para producir manifestaciones clínicas que van desde cuadros leves hasta formas graves con riesgo de complicaciones y muerte.

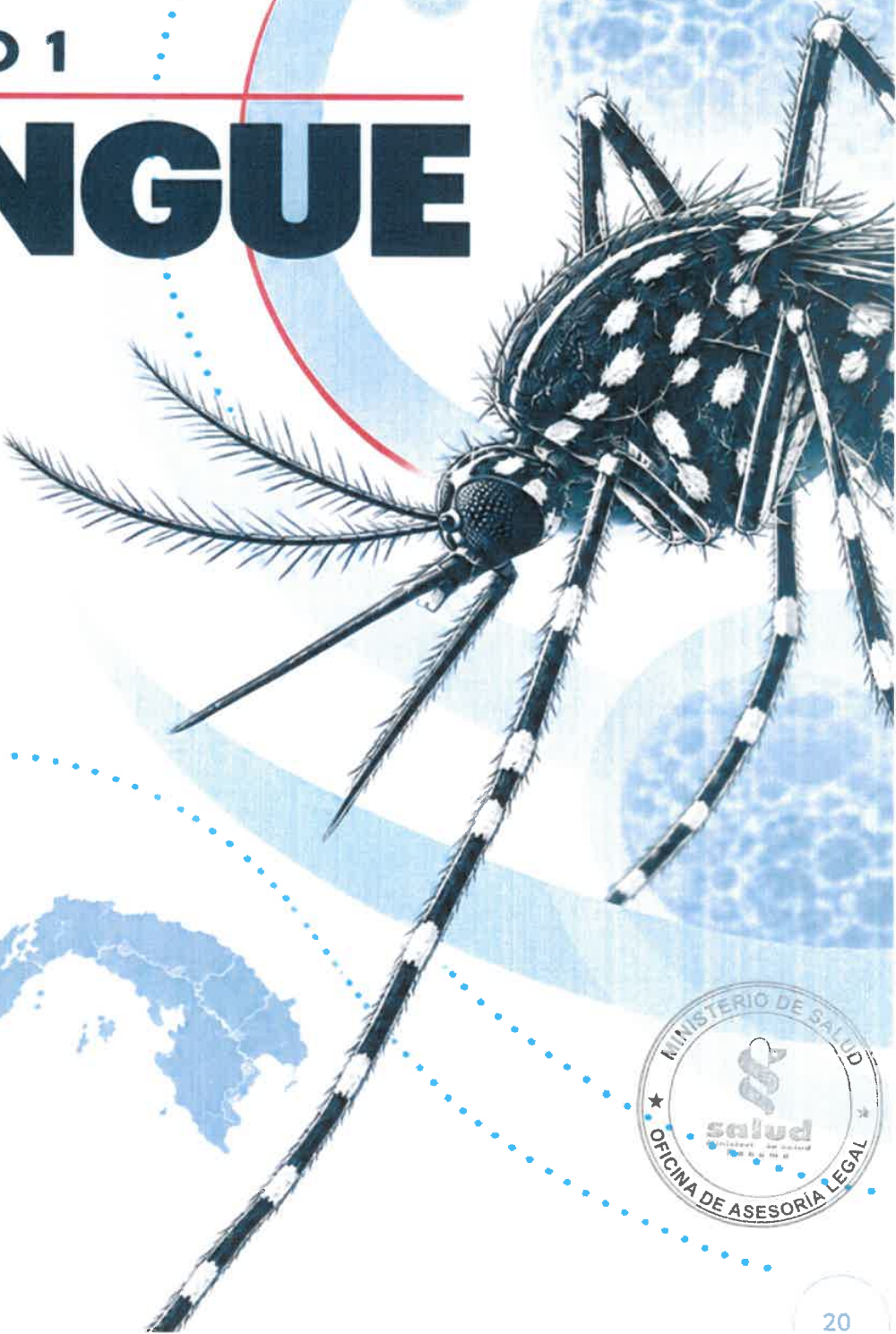
En Panamá, las arbovirosis de mayor relevancia epidemiológica son el dengue, el chikungunya, el zika y la fiebre de oropouche, las cuales presentan características clínicas y epidemiológicas particulares que requieren un abordaje diagnóstico y terapéutico diferenciado.

Aunque estas enfermedades comparten manifestaciones iniciales similares, como fiebre, cefalea, mialgias, artralgias y malestar general, difieren en su evolución clínica, complicaciones y grupos de riesgo, por lo que el reconocimiento oportuno de sus características constituye un elemento fundamental para la adecuada atención de los pacientes.



CAPÍTULO 1

DENGUE



I. Dengue

El dengue es una enfermedad viral transmitida por **mosquitos del género *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti***. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el dengue presenta un amplio espectro clínico, desde infecciones asintomáticas hasta formas graves que pueden llevar a la muerte. Es la arbovirosis de mayor importancia epidemiológica en Panamá y la principal causa de consulta, hospitalización y mortalidad asociada a enfermedades transmitidas por vectores.

A continuación, se detallan sus manifestaciones clínicas, fases y clasificación.

1.1 Manifestaciones Clínicas

Los síntomas del dengue varían según la fase de la enfermedad y su gravedad. Las manifestaciones más comunes incluyen:

Síntomas frecuentes:

- Fiebre, habitualmente 38.0-38.5°C.
- Cefalea
- Dolor retro ocular
- Mialgias y artralgias
- Erupción cutánea (exantema maculopapular).
- Malestar general y fatiga
- Náuseas, vómitos y dolor abdominal.

Signos de alarma (indican el inicio de la extravasación de plasma e inminente progresión a choque por dengue):

- **Dolor abdominal:** Progresivo hasta ser continuo o sostenido e intenso y al final de la etapa febril.
- **Trastorno del sensorio:** Irritabilidad, somnolencia, letargo.
- **Sangrado de mucosas:** Gingivorragia, epistaxis, sangrado vaginal no asociado a la menstruación o sangrado menstrual mayor del habitual y hematuria.
- **Acumulación de líquidos:** Por clínica, por estudios de imagen o ambos, al final de la etapa febril.
- **Hepatomegalia:** Mayor de 2 cm por debajo del reborde costal y de aparición brusca.



- **Vómitos:** Persistentes (tres o más en 1 hora o cuatro en 6 horas).
- **Aumento progresivo del hematocrito:** En al menos dos mediciones consecutivas durante el seguimiento del paciente.

1.2 Fases de la Enfermedad

El dengue tiene un curso clínico dinámico que se divide en **tres fases:**

A. Fase Febril (Días 3-5)

- Fiebre, habitualmente 38.0-38.5°C.
- Cefalea
- Dolor retro ocular
- Mialgias y artralgias
- Erupción cutánea (exantema maculopapular).
- Malestar general y fatiga
- Náuseas, vómitos y dolor abdominal.
- Puede haber petequias o prueba del torniquete positiva.
- Disgeusia
- Anorexia

Otras manifestaciones que pueden presentarse en la fase febril: Deshidratación; la fiebre alta puede asociarse a trastornos neurológicos, y convulsiones en los niños pequeños.

B. Fase Crítica (Día 3-7)

La mayoría de los pacientes, luego de la fiebre van hacia la mejoría, sin embargo, un número no despreciable de pacientes agrava en esta fase; Por lo tanto, la disminución de la fiebre no siempre significa mejoría.

- **Aumento de la permeabilidad vascular** que conlleva a la extravasación de plasma, con disminución de la volemia y presencia de derrame seroso como: (pleural, pericárdico, ascitis) y la disminución de la volemia.
- **La hipovolemia**, puede ser de gran magnitud llevando al paciente a choque y sus complicaciones.
- **Choque por dengue** (hipotensión, taquicardia, pulso débil).
- Puede presentarse **sangrado espontáneo**.
- Puede haber **daño grave de órganos**.



C. Fase de Recuperación (Día 7-10)

- **Mejoría clínica gradual** (Ausencia de fiebre, recuperación del apetito).
- **Reabsorción de líquidos extravasados y riesgo de hipervolemia.** (Si la terapia intravenosa de fluidos ha sido excesiva o se ha extendido en este período).
- **Puede haber exantema** (Rash) de recuperación (erupción pruriginosa).
- **La fatiga** puede persistir por semanas
- En esta fase **se estabiliza el hematocrito** y se produce la **recuperación del conteo de plaquetas** (trombocitopenia) y los leucocitos.

1.3 Definiciones de Casos

1.3.1 Caso Sospechoso:

Se define como **caso sospechoso de dengue** a toda persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de dengue, y presenta fiebre aguda o historia de fiebre, habitualmente de 2 a 7 días de evolución, con dos o más de las siguientes seis manifestaciones:

1. Náusea o vómito
2. Exantema
3. Cefalea o dolor retro ocular
4. Mialgia o artralgia
5. Petequias o prueba de torniquete positiva (+)
6. Leucopenia

Estas manifestaciones pueden acompañarse o no de cualquiera de los signos de alarma del dengue o criterios de dengue grave. También se considera caso sospechoso a todo niño menor de 5 años que reside o haya viajado en los últimos 14 días a una zona con transmisión de dengue que presenta cuadro febril agudo o historia de fiebre, por lo general, de 2 a 7 días de evolución, sin foco aparente.

1.3.2 Caso Confirmado:

Por laboratorio: Todo caso sospechoso de dengue con resultado positivo de:

- **La prueba RT-PCR** (molecular) para la detección de ARN viral, la proteína viral NS1 mediante pruebas rápida, de inmunoensayo y RT-PCR.



- Seroconversión al aumento de 4 veces en el valor **de título de anticuerpos (IgG o IgM) específicos para DENV** (muestras pareadas recogidas con al menos 14 días de diferencia).
- En fallecidos, detección molecular del genoma viral a partir de tejido de autopsia o detección de antígeno mediante inmunohistoquímica.

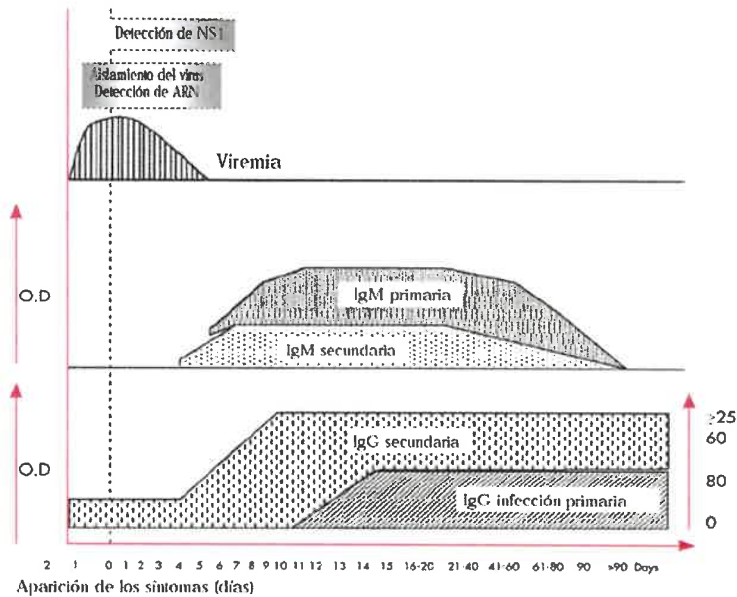


Imagen 1: Línea de tiempo aproximada de las infecciones primarias y secundarias por el virus del

Por nexa epidemiológico: Caso sospechoso vinculado geográficamente (residencia, escuela, lugar de trabajo o sitio visitado), en un radio de hasta 200 metros a la redonda (aproximadamente 2 manzanas) con un caso confirmado por laboratorio en los últimos 15 días. Los 15 días se contarán a partir de la fecha de inicio de síntomas del caso confirmado por laboratorio.

1.4 Conducta clínica ante paciente con sospecha de dengue

A. Evaluación General

La evaluación inicial de un paciente con sospecha de dengue es crucial para determinar la gravedad de la enfermedad y el nivel de atención que se requiere. Se busca identificar rápidamente si el paciente presenta signos de alarma o de dengue grave. El diagnóstico oportuno y la clasificación adecuada son esenciales para un manejo clínico efectivo, que puede ir desde el manejo ambulatorio con hidratación oral hasta la hospitalización y el soporte vital intensivo.



B. Anamnesis

La historia clínica debe ser detallada y centrada en los siguientes puntos clave:

- 1. **Fecha de inicio de los síntomas:** El dengue es una enfermedad de duración relativamente corta. Saber la fecha de inicio nos permite determinar si el paciente se encuentra en la fase febril, crítica o de recuperación.
- 2. **Síntomas principales:**
 - **Fiebre:** Es el síntoma más común y casi siempre es elevada.
 - **Cefalea:** Frecuentemente es intenso y retro orbitario
 - **Mialgias y artralgias**
 - **Náuseas y vómitos**
 - **Dolor abdominal:** También un signo de alarma, especialmente si es intenso y continuo.
 - **Exantema:** Puede aparecer en diferentes momentos de la enfermedad.
 - **Manifestaciones hemorrágicas:** Sangrado de encías, nariz, petequias (puntos rojos en la piel), etc.
- 3. **Antecedente epidemiológico:** ¿Ha estado en una zona endémica o ha viajado recientemente a una? ¿Hay otros casos de dengue en la familia o el vecindario?

C. Examen Físico

El examen físico debe ser minucioso y buscar activamente signos que indiquen la gravedad de la enfermedad:

- 1. **Signos vitales:** Evaluar la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura. La hipotensión es un signo tardío de choque.
- 2. **Estado de hidratación:** Revisar la turgencia de la piel, la humedad de las mucosas y el llenado capilar.
- 3. **Examen de piel:** Buscar exantema, petequias, equimosis u otros signos de sangrado. El signo del torniquete (prueba de lazo) puede ser útil.
- 4. **Examen abdominal:** Palpar el abdomen para detectar dolor a la palpación (especialmente en el cuadrante superior derecho), que podría indicar afectación hepática. También se debe buscar la presencia de ascitis (líquido en el abdomen).
- 5. **Estado de conciencia:** El letargo, la irritabilidad o la alteración de la conciencia son signos de alarma de choque por dengue.
- 6. **Signos de extravasación de plasma:** Buscar derrame pleural (líquido en los pulmones) o ascitis mediante percusión y auscultación.



D. Laboratorio Clínico

Los exámenes de laboratorio ayudan a confirmar el diagnóstico y a monitorear la progresión de la enfermedad.

- **Hemograma completo:**
 - A. **Recuento de glóbulos blancos (leucopenia):** Disminución de los glóbulos blancos, común en el dengue.
 - B. **Recuento de plaquetas (trombocitopenia):** Un recuento y caída de forma rápida es característico.
 - C. **Hematocrito:** El aumento progresivo del hematocrito indica hemoconcentración y es un signo de alarma.
- **Serología y virología:**
 - A. **Antígeno NS1:** Detectable en los primeros 5 días de la enfermedad. Es muy útil para el diagnóstico temprano.
 - B. **Anticuerpos IgM e IgG:** La IgM aparece después del día 6 y la IgG en la convalecencia.

1.5 Tratamiento Manejo General (Común a todas):

- **Hidratación:**
 - **Oral:** Soluciones de rehidratación (SRO) si tolera.
 - **Intravenosa:** Suero fisiológico 0.9% o Ringer lactato.
 - Volumen ajustado a pérdidas (monitorizar hematocrito en dengue).
- **Antipiréticos/analgésicos:**
 - **Paracetamol:**
 - **Dosis pediátrica:** 10 mg/kg de peso corporal cada 6 horas. Dosis máxima diaria: 60 mg/kg
 - **Dosis adultos:** 500 mg cada 6 horas. Dosis máxima diaria: 4g.
 - **Metamizol:**
 - **Dosis pediátrica:** 10 mg/kg de peso corporal cada 6 horas
 - **Dosis adultos:** 500 mg cada 6 horas
 - **Evitar AINEs, aspirina** (riesgo sangrado/acidosis en dengue).
- **Reposo absoluto durante fase aguda.**



- **En Dengue Grave:**
 - a. **Criterios de UCI:** Shock refractario, sangrado masivo, fallo orgánico.
 - b. **Tratamiento:**
 - i. **Expansión de volumen con cristaloides:**
 - 1. (5-10 ml/kg/h en shock).
 - ii. **Transfusión plaquetas si:**
 - 1. Plaquetas <20.000/mm + sangrado activo.
 - 2. <10.000/mm³ asintomático.

1.6 Evaluación de la fase de la enfermedad y clasificación clínica (DSSA, SCSA, DG):

Grupo A: Dengue sin signos de alarma

Criterios de grupo

- Sin signos de alarma
- Sin condiciones asociada
- Sin riesgo social
- Tolerancia plena a la administración de líquidos por vía oral
- Micción normal en las últimas 6 horas

Pruebas de laboratorio

Hemograma completo al menos cada 48 horas (hematocrito, plaquetas y leucocitos)
Para pruebas diagnósticas, (ver las indicaciones del algoritmo)

Atención y tratamiento:

- Reposo en cama.
- Uso estricto de mosquitero durante la fase febril.
- Ingesta de líquidos adecuada.
 - Adultos: cinco vasos de 250 ml o más por día.
 - Niños: líquidos abundantes por vía oral.

Se sugiere el uso de paracetamol (acetaminofeno) o metamizol en lugar de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), antihistamínicos o esteroides para el manejo **sintomático inicial en los pacientes con arbovirosis.**



Intervención farmacológica	Dosis en pediatría	Dosis en adultos
Paracetamol (por vía oral)	10 mg/kg de peso corporal cada 6 horas.	500 mg cada 6 horas.
Metamizol (por vía oral)	10 mg/kg de peso corporal cada 6 horas.	500 mg cada 6 horas.

- Evitar:**
- No administrar aspirina ni antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
 - No administrar corticoides
 - No administrar antibiótico
 - Deben evitarse las vías intramuscular y rectal
 - El paciente y su familiar deben recibir educación sanitaria, para su autocuidado.

Citas de control

- **Evaluar inmediatamente para determinar si el paciente:**
 - Presenta un signo de alarma o choque
 - Presenta criterios de hospitalización
 - No orina en 6 horas o más
 - Se siente peor o así lo indica quien lo atiende
- **Evaluar cada 24 horas en ausencia de los criterios anteriores.**
- **En cada una de las citas de control, evaluar:**
 - La evolución de la enfermedad
 - El hematocrito, en cuanto se disponga del informe (observar si aumenta progresivamente)
 - La leucopenia
 - Vigilar signos de alarma
 - Recaltar al paciente o a quienes tienen a cargo su cuidado que regresen urgentemente a la instalación de salud más cercana, si se presenta uno o más de los signos de alarma
 - Ofrecer recomendaciones para el paciente ambulatorio.



Grupo B1: Dengue sin signos de alarma más afección asociada o riesgo social

Criterios de grupo

- **Condiciones asociadas:** embarazo, edad: menor de 1 año o mayor de 65 años, obesidad mórbida, hipertensión arterial, diabetes mellitus, daño renal, enfermedades hemolíticas, hepatopatía crónica, tratamiento con anticoagulantes, otras.
- **Riesgo social:** vive solo o lejos de donde puede recibir atención médica, falta de transporte y pobreza extrema.

Pruebas de laboratorio

- Hemograma completo
- Para las pruebas diagnósticas, síganse las indicaciones del algoritmo (Ver anexo de algoritmo de laboratorio)

Atención y tratamiento, se recomienda lo siguiente:

- **Mantener hidratado al enfermo por vía oral.**
 - En caso de intolerancia a la vía oral, iniciar tratamiento intravenoso con cristaloides (lactato de Ringer o solución salina [0,9%] a dosis de mantenimiento: 2 a 4 ml/kg/h) y reiniciar la vía oral lo antes posible.
 - Es importante señalar que en el caso de pacientes con sobrepeso u obesos, el cálculo en la cantidad de líquidos debe realizarse de acuerdo con el peso corporal ideal. Así mismo deben tomarse en cuenta otras condiciones propias de cada paciente (cardiopatías, nefropatías, etc.) que obliguen a realizar un ajuste en la cantidad de líquidos que deban ser administrados.
- **Dar tratamiento sintomático igual al del Grupo A.**
- **Además, el paciente:**
 - Hará uso estricto de mosquitero en la fase febril y recibirá la misma información que el Grupo A.
- **Vigilar y evaluar:**
 - Signos vitales: pulso, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial
 - Curva de temperatura
 - Equilibrio hídrico: ingreso y egreso (informar las veces que orina)
 - Signos de alarma (principalmente el día que baja la fiebre)



- Laboratorio: según el tipo de condición asociada (hematocrito, leucocitos,
- glucosa, electrolitos, entre otros)
- Hematocrito, plaquetas y leucocitos cada 24 a 48 h
- Educación sobre los signos de alarma
- Citas de control al igual al Grupo A.

Grupo B2: Dengue con signos de alarma

Criterios de grupo

Es todo caso de dengue que presente uno o más de los siguientes signos o síntomas cerca del momento en que baja la fiebre:

- **Dolor abdominal:** progresivo hasta ser continuo o sostenido e intenso y al final de la etapa febril
- **Trastorno del sensorio:** irritabilidad, somnolencia, letargo
- **Sangrado de mucosas:** gingivorragia, epistaxis, sangrado vaginal no asociado a la menstruación o sangrado menstrual mayor del habitual y hematuria.
- **Acumulación de líquidos:** por clínica, por estudios de imagen o ambos, al final de la etapa febril
- **Hepatomegalia:** mayor de 2 cm por debajo del reborde costal y de instalación brusca
- **Vómitos:** persistentes (tres o más en 1 hora o cuatro en 6 horas)
- **Aumento progresivo del hematocrito:** en al menos dos mediciones consecutivas durante el seguimiento del paciente.

Pruebas de laboratorio

- Realizar hemograma completo antes de hidratar al paciente (de ser posible).
- Para las pruebas diagnósticas, siganse las indicaciones del algoritmo de laboratorio.

Atención y tratamiento

1. **El no disponer de un hematocrito no debe retrasar el inicio de la hidratación.**
2. **Administrar** lactato de Ringer o Hartmann o solución salina 0,9%: 10 ml/kg en 1 h.
3. **Reevaluar: si persisten los signos de alarma y la diuresis es < 1 ml/kg/h,** repetir la carga con cristaloides isotónico 1 o 2 veces.



- 4. **Reevaluar: Si se observa mejoría clínica y la diuresis** es ≥ 1 ml/kg/h, reducir el goteo a 5-7 ml/kg/h y continuar de 2 a 4 h. Si continúa la mejoría clínica, reducir a 3-5 ml/kg/h de 2 a 4 h. Luego continuar el goteo a razón de 2-4 ml/kg/h de 2 a 4 h, según las necesidades del paciente.
- 5. **Reevaluar el estado clínico del paciente:** Repetir el hematocrito y, si continúa igual o el aumento es mínimo, continuar el goteo a razón de 2-4 ml/kg/h de 2 a 4 h más.
- 6. **Si hay deterioro de signos vitales o incremento rápido del hematocrito:**
 - a. Tratar como Grupo C y referir a una instalación de salud de mayor complejidad, preferiblemente una Unidad de Cuidados Intensivos.
 - b. Reducir gradualmente la velocidad de los líquidos, cuando el volumen de fuga de plasma disminuya o haya finalizado la fase crítica.

Criterios de mejoría clínica

- Desaparición progresiva de los signos de alarma.
- Remisión progresiva de la sintomatología general.
- Signos vitales estables.
- Diuresis normal o aumentada.
- Disminución del hematocrito a menos del valor base en un paciente estable.
- Buena tolerancia a la vía oral.
- Recuperación del apetito.

Evaluación cada hora de:

- Signos vitales y perfusión periférica hasta 4 h después de finalizada la fase crítica.
- Diuresis hasta 4 a 6 h después de finalizada la fase crítica.
- Hematocrito antes y después de la reanimación con líquidos, luego cada 12 a 24 h.
- Glicemia cada 12 o 24 h.
- Otros exámenes (según órgano afectado y enfermedad asociada).



Grupo C: Dengue grave

Criterios de grupo

Todo caso de dengue que tenga una o más de las siguientes manifestaciones:

- Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma.
- Choque evidente por pulso débil o indetectable, taquicardia, extremidades frías y llenado capilar > 2 segundos, presión de pulso ≤ 20 mmHg; hipotensión en fase tardía.
- Sangrado grave según la evaluación del médico tratante (ejemplo: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del sistema nervioso central).
- Compromiso grave de órganos, tales como daño hepático (alanino aminotransferasa [ALT] o aspartato aminotransferasa [AST] ≥ 1000 UI), sistema nervioso central (alteración de conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos.

Pruebas de laboratorio e imagenología

- Hemograma completo
- Otras pruebas según el órgano afectado, por ejemplo, transaminasas, gases arteriales, electrolitos, glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, enzimas cardíacas, cultivos, radiografía de tórax, ultrasonografía torácica o abdominal o ambas, ecocardiograma y electrocardiograma.

De contar con la tecnología POCUS (point-of-care-ultrasound) como herramienta para guiar la reanimación como complemento de otras medidas de monitoreo de la perfusión en los pacientes con dengue grave por choque que están recibiendo líquidos, terapia vasoactiva o ambos.

- Obtener un hematocrito antes de hidratar al paciente. No obstante, el no disponer del hematocrito no debe retrasar el inicio de la hidratación.
- ABC y monitoreo de signos vitales cada 5 a 30 min.
- Oxigenoterapia.
- Iniciar hidratación intravenosa con cristaloides (lactato de Ringer o solución salina al 0,9%) a 20 ml/kg en 15 a 30 min.

Embarazadas y Adultos Mayores de 65 años

- Iniciar hidratación intravenosa con cristaloides, los bolos se administran a 20ml/kg en 15 a 30 min.
- Si no hay mejoría, administrar un bolo de cristaloides 10m/kg.



- Si desaparecen los signos de choque, disminuir el volumen de líquido a 10 ml/kg/h; continuar por 1 a 2 h. Repetir el hematocrito.
- Si la evolución es satisfactoria, disminuir el goteo a razón de 5-7 ml/kg/h, de 4 a 6 h; continuar a razón de 3-5 ml/kg/h de 2 a 4 h, luego mantener a 2-4 ml/kg/h, de 24 a 48 h.
- Si no hay mejoría, administrar un segundo bolo de lactato de Ringer o solución salina al 0,9% de 20 ml/kg de 15 a 30 min.
- Si hay mejoría, disminuir el goteo a 10 ml/kg/h y continuar de 1 a 2 h. Si continúa la mejoría, disminuir el goteo a 5-7 ml/kg/h, de 4 a 6 h y continuar la hidratación como se señaló anteriormente.
- Si el paciente continúa en choque luego de 2 dosis de cristaloides, considerar el uso de coloides y luego continuar con el uso de cristaloides.
- Si el paciente sigue inestable, evaluación hemodinámica y el uso de drogas vasoactivas.

Es importante señalar que en el caso de pacientes con sobrepeso u obesos, el cálculo en la cantidad de líquidos debe realizarse de acuerdo con el peso corporal ideal. Así mismo, deben tomarse en cuenta otras condiciones propias de cada paciente (cardiopatías, nefropatías, etc.) que obliguen a realizar un ajuste en la cantidad de líquidos que deban ser administrados.

Tratamiento de la hemorragia:

- Glóbulos rojos empacados 5-10 ml/kg.
- Si el paciente no mejora, evaluar nuevamente la situación hemodinámica.
- Evaluar la función de bomba (miocardiopatía, miocarditis); definir el uso de drogas vasoactivas.
- Evaluar las afecciones médicas concomitantes (cardiopatía, neumopatía, vasculopatía, nefropatía, diabetes, obesidad, embarazo).
- Estabilizar la afección de base. Determinar la acidosis persistente y el riesgo de hemorragia oculta y tratarlas.



CAPÍTULO 2

CHIKUNGUNYA



II. Chikungunya

Es una enfermedad viral transmitida por **mosquitos del género *Aedes* (*Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*)**. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se caracteriza por fiebre alta, dolor articular intenso y, en algunos casos, complicaciones crónicas. A continuación, se detallan sus manifestaciones clínicas, fases y clasificación.

2.1 Manifestaciones Clínicas

Chikungunya presenta síntomas que pueden confundirse con dengue o zika, pero se distingue por su afectación articular severa.

Síntomas agudos (primeros 15 días)

- Fiebre alta súbita ($\geq 39^{\circ}\text{C}$, dura 2–5 días).
- Poliartralgia intensa (dolor en múltiples articulaciones, simétrico, más común en manos, muñecas, tobillos y rodillas).
- Artritis (inflamación articular con edema y limitación funcional).
- Erupción cutánea maculopapular (en 40-50% de los casos)
- Mialgias
- Cefalea
- Conjuntivitis no purulenta.
- Linfadenopatía

Síntomas menos comunes, pero graves:

- Manifestaciones neurológicas (meningoencefalitis, síndrome de Guillain-Barré).
- Complicaciones cardíacas (miocarditis, arritmias)
- Hepatitis aguda.
- Nefropatía
- Hemorragias (menos frecuente que en dengue).
- Dermatitis graves (necrólisis epidérmica)



2.2 Fases de la Enfermedad

Chikungunya evoluciona en tres fases, aunque no todos los pacientes las experimentan todas:

A. Fase Aguda (Días 1-15)

- Comienza con fiebre alta y dolor articular intenso.
- La erupción cutánea aparece entre el 2° y 5° día.
- La mayoría de los pacientes mejora en 7–10 días.

B. Fase Post aguda (Semanas 2-3 meses)

Los síntomas y/o signos articulares se mantienen por más de 2 semanas hasta el final del tercer mes. Puede darse una evolución continua desde el inicio de los síntomas o presentarse periodos sin síntomas de manera intermitente.

C. Fase Crónica (Más de 3 meses)

Dolor, edema o rigidez articular por más de tres meses después de la fase aguda. Pueden también cursar con artritis crónica por chikungunya, la cual debe ser estudiada y confirmada. Debe descartarse artritis de otra etiología inflamatoria.

2.3 Clasificación Clínica (Según OPS/OMS)

Clasificación	Definición
Chikungunya	Persona que vive o ha viajado en las últimas 2 semanas a zonas con transmisión de chikungunya, y presenta fiebre* asociada a artralgia o artritis que no se explican por otras condiciones médicas.
Chikungunya con manifestaciones extraarticulares	Caso de chikungunya, probable o confirmado, acompañado de otras manifestaciones extraarticulares: neurológicas, cardiovasculares, dermatológicas, oftalmológicas, hepáticas, renales, respiratorias, hematológicas, entre otras.
Chikungunya grave	Caso de chikungunya probable o confirmado que presenta falla de al menos un órgano o sistema que amenaza la vida del paciente y requiere hospitalización.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikungunya y el zika. Washington, D.C.; 2022 * La fiebre habitualmente es de inicio súbito con una duración no mayor a 7 días



2.4 Definiciones de Casos

2.4.1 Caso sospechoso:

Persona que vive o ha viajado en las últimas 2 semanas a zonas con transmisión de chikungunya, y presenta fiebre asociada a artralgia o artritis que no se explican por otras condiciones médicas, con o sin otras manifestaciones extraarticulares que pueden ir de leves a graves.

2.4.2 Caso confirmado:

Caso sospechoso de chikungunya y además tiene:

- Detección de ARN viral por RT-PCR o aislamiento viral o aumento de 4 veces en el valor de título de anticuerpos específicos para CHIKV (muestras recogidas con al menos 14 días de diferencia)
- En fallecidos, detección molecular del genoma viral a partir de tejido de autopsia o mediante estudio histopatológico e inmunohistoquímica.

2.5 Tratamiento Manejo General (Común a todas):

- **Hidratación:**
 - **Oral:** Soluciones de rehidratación (SRO) si tolera.
 - **Intravenosa:** Suero fisiológico 0.9% o Ringer lactato.
 - Volumen ajustado a pérdidas (monitorizar hematocrito en dengue).
- **Antipiréticos/analgésicos:**
 - **Paracetamol:**
 - **Dosis pediátrica:** 10 mg/kg de peso corporal cada 6 horas. Dosis máxima diaria: 60 mg/kg
 - **Dosis adultos:** 500 mg cada 6 horas. Dosis máxima diaria: 4g.
 - **Metamizol:**
 - **Dosis pediátrica:** 10 mg/kg de peso corporal cada 6 horas
 - **Dosis adultos:** 500 mg cada 6 horas
 - **Evitar AINEs, aspirina** (riesgo sangrado/acidosis en dengue).
- **Reposo absoluto durante fase aguda.**



- **Chikungunya Crónica:**
 - a. **Artralgias persistentes:** Antinflamatorios no esteroideos (AINEs) + fisioterapia.
 - b. **Refractario:** Corticoides a baja dosis (ej. prednisona 20 mg/día x 7 días).

2.6 Conducta clínica ante paciente con sospecha de Chikungunya

La clasificación clínica es fundamental para el manejo. Los pacientes pueden ser clasificados en:

1. **Chikunguya articular:** Presenta los síntomas típicos de la fase aguda sin complicaciones.
2. **Chikunguya con manifestaciones extraarticulares:** Pacientes que, además de la artralgia, desarrollan síntomas en otros sistemas, como el neurológico, cardiovascular, gastrointestinal, ocular o dermatológico.
3. **Chikunguya grave:** Casos infrecuentes, pero de alto riesgo, que se manifiestan con choque, insuficiencia orgánica, hemorragias o compromiso neurológico grave.

Tratamiento según la clasificación clínica

El tratamiento de la chikunguya es principalmente de soporte y sintomático, ya que no existe un antiviral específico.

1. Chikunguya articular (fase aguda)

El manejo se centra en el control de la fiebre y el dolor articular.

- **Analgésicos y antipiréticos:** El **paracetamol** (acetaminofén) y metamizol, es la primera elección para la fiebre y el dolor. **Se debe evitar el uso de AINEs** (ibuprofeno, naproxeno) y ácido acetilsalicílico (aspirina) hasta que se haya descartado el dengue, ya que pueden aumentar el riesgo de hemorragia. Si el dengue ha sido descartado, los AINEs pueden ser útiles para el control del dolor articular.
- **Hidratación:** Se recomienda el consumo abundante de líquidos para prevenir la deshidratación.
- **Reposo:** El reposo es crucial para la recuperación.



2. Chikunguya articular (fases post aguda y crónica)

El manejo de la artralgia persistente requiere un enfoque más integral:

- **AINEs:** Son el tratamiento de primera línea una vez que el dengue ha sido descartado.
- **Corticoides (en casos seleccionados):** Las inyecciones de glucocorticoides intraarticulares pueden ser útiles para la artritis persistente de una sola articulación. El uso de corticoides orales es más controvertido y se reserva para casos severos y resistentes a otros tratamientos.
- **Fisioterapia:** La rehabilitación física es fundamental para mantener la movilidad articular, reducir la rigidez y fortalecer los músculos afectados.
- **Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME):** En casos de artritis crónica severa, similar a la artritis reumatoide, pueden ser necesarios medicamentos como el **metotrexato** o la **hidroxicloroquina**.

3. Chikunguya con manifestaciones extra articulares

El tratamiento de estas manifestaciones requiere la evaluación y manejo por el especialista correspondiente.

- **Manifestaciones neurológicas:** El **manejo de las convulsiones, encefalitis o mielitis** es de soporte y puede requerir el uso de anticonvulsivos o corticoides.
- **Manifestaciones oculares:** La **uveítis** o **retinopatía** deben ser evaluadas y tratadas por un oftalmólogo.
- **Manifestaciones dermatológicas:** El tratamiento es sintomático y puede incluir antihistamínicos o corticoides tópicos para el prurito.

4. Chikunguya grave

Esta es una urgencia médica que requiere **hospitalización y manejo en una unidad de cuidados intensivos (UCI)**.

- **Soporte hemodinámico:** El tratamiento del choque incluye la administración de líquidos intravenosos y, si es necesario, medicamentos vasopresores.
- **Monitoreo y soporte de órganos:** Se debe monitorizar la función de los órganos y proporcionar soporte si se desarrolla insuficiencia hepática, renal o miocarditis.
- **Transfusión de plaquetas o plasma:** En caso de hemorragias graves.



CAPÍTULO 3

ZIKA



III. Zika

Enfermedad transmitida principalmente por mosquitos **del género Aedes (Aedes aegypti y Aedes albopictus)**, aunque también puede contagiarse por vía sexual, transfusiones sanguíneas y de madre a hijo durante el embarazo. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la infección por Zika suele ser leve, pero puede tener consecuencias graves, especialmente en embarazadas debido a su asociación con microcefalia y otras malformaciones congénitas.

3.1 Manifestaciones Clínicas

La mayoría de las infecciones por Zika (60-80%) son asintomáticas. Cuando hay síntomas, suelen aparecer entre 2 y 7 días después de la picadura del mosquito y son generalmente leves, con una duración de 2 a 7 días.

Síntomas Comunes (Forma Aguda Leve)

- Fiebre baja (Generalmente <38.5°C, menos intensa que en dengue o chikungunya).
- Exantema maculopapular (Erupción cutánea que inicia en la cara y se extiende al cuerpo).
- Prurito intenso
- Artralgia (Dolor articular, pero sin hiperemia, ni calor local, principalmente en manos y pies, pero menos intenso que en chikungunya).
- Conjuntivitis no purulenta (Ojos rojos sin secreción).
- Mialgias.
- Cefalea.
- Astenia (debilidad o fatiga generalizada).

Síntomas Menos Frecuentes

- Edema en extremidades (hinchazón leve en manos o pies).
- Dolor retro ocular (menos común que en dengue).
- Síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea).



Complicaciones Graves

A diferencia del dengue y la chikungunya, el Zika se asocia principalmente a dos complicaciones graves:

A. Síndrome de Guillain-Barré (SGB)

- Ocurre en 1 de cada 4,000 casos de Zika.
- Es un trastorno autoinmune que causa debilidad muscular progresiva y, en casos graves, parálisis.
- Requiere hospitalización y, en algunos casos, ventilación mecánica.

B. Complicaciones Congénitas (Infección en Embarazadas)

- **Microcefalia** (cráneo más pequeño de lo normal con desarrollo cerebral incompleto).
- **Otras malformaciones neurológicas** (hidrocefalia, calcificaciones intracraneales)
- **Alteraciones oculares** (retinopatía, atrofia del nervio óptico).
- **Pérdida del embarazo** (aborto espontáneo o muerte fetal).

3.2 Manejo Clínico

- No existe tratamiento antiviral específico; el manejo es sintomático
- Reposo e hidratación oral.
- Analgésicos/antipiréticos (paracetamol para fiebre y dolor).
- Evitar AINEs/aspirina (hasta descartar dengue por riesgo de sangrado).
- Mujeres embarazadas con sospecha de Zika deben recibir seguimiento ecográfico estricto.

3.3 Definición de Caso

3.3.1 Caso sospecho:

Persona que presenta exantema de inicio súbito que no se explica por otras condiciones médicas y que (o que su pareja sexual) reside o ha visitado áreas epidémicas o endémicas durante las dos semanas anteriores al inicio de los síntomas y presenta dos o más de los siguientes:

- Prurito
- Conjuntivitis (no purulenta/hiperémica)
- Artralgia



- Mialgia
- Edema periarticular
- Fiebre

También se considera sospecha de zika a:

- Toda embarazada con exantema de inicio agudo que no se explica por otras consideraciones médicas o su pareja sexual debe haber residido o viajado a un área epidémica o endémica de Zika en las dos semanas previas al inicio de síntomas.
- Todo recién nacido de una madre confirmada por virus zika o que tenga algún síndrome congénito.

3.3.2 Caso confirmado:

Paciente que cumpla los criterios de caso sospechoso y cuente con confirmación de laboratorio de infección reciente por ZIKV, es decir, presencia de:

- **ARN o aislamiento del ZIKV en muestras de suero o de otro tipo** (por ejemplo, orina, saliva, tejidos o sangre total, semen, LCR).
- **Anticuerpos IgM anti-ZIKV positivos** y prueba de neutralización por reducción de placa (PRNT) para ZIKV a títulos ≥ 10 y sin títulos para otros flavivirus.
- En fallecidos, detección molecular del genoma viral a partir de tejido de autopsia, fresco o en parafina con pruebas de hibridación in situ.

En la vigilancia de casos sospechosos se debe tener en cuenta las complicaciones asociadas a la enfermedad por el virus Zika, sobre todo en áreas con circulación del zika.

- Abortos
- Síndrome congénito (microcefalia o malformación congénita del sistema nervioso central) / transmisión vertical
- Neurológicas (mielitis, encefalitis, Síndrome de Guillain Barré).



3.4 Tratamiento Manejo General (Común a todas):

- **Hidratación:**
 - **Oral:** Soluciones de rehidratación (SRO) si tolera.
 - **Intravenosa:** Suero fisiológico 0.9% o Ringer lactato.
 - Volumen ajustado a pérdidas (monitorizar hematocrito en dengue).
- **Antipiréticos/analgésicos:**
 - **Paracetamol:**
 - **Dosis pediátrica:** 10 mg/kg de peso corporal cada 6 horas. Dosis máxima diaria: 60 mg/kg
 - **Dosis adultos:** 500 mg cada 6 horas. Dosis máxima diaria: 4g.
 - **Metamizol:**
 - **Dosis pediátrica:** 10 mg/kg de peso corporal cada 6 horas
 - **Dosis adultos:** 500 mg cada 6 horas
 - **Evitar AINEs, aspirina** (riesgo sangrado/acidosis en dengue).
- **Reposo absoluto durante fase aguda.**
- **Zika en Embarazadas:**
 - a. **Ecografía serial cada 3-4 semanas** (búsqueda microcefalia/calcificaciones).
 - b. **Derivar a infectología/ginecología de alto riesgo.**

3.5 Conducta clínica ante paciente con sospecha de Zika

La evaluación clínica de un paciente con sospecha de Zika se enfoca en el diagnóstico diferencial con otros arbovirus como el dengue y el chikungunya, y en la identificación de posibles complicaciones. La mayoría de los casos de Zika son asintomáticos o presentan síntomas leves, lo que hace que la detección sea un desafío.

La anamnesis debe incluir preguntas sobre:

- **Viajes recientes** a zonas con transmisión activa de Zika.
- **Exposición a mosquitos** (principalmente *Aedes aegypti*).
- **Contacto sexual** con una persona que haya estado en un área endémica.
- **Posibilidad de embarazo** en mujeres, debido al riesgo de microcefalia y otras malformaciones congénitas.



- La principal preocupación es el riesgo de complicaciones neurológicas, como el **síndrome de Guillain-Barré (SGB)**. **No siempre aparece al inicio de la enfermedad**. Por lo tanto, durante el examen físico, es crucial buscar signos de debilidad muscular progresiva, parálisis o reflejos anormales.

Tratamiento

El tratamiento para la infección por el virus Zika es únicamente de soporte y sintomático, ya que no existe un antiviral específico.

- **Manejo de los síntomas:**
 - **Hidratación:** Se recomienda el consumo de líquidos orales para prevenir la deshidratación, especialmente si el paciente tiene fiebre.
 - **Alivio del prurito:** Con medicamento antihistamínico oral o tópico.
 - **Alivio del dolor:** Para la artralgia, mialgia y cefalea, el **paracetamol** es el analgésico de elección.
 - **Evitar AINEs y aspirina:** Al igual que con el dengue, se deben evitar los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y la aspirina hasta que se haya descartado el diagnóstico de dengue, debido al riesgo de sangrado.
- **Tratamiento de complicaciones:**
 - **Síndrome de Guillain-Barré (SGB):** El manejo del SGB es una **urgencia médica** que requiere hospitalización, monitoreo intensivo y, en casos severos, plasmaféresis o inmunoglobulina intravenosa.
 - **Microcefalia y otros trastornos neurológicos congénitos:** El seguimiento de los bebés con estas afecciones debe ser multidisciplinario e incluir neurología, pediatría y rehabilitación. En la embarazada referir a consulta de medicina materno fetal y genética.
- **Medidas de prevención:**
 - Se debe aconsejar al paciente y a sus contactos sobre la importancia de **prevenir las picaduras de mosquitos** para evitar una mayor propagación del virus.
 - Se debe orientar sobre la **prevención de la transmisión sexual**, recomendando el uso de preservativos.



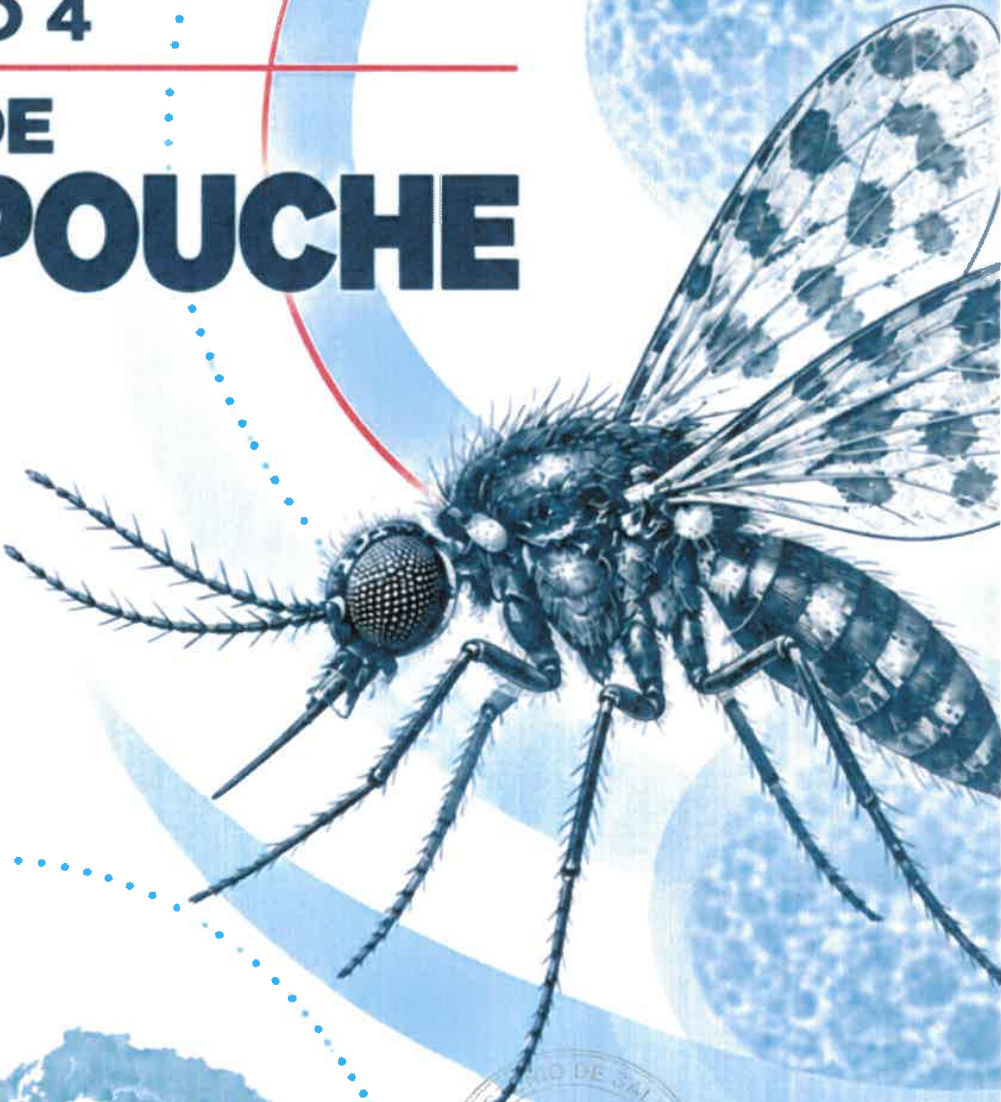
- En mujeres embarazadas, el seguimiento prenatal debe seguir las Normas Técnicas-Administrativas y protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer (2020) y las guías de manejo de complicaciones en el embarazo (2024) para la detección de posibles anomalías fetales.

El manejo clínico del Zika es, en su mayoría, ambulatorio. La **hospitalización** solo se considera en casos de **complicaciones neurológicas** (como el SGB), **deshidratación severa** o en pacientes con comorbilidades graves que puedan empeorar el curso de la enfermedad.



CAPÍTULO 4

FIEBRE DE OROPOUCHE



IV. Oropouche

Es un arbovirus transmitido principalmente por jejenes (chitra) del género *Culicoides*, aunque también podría ser propagado por mosquitos del género *Culex*. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), este virus es endémico en regiones tropicales de América Latina, especialmente en la Amazonía (Brasil, Perú, Bolivia, Ecuador, Colombia) y Centroamérica.

La enfermedad cursa con un cuadro febril agudo similar al dengue, pero con una característica distintiva: alta tasa de recidivas (recaídas) en aproximadamente el 60% de los casos.

4.1 Manifestaciones Clínicas

La mayoría de las infecciones por Zika (60-80%) son asintomáticas. Cuando hay síntomas, suelen aparecer entre 2 y 7 días después de la picadura del mosquito y son generalmente leves, con una duración de 2 a 7 días.

A. Fase Aguda (Duración: 2-7 días)

Los síntomas aparecen después de un período de incubación de 4-8 días y suelen ser autolimitados, pero incapacitantes.

Síntomas Principales (Similares a Dengue/Zika, pero con Menor Gravedad)

- Fiebre alta súbita ($\geq 39^{\circ}\text{C}$, dura entre 3-5 días).
- Cefalea intensa parietooccipital (dolor de cabeza frontal o retro ocular).
- Mialgias y artralgias (generalizado).
- Mareos y vértigo (frecuente, puede asociarse a fotofobia).
- Malestar general y astenia (debilidad prolongada).
- Síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea en ~30% de los casos).
- Erupción cutánea (menos común que en Zika o dengue, pero puede ocurrir).



Signos Menos Frecuentes

- Conjuntivitis leve (sin secreción purulenta).
- Rigidez de nuca (en algunos casos, sin progresión a meningitis).
- Hepatomegalia leve (raro, sin ictericia).

B. Fase de Recaída

Ocurre en el 60% de los pacientes, **generalmente 2-10 días después de la mejoría inicial**. Por lo general pueden dar más de 2 o 3 recaídas.

Los síntomas son similares a la fase aguda, pero más leves:

- Fiebre recurrente (usualmente baja, <38°C).
- Cefalea persistente.
- Fatiga prolongada (puede durar semanas).
- Artralgias intermitentes.

No suele asociarse a complicaciones graves, pero puede ser discapacitante por su cronicidad.

Complicaciones (Poco frecuentes)

- Meningoencefalitis (casos aislados en Brasil).
- Síndrome de Guillain-Barré (asociación bajo investigación).
- Hemorragias leves (epistaxis, gingivorragia), sin llegar a la gravedad del dengue.



4.2 Definición de Caso

4.2.1 Caso sospecho:

Persona que presenta fiebre de inicio agudo (o historia de fiebre) $\geq 38^{\circ}\text{C}$ de hasta 5 días de evolución acompañado de cefalea intensa y que haya viajado o provenga de un área con circulación documentada o sospechosa de OROV en las últimas dos semanas y, además, **presente dos o más de los siguientes síntomas:**

- Mialgia o artralgia
- Escalofríos
- Fotofobia
- Mareos
- Dolor retroocular
- Náusea, vómitos o diarrea,
- Alguna manifestación del sistema nervioso como: rigidez de nuca, estado mental alterado, convulsiones, debilidad en las extremidades o pleocitosis del líquido cefalorraquídeo, diplopía, parestesia, meningitis, encefalitis, meningoencefalitis.

Es importante tomar en cuenta **que hasta un 60% de los casos de Oropouche pueden presentar una recaída de los síntomas de 1 a 10 días posterior a la mejoría.**

En estos casos en los cuales no se haya sospechado inicialmente Oropouche, serán considerados como caso sospechoso. Dada la similitud del cuadro clínico de Oropouche con dengue es necesario el ejercicio del diagnóstico clínico diferencial, realizar seguimiento y monitoreo del caso, evaluar posibles signos de alarma que indiquen que están ante un caso de dengue y no de Oropouche.

La cefalea, además de ser intensa, suele tener una localización posterior (parietooccipital) y suele continuar a pesar de que la fiebre desaparezca. Cefalea intensa es un puntaje de 7 en la escala de dolor de 1 a 10. La mialgia y artralgia suele ser generalizada. La artralgia no tiene signos inflamatorios como sucede en chikungunya. Los pacientes suelen referir dolor en la nuca y lumbalgia.

Caso sospechoso en embarazada:

Toda embarazada con presencia de fiebre de inicio agudo (o historia de fiebre de hasta 5 días de duración) asociada a cefalea intensa, que haya viajado o provenga de un área con circulación documentada o sospechosa de OROV en las últimas dos semanas.



4.2.2 Caso confirmado:

Laboratorio:

Todo caso sospechoso que, además presenta **al menos uno** de los siguientes criterios:

- **Fase aguda (<5 días):** RT-PCR positivo para la detección de OROV.
- Serología solo es indicada para embarazadas o pacientes con complicaciones neurológicas.
- **Se debe tomar muestras pareadas** (la toma de la primera muestra se debe realizar entre los 7-10 días del inicio de síntomas y una segunda muestra convaleciente se tomará a los 14 días del inicio de síntomas.
- Determinación post-mortem de ARN viral por RT-PCR o demostración de antígenos mediante pruebas de inmunohistoquímica u otras disponibles en pacientes fallecidos con sospecha de infección por OROV.
- En los casos de pacientes con sospecha de encefalitis por OROV, el resultado de una prueba de IgM positiva en líquido cefalorraquídeo (LCR) se considera positivo.

4.3 Tratamiento Manejo General (Común a todas):

- **Hidratación:**
 - **Oral:** Soluciones de rehidratación (SRO) si tolera.
 - **Intravenosa:** Suero fisiológico 0.9% o Ringer lactato.
 - Volumen ajustado a pérdidas (monitorizar hematocrito en dengue).
- **Antipiréticos/analgésicos:**
 - **Paracetamol:**
 - **Dosis pediátrica:** 10 mg/kg de peso corporal cada 6 horas. Dosis máxima diaria: 60 mg/kg
 - **Dosis adultos:** 500 mg cada 6 horas. Dosis máxima diaria: 4g.
 - **Metamizol:**
 - **Dosis pediátrica:** 10 mg/kg de peso corporal cada 6 horas
 - **Dosis adultos:** 500 mg cada 6 horas
 - **Evitar AINEs, aspirina** (riesgo sangrado/acidosis en dengue).
- **Reposo absoluto durante fase aguda.**



- **Oropouche:**
 - a. **Manejo sintomático** (cefalea: tramadol; vómitos: ondansetrón).
 - b. **Exclusión de meningitis bacteriana** (punción lumbar si síndrome meníngeo).

4.4 Conducta clínica ante paciente con sospecha de Oropouche

La mayoría de los pacientes con Oropouche presentan un cuadro clínico caracterizado por:

- Fiebre alta de inicio súbito.
- Cefalea intensa
- Mialgias
- Artralgias

Un aspecto particular de la Oropouche es que puede manifestarse con un patrón de fiebre recurrente, donde los síntomas iniciales mejoran por uno o dos días y luego reaparecen. A diferencia del dengue, las manifestaciones hemorrágicas son raras.

Orientaciones para la búsqueda de signos de disautonomía:

Se ha reportado que la **infección por Oropouche** puede provocar disautonomía, una disfunción del sistema nervioso autónomo. La búsqueda de estos signos es crucial para un manejo integral. **Los signos incluyen:**

- **Hipotensión ortostática:** Una caída de la presión arterial al ponerse de pie, que puede causar mareos o desmayos.
- **Alteraciones de la frecuencia cardíaca:** Taquicardia (ritmo cardíaco acelerado) en reposo o una incapacidad de la frecuencia cardíaca para responder al ejercicio.
- **Síntomas gastrointestinales:** Estreñimiento, diarrea o náuseas persistentes.
- **Alteraciones en la sudoración:** Sudoración excesiva o, por el contrario, una disminución marcada de la misma.

La anamnesis debe incluir preguntas sobre viajes a zonas endémicas y la exposición a *jejenes* (chitras). El diagnóstico se confirma mediante pruebas de laboratorio como la detección del ARN viral por RT-PCR en la fase aguda.



Tratamiento

El tratamiento para la fiebre de Oropouche es, al igual que con otros arbovirus, netamente de soporte y sintomático, ya que no existe un tratamiento antiviral específico.

- **Manejo de los síntomas:**
 - **Hidratación:** Se debe aconsejar al paciente el consumo de líquidos abundantes para prevenir la deshidratación. Usar soluciones isotónicas (solución salina normal o lactato Ringer) si es necesario.
 - **Alivio del dolor:** El paracetamol es el analgésico y antipirético de elección para controlar la fiebre y el dolor. Paracetamol (acetaminofén) 500-1000 mg cada 6-8 horas según necesidad.
 - **Evitar AINEs y aspirina:** Es fundamental evitar el uso de AINEs (como el ibuprofeno o el naproxeno) y ácido acetilsalicílico (aspirina). Aunque la Oropouche rara vez causa hemorragias, la coinfección con dengue es posible y el uso de estos medicamentos podría aumentar el riesgo de sangrado.
 - **Recomendar reposo relativo hasta la resolución de los síntomas.**

- **Manejo de complicaciones:**

La mayoría de los casos de Oropouche son autolimitados y se resuelven sin complicaciones graves.

Sin embargo, en raras ocasiones, **se han reportado complicaciones neurológicas como la meningitis aséptica**. En estos casos, el paciente debe ser hospitalizado para monitoreo neurológico estricto, evitar corticosteroides a menos que haya indicación específica.



En pacientes que presenten signos de disautonomía, el manejo debe ser individualizado y enfocado en el síntoma predominante (por ejemplo, medidas no farmacológicas para la hipotensión ortostática, como el uso de medias de compresión y un aumento del consumo de sal y líquidos).

La hospitalización solo se considera en casos de complicaciones neurológicas, disautonomía grave, deshidratación severa o en pacientes con comorbilidades que puedan agravar la enfermedad. Se debe educar al paciente sobre la importancia de prevenir las picaduras de *jejen* (chitra), para evitar la propagación del virus.



CAPÍTULO 5

DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL
DE LAS ARBOVIROSIS



V. Diagnósticos diferenciales de las Arbovirosis

El diagnóstico clínico diferencial de las arbovirosis como Dengue, Zika, Chikungunya y Oropouche **puede ser un desafío debido a la similitud en sus manifestaciones iniciales**, especialmente en la fase febril. Sin embargo, existen hallazgos clínicos y de laboratorio que pueden orientar hacia un diagnóstico más preciso. **A continuación, se destacan los elementos clave para diferenciar estas enfermedades, en las Tablas 1, 2 y 3.**

5.1 Diagnósticos diferenciales según manifestaciones clínicas del Zika, Dengue, Chikungunya y Oropouche. (Tabla 1)

Calidad de la evidencia	Manifestaciones del dengue	Manifestaciones del chikungunya	Manifestaciones del zika	Manifestaciones de la fiebre de Oropouche
ALTA (hallazgos que las diferencian)	Trombocitopenia Aumento progresivo del hematocrito Leucopenia	Artralgias intensas Artritis	Prurito	Recurrencia de síntomas (recaídas) Cefalea intensa parietooccipital persistente
MODERADA (hallazgos que probablemente las diferencian)	Anorexia o hiporexia Vómitos Dolor abdominal Escalofríos Hemorragias (piel, mucosas o ambas)	Exantema Conjuntivitis Artritis Mialgias o dolores óseos	Exantema Conjuntivitis no purulenta	Fotofobia Mareos o vértigo Náuseas, vómitos y diarrea Manifestaciones de disautonomía
BAJA (hallazgos que podrían diferenciarlas)	Dolor retroocular Hepatomegalia Cefalea Diarrea Disgeusia Tos Elevación de transaminasas Prueba de torniquete positiva	Hemorragias (menos frecuentes)	Adenopatías Faringitis u odinofagia	Rigidez de nuca Meningitis aséptica Meningoencefalitis Conjuntivitis leve (poco frecuente) Hepatomegalia leve



5.2 Características clínicas útiles para el diagnóstico diferencial del Zika, Dengue, Chikungunya y Oropouche (Tabla 2)

Característica	Oropouche	Dengue	Chikungunya	Zika
Fiebre	Alta (≥39°C), recurrente	Alta (≥39°C), continua	Alta (≥39°C), de inicio súbito	Leve (<38.5°C) o ausente
Dolor articular	Moderado, generalizado	Artralgias y mialgias intensas	Muy intenso e incapacitante; afecta principalmente manos, muñecas, tobillos y rodillas; puede acompañarse de artritis	Leve, predominante en extremidades
Erupción cutánea	Poco frecuente	Menos común	Frecuente, generalmente maculopapular	Frecuente y pruriginosa
Recidivas	Muy frecuentes (≈60%)	Raras	Posibles, asociadas a persistencia o recurrencia de síntomas articulares	Raras
Complicaciones graves	Meningoencefalitis (rara) y otras manifestaciones neurológicas	Choque, hemorragia grave y daño orgánico	Artritis crónica, manifestaciones neurológicas, miocarditis y hepatitis	Síndrome congénito asociado a Zika (microcefalia y otras malformaciones) y síndrome de Guillain-Barré
Conjuntivitis	Poco frecuente	Infrecuente	Ocasional	Frecuente
Hemorragias	Raras y generalmente leves	Frecuentes en formas graves	Poco frecuentes	Muy raras
Hallazgo distintivo	Recaídas de los síntomas y cefalea intensa parietooccipital	Trombocitopenia, hemoconcentración y signos de alarma	Artralgias severas y persistentes con artritis	Prurito intenso y conjuntivitis no purulenta

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikungunya y el zika. Washington, D.C.: 2022



Elementos clínicos y de laboratorio para el diagnóstico diferencial de las arbovirosis más frecuentes. (Tabla 3)

Arbovirosis	Manifestaciones clínicas características	Hallazgos de laboratorio clínico
Dengue	Fiebre alta de inicio abrupto. Cefalea intensa, dolor retroocular y mialgias. Erupción cutánea maculopapular (puede aparecer después de la fase febril). Sangrado de mucosas (epistaxis, gingivorragia) y petequias. Dolor abdominal intenso y vómitos persistentes (signos de alarma).	Trombocitopenia y leucopenia. Aumento progresivo del hematocrito, indicativo de extravasación plasmática.
Zika	Fiebre leve o ausente. Erupción cutánea maculopapular pruriginosa, generalmente más prominente que en dengue. Conjuntivitis no purulenta. Artralgias leves. Adenopatías (linfadenopatía).	La trombocitopenia y la leuceopenia son menos frecuentes y menos marcadas que en dengue.
Chikungunya	Fiebre alta acompañada de artralgias intensas, especialmente en manos, pies y articulaciones grandes. Artritis persistente que puede prolongarse durante meses o años. Erupción cutánea similar a la observada en dengue, pero generalmente menos pruriginosa que en zika. Edema periarticular.	Linfopenia. Trombocitopenia leve, habitualmente menos pronunciada que en dengue.
Fiebre de Oropouche	Fiebre alta, cefalea intensa y mialgias, similares al dengue, pero generalmente sin manifestaciones hemorrágicas. Artralgias leves. Síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarrea). La erupción cutánea y la conjuntivitis son poco frecuentes.	Leucopenia leve.

Fuente: Elaboración propia de la Coordinación de Enfermedades Desatendidas, DIGESA, MINSA, 2026.

5.3 Abordaje clínico inicial de pacientes con sospecha de Arbovirosis

Ante sospecha de arbovirosis, se procede así:

Anamnesis: Indagar sobre viajes recientes, exposición a vectores, convivientes enfermos, antecedentes de viajes al trópico (dengue/Zika/Chikungunya/Oropouche). Indagar síntomas principales (fiebre, exantema, dolor articular, vómitos, sangrado) y factores de riesgo (edad avanzada, embarazo, comorbilidades).

Paso 1: Evaluación General

Triage Inmediato en Dengue:

- 1. ¿En qué fase del dengue se encuentra? (febril/crítica/de recuperación)
- 2. ¿Tiene signos de alarma? (dengue con signos de alarma)
- 3. ¿Cuál es el estado hemodinámico y de hidratación?
- 4. ¿Está en choque? (dengue grave)
- 5. ¿Tiene otras afecciones concomitantes?
- 6. ¿Requiere hospitalización?

Triage Inmediato en Chikungunya:

- 1. ¿En qué fase se encuentra? (aguda/posaguda/crónica)
- 2. ¿Presenta alguna manifestación no articular?
- 3. ¿algún signo clínico de gravedad, formas atípicas o complicadas?
- 4. ¿Presenta factores de riesgo de formas graves? (dolencias crónicas, edades extremas de la vida o embarazo)
- 5. ¿Cuál es el estado hemodinámico y de hidratación del paciente?

Triage Inmediato en Zika:

- 1. Indagar si se encuentra en gestación.
- 2. Presenta alteraciones neurológicas.

Triage Inmediato en Oropouche:

- 1. ¿Si presenta cefalea intensa, vómitos, dolor abdominal?
- 2. Manifestaciones de disautonomía (Resequedad de mucosas, sudoración, hipotensión ortostática, mareo, fotofobia)
- 3. Presenta alteraciones neurológicas. (Signos meníngeos, encefalitis).



Historia Epidemiológica:

- Indagar sobre viajes recientes (últimos 15 días).
- Contacto con vectores (*Aedes aegypti* para dengue, zika, chikungunya; *Culicoides* para oropouche).

Paso 2: Valoración Inicial:

1. **Signos vitales** cada 30-60 min según estabilidad.
Búsqueda activa de:
 - **Dengue:** Dolor retroocular, petequias, prueba del torniquete (+).
 - **Chikungunya:** Artralgias incapacitantes (manos/rodillas simétricas).
 - **Zika:** Exantema maculopapular, conjuntivitis no purulenta.
 - **Oropouche:** Cefalea intensa, fotofobia, mialgias.
2. **Fase Clínica y Clasificación:**
 - **Dengue:**
 - Fase febril (1-3 días) → Fase crítica (4-7 días: extravasación plasmática) → Recuperación.
 - Clasificar: Sin signos de alarma / Con signos de alarma / Grave (choque, sangrado mayor).
 - **Chikungunya/Zika/Oropouche:** Agudo (<10 días) vs Crónico (artralgias >3 meses en chikungunya).
3. **Condiciones de Riesgo**
 - **Priorizar:** Embarazadas (riesgo microcefalia en zika), niños <5 años, adultos >65 años, otras comorbilidades (diabetes, cardiopatías).



5.4 Manifestaciones Clínicas que diferencias las arbovirosis (Tabla 4)

Calidad de la evidencia	Manifestaciones de arbovirosis
ALTA (hallazgos que las diferencian)	• Erupción • Conjuntivitis • Artralgias (dengue o chikungunya) • Mialgias o dolores óseos (dengue o chikungunya) • Hemorragias (incluye sangrado en piel, mucosas o ambas) (dengue o chikungunya) • Trombocitopenia (dengue) • Aumento progresivo del hematocrito (dengue) • Leucopenia (dengue) • Cefalea (dengue) • Prurito (zika)
MODERADA (hallazgos que probablemente las diferencian)	• Acumulación de líquidos • Artritis (chikungunya) • Escalofríos (dengue o chikungunya) • Disgeusia (dengue)
BAJA (hallazgos que podrían diferenciarlas)	• Astenia • Dolor retroocular

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikungunya y el zika. Washington, D.C.; 2022



Paso 3: Tratamiento Manejo General (Común a todas):

- **Hidratación:**
 - **Oral:** Soluciones de rehidratación (SRO) si tolera.
 - **Intravenosa:** Suero fisiológico 0.9% o Ringer lactato.
 - Volumen ajustado a pérdidas (monitorizar hematocrito en dengue).
 -
- **Antipiréticos/analgésicos:**
 - **Paracetamol:**
 - **Dosis pediátrica:** 10 mg/kg de peso corporal cada 6 horas. Dosis máxima diaria: 60 mg/kg
 - **Dosis adultos:** 500 mg cada 6 horas. Dosis máxima diaria: 4g.
 - **Metamizol:**
 - **Dosis pediátrica:** 10 mg/kg de peso corporal cada 6 horas
 - **Dosis adultos:** 500 mg cada 6 horas
 - **Evitar AINEs, aspirina** (riesgo sangrado/acidosis en dengue).
- **Reposo absoluto durante fase aguda.**



CAPÍTULO 6

POBLACIONES
ESPECIALES:
EMBARAZADAS Y
RECIÉN NACIDOS



VI. Poblaciones especiales: Embarazadas y Recién Nacidos

6.1 Embarazadas

- **Vigilancia y control prenatal:** La detección temprana de los síntomas es clave. La guía de Zika del Ministerio de Salud de Panamá enfatiza que toda mujer embarazada, sin importar la semana de gestación, con sospecha de infección por el virus Zika, debe ser monitoreada estrechamente. En el caso de dengue, las embarazadas sin signos de alarma se clasifican en el Grupo B1 y deben ser hospitalizadas para una observación estricta.
- **Transmisión vertical y neonatal:**
 - **Zika:** La infección materna por Zika durante el embarazo puede transmitirse al feto, lo que aumenta el riesgo de que el bebé nazca con el Síndrome Congénito por Zika (SCZ), que incluye microcefalia y otras malformaciones cerebrales. Es de importancia el seguimiento y la vigilancia intensiva de estos embarazos.
 - **Chikunguña:** Existe un riesgo de transmisión vertical, especialmente si la madre se infecta durante la semana anterior al parto. Esto puede provocar una enfermedad grave en el recién nacido.
 - **Dengue y Oropouche:** La transmisión de la madre al recién nacido también puede ocurrir, aunque las consecuencias no son tan severas como en el caso del Zika.

Ante sospecha de arbovirosis (especialmente Zika u Oropouche), reforzar vigilancia prenatal.

- **Realizar pruebas diagnósticas de laboratorio** (RT-PCR/serología) en embarazadas febriles.
- **Hacer ecografías seriadas: en Zika,** buscar malformaciones (microcefalia, calcificaciones cerebrales).
- **En dengue, vigilar signos de alarma,** fiebre elevada de 2-7 días acompañada de rubicundez facial, poli artralgia, dolor retro orbitario, fotofobia, cefaleas, anorexia, náusea y vómitos, trombocitopenia severa y riesgo de hemorragia al .



parto. **Toda paciente embarazada con diagnostico sospechoso de dengue tiene que referirse a una unidad de mayor complejidad.**

- **En chikunguña y Oropouche, alertar sobre posibilidad teórica de transmisión vertical.**
- Efectivamente, se han reportado fetos de madres con **Oropouche con aborto espontáneo y malformaciones** (microcefalia). Consultar a ginecólogo obstetra. **En caso de fiebre materna periparto, considerar profilaxis neonatal y monitoreo intensivo del recién nacido.**

6.2 Recién Nacidos

El manejo del recién nacido depende del momento en que la madre se infectó y de la gravedad de su cuadro clínico.

- **Monitoreo en caso de infección materna por Zika:** Se recomienda un seguimiento del recién nacido durante al menos 12 meses si la madre tuvo Zika durante el embarazo, con especial atención al desarrollo neurológico y al perímetro cefálico. Esto permite una detección temprana de cualquier signo de SCZ.
- **Manejo del recién nacido de madre con Chikunguña:** Si la madre tuvo fiebre peri-parto (días antes del parto), se debe monitorear al recién nacido por síntomas como fiebre, erupción maculopapular, cuadros graves de meningoencefalitis, insuficiencia respiratoria, hepatitis grave, insuficiencia renal aguda con una mortalidad cercana al 50%.
- **Tratamiento de apoyo:** El manejo de los recién nacidos sintomáticos es de apoyo, con hidratación y el uso de acetaminofén para la fiebre, siempre evitando los AINES.

Si la madre tuvo arbovirosis en embarazo tardío o parto, realizar diagnóstico oportuno al neonato (RT-PCR en sangre del RN o de cordón umbilical).



Vigilar complicaciones:

Dengue: Riesgo de dengue grave neonatal.

Chikunguya: Infección perinatal puede causar enfermedad grave en el neonato.

Zika/Oropouche: Evaluación neurológica completa y seguimiento del desarrollo.

Zika: 5-15% de los embarazos complicados con ZIKA podrán tener fetos afectados.

Todo RN con madre infectada en el tercer trimestre debe controlarse en consulta pediátrica.

Clínica y Diagnóstico

Asintomática 1/5 casos. Se presenta fiebre, exantema maculo papular cefalocaudal, irritabilidad, conjuntivitis.

Tratamiento

Tratamiento de síntomas y ante la sospecha clínica o diagnóstico inmunológico, **referir a medicina materno fetal.**

Resultado perinatal: Probabilidad de malformación del sistema nervioso central fetal siendo la microcefalia la más frecuente.



CAPÍTULO 7

NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA Y
VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA



VII. Notificación Obligatoria y Vigilancia Epidemiológica

El dengue, la chikunguña, el zika y la enfermedad por virus Oropouche son eventos de interés en salud pública que requieren vigilancia epidemiológica continúa debido a su potencial de transmisión, capacidad de producir brotes y riesgo de complicaciones graves. La detección, registro y notificación oportuna de los casos constituyen una responsabilidad de todos los establecimientos de salud públicos y privados, así como del personal sanitario involucrado en la atención de pacientes.

En Panamá, la vigilancia epidemiológica se rige por las disposiciones y procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Pública y el Departamento Nacional de Epidemiología. La notificación de enfermedades sujetas a vigilancia obligatoria debe realizarse de conformidad con las normas nacionales de vigilancia epidemiológica y los formularios oficiales de investigación y notificación vigentes.

Todo caso sospechoso, probable o confirmado de arbovirosis deberá notificarse de manera oportuna al sistema nacional de vigilancia epidemiológica, conforme a los lineamientos nacionales vigentes. Esta información constituye la base para la investigación epidemiológica, la identificación de áreas de transmisión, la detección temprana de brotes y la implementación de medidas de prevención y control.

La vigilancia epidemiológica deberá complementarse con la investigación del caso, la búsqueda activa de casos relacionados, el análisis epidemiológico de la información disponible, la vigilancia laboratorial y las acciones de control vectorial, en coordinación con los equipos regionales y locales de salud.



Marco normativo aplicable

Las actividades de notificación y vigilancia epidemiológica de las arbovirosis deberán realizarse de acuerdo con los instrumentos normativos vigentes del Ministerio de Salud, entre ellos:

- **Decreto Ejecutivo N.º 1617 de 21 de octubre de 2014**, relacionado con el sistema nacional de vigilancia epidemiológica.
- Normas de Vigilancia y Formularios de Notificación del Ministerio de Salud.
- Normas nacionales de vigilancia epidemiológica para dengue y vigilancia del vector *Aedes aegypti*.
- Lineamientos, alertas epidemiológicas y procedimientos de vigilancia emitidos por la Dirección General de Salud Pública y el Departamento Nacional de Epidemiología.

Prevención y Control

La prevención y el control de estas arbovirosis se basan en estrategias similares a las utilizadas para el dengue, pero con algunas particularidades.

- **Control del Vector:** El control del mosquito **Culex** para el VNO y del **Aedes** para la Fiebre Amarilla es fundamental. Esto incluye la eliminación de criaderos, a través de tratamiento focal y adulticida.
- **Vacunación:** La vacuna contra la **Fiebre Amarilla** es la medida preventiva más efectiva. La vacunación masiva en áreas de riesgo ha sido clave para controlar la enfermedad. Para el resto no se cuenta con vacunas en humanos.
- **Vigilancia Epidemiológica:** El diagnóstico oportuno y la vigilancia son cruciales para detectar brotes incipientes y responder de manera rápida. La detección de casos en aves, caballos y mosquitos puede servir como un sistema de alerta temprana.



CAPÍTULO 8

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD



VIII. Medidas de Prevención y Promoción de la Salud

8.1 Promoción de la Salud y Componentes de Participación Social, Educación para la Salud y Comunicación para la Salud.

En nuestra comunidad, la salud y el bienestar de todos dependen en gran medida de nuestras acciones y conocimientos. La promoción de la salud no sólo implica tomar medidas individuales, sino también participar activamente en la protección de nuestro entorno y en la educación de quienes nos rodean. La prevención de enfermedades como las arbovirosis, transmitidas por el mosquito *Aedes aegypti*, es un ejemplo claro de cómo el esfuerzo colectivo de las personas, las comunidades, los líderes comunitarios, las instituciones, mediante la gobernanza local, puede marcar la diferencia.

Además, la educación, la comunicación efectiva y la participación en campañas comunitarias son fundamentales para fortalecer nuestra protección. La vacunación, cuando esté disponible, junto con las medidas de higiene y control del entorno, forma parte de un enfoque integral que nos ayuda a reducir la incidencia de estas enfermedades y a vivir en un entorno más saludable.

8.1.1 Acciones para la prevención de arbovirosis:

Utilizando la metodología de trabajo en conjunto del sector salud, las instituciones, las comunidades, los líderes comunitarios, la familia y el individuo con la gobernanza local.

1. Eliminación de criaderos de mosquitos:

- **Eliminar recipientes con agua estancada:** Es fundamental revisar regularmente el hogar y sus alrededores para eliminar objetos que puedan acumular agua, como llantas viejas, los maceteros, botellas, tapas, y otros objetos que no use. También es importante limpiar canaletas y desagües para evitar que se acumulen aguas lluvias.
- **Mantener desagües limpios:** Los desagües obstruidos pueden acumular agua y convertirse en criaderos. Limpie y desinfecte estos lugares periódicamente.



- **Cambiar agua de bebederos:** La recomendación es hacerlo al menos cada 2-3 días para evitar que los huevos de los mosquitos eclosionen en el agua estancada.
- **Limpieza profunda de contenedores de agua para uso cotidiano:** Se recomienda que todo envase utilizado para almacenar agua para uso cotidiano debe cepillarse los bordes cuando este vacío, para evitar que los huevos del mosquito estén adheridos al mismo, también es importante que estos envases estén tapados de forma hermética.

2. Uso de barreras físicas:

- **Malla mosquiteras en puertas y ventanas:** Instalar mallas finas ayuda a impedir que los mosquitos ingresen a los hogares, especialmente en las habitaciones donde duerme.
- **Ropa protectora:** Usar ropa de manga larga, pantalones largos y colores claros en horas de mayor actividad del mosquito (amanecer y atardecer) reduce las áreas de piel expuesta.

3. Aplicación de repelentes:

- **Elegir repelentes aprobados:** Busque productos que contengan ingredientes aprobados por el Ministerio de Salud y que además cuenten con su registro sanitario vigente.
- **Reaplicar según indicaciones:** La duración de la protección varía, por lo que es importante reaplicar después de cierto tiempo, especialmente si suda mucho o se moja.

4. Control químico y biológico:

- **Fumigaciones:** Las campañas de fumigación deben ser realizadas por el personal de control de vectores y en coordinación con los Directores Médicos de los Centros de Salud. Es importante seguir las recomendaciones para evitar riesgos a la salud.



- **Larvicidas:** Estos productos se aplican en recipientes con agua que no puedan eliminarse, como tanques de almacenamiento o fuentes de agua estancada, para matar las larvas antes de que se conviertan en mosquitos adultos.

5. Educación y sensibilización comunitaria:

- **Campañas informativas:** Participar en charlas, talleres y campañas en su comunidad para aprender y difundir buenas prácticas de higiene y control de criaderos.
- **Participación social activa:** La prevención requiere del esfuerzo colectivo. Organizar jornadas de limpieza y fomenta la colaboración entre vecinos para mantener el entorno libre de criaderos, mediante el seguimiento de las acciones y fomentando la sostenibilidad de estas a largo plazo.

6. Vigilancia epidemiológica Comunitaria:

- **Reportar casos sospechosos:** Si tú o alguien en tu familia presenta síntomas como fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular o erupciones, acude al Centro de Salud más cercano y reporta la situación para que las autoridades puedan actuar rápidamente.
- **Participar en campañas de control:** Mantente informado sobre las campañas informativas y control del vector en tu área y participa activamente en ellas.

7. Protección durante viajes:

- **Precauciones en zonas de brote:** Si viaja a áreas con brotes de alguna arbovirosis, use repelente, ropa protectora y evita áreas con alta presencia de mosquitos.
- **Información actualizada:** Consulte las recomendaciones de las autoridades del Ministerio de Salud antes de viajar y sigue sus indicaciones para reducir riesgos.



8.1.2 Mensajes clave para el plan educativo del paciente que ha padecido alguna Arbovirosis:

- 1. Importancia de completar el tratamiento y seguir las indicaciones médicas:** *"Para recuperarte completamente y evitar complicaciones, es fundamental que sigas las instrucciones de tu médico, tomes los medicamentos en el horario indicado y asistas a tus controles médicos."*
- 2. Prevención de futuras infecciones:** *"Después de haber padecido alguna arbovirosis, es importante que tomes medidas para evitar volver a infectarte. Eliminar criaderos de mosquitos en tu hogar y usar protección personal son pasos clave."*
- 3. Reconocer signos de alarma y buscar atención oportuna:** *"Si experimentas síntomas como fiebre alta, dolor intenso, dificultad para respirar, sangrado o debilidad extrema, acude inmediatamente a un centro de salud. La detección temprana puede salvar vidas."*
- 4. Mantener hábitos de higiene y control del entorno:** *"Participa en las campañas comunitarias para eliminar criaderos y mantener tu entorno limpio. La participación ayuda a proteger a toda la comunidad."*

"El arma más efectiva contra el mosquito, la tienes en tus manos, elimina los criaderos en tu casa y los alrededores"
- 5. Uso correcto de repelentes y protección personal:** *"Utiliza repelentes aprobados en la piel y la ropa, especialmente en horas de mayor actividad del mosquito (amanecer y atardecer). Usa ropa de manga y pantalones largos cuando estés en zonas de riesgo."*
- 6. Educación y sensibilización continua:** *"Infórmate y comparte información sobre las arbovirosis. La educación comunitaria es fundamental para reducir la transmisión y proteger a todos."*



- 7. **Vacunación y seguimiento:** *"Si existe disponibilidad de vacunas o campañas de vacunación en tu área, participa para fortalecer tu protección contra estas enfermedades."*
- 8. **Cuidado emocional y apoyo:** *"Enfrentar una arbovirosis puede ser estresante. No dudes en buscar apoyo emocional y compartir tus dudas con los profesionales de la salud."*

8.1.3 Control físico de los criadores del vector en el hogar:

- 1. **Eliminar criaderos de mosquitos:** Revisa y elimina cualquier recipiente, macetero, llantas, o basura que pueda acumular agua estancada, ya que estos son lugares ideales para que los mosquitos pongan sus huevos.
- 2. **Mantener los recipientes tapados:** Asegúrate de que cubres bien los tanques de agua, cubos, y otros recipientes que puedan almacenar agua, para evitar que los mosquitos tengan acceso a ellas.
- 3. **Limpieza regular de áreas de agua:** Cambia el agua de bebederos de mascotas y otros recipientes con frecuencia de 2 a 3 días, recuerde cepillar los bordes para eliminar los huevos del mosquito adheridos.
- 4. **Utilizar barreras físicas:** Instala mallas mosquiteras en ventanas y puertas para impedir la entrada de mosquitos en el hogar.
- 5. **Revisar y mantener techos y canaletas:** Limpia y desengrasa las canaletas para evitar acumulación de agua y posibles criaderos.
- 6. **Colocar ventiladores:** Los mosquitos tienen dificultades para volar en ambientes con corrientes de aire, así que usar un abanico puede ayudar a mantenerlos alejados



8.1.4 Medidas de promoción de la salud para el seguimiento médico en unidades de atención primaria al egresar del hospital:

- 1. **Información clara y accesible:** Entregar folletos o carteles con instrucciones sencillas sobre los cuidados necesarios, medicamentos y citas de seguimiento.
- 2. **Programar citas de seguimiento:** Asegurar que el paciente tenga agendada su próxima consulta antes de salir del hospital, para continuar con su atención de manera oportuna.
- 3. **Educación en autocuidado:** Brindar orientación sobre hábitos saludables, alimentación adecuada, higiene y reconocimiento de signos de alarma que requieran atención inmediata.
- 4. **Llamadas o mensajes de recordatorio:** Enviar recordatorios por teléfono o mensajes de texto sobre las citas próximas y recomendaciones médicas.
- 5. **Involucrar a la familia:** Capacitar a los familiares para que apoyen en el seguimiento y cuidado del paciente en casa.
- 6. **Facilitar el acceso a servicios:** Informar sobre los recursos disponibles en el Centro de Salud, como centros de salud, programas de prevención y atención comunitaria.
- 7. **Seguimiento personalizado:** Realizar visitas domiciliarias o llamadas de seguimiento para verificar el estado del paciente y resolver dudas o dificultades.



8.1.5 Medidas de promoción de la salud para fomentar la búsqueda de atención médica inmediata y oportuna en caso de progresión de gravedad:

- 1. **Educación sobre signos de alarma:** Informar a la comunidad sobre los síntomas que indican una posible gravedad, como dolor abdominal intenso y continuo, mareo o desmayo, vomito persistente, somnolencia, sangrado en encías, nariz, vomito, orina y heces.
- 2. **Campañas de sensibilización:** Realizar campañas en medios, Centros de Salud y comunidades para reforzar la importancia de buscar ayuda rápidamente ante cualquier signo de empeoramiento.
- 3. **Fomentar la cultura de la prevención:** Promover que las personas no esperen a que los síntomas empeoren, sino que acudan de inmediato al Centro de Salud más cercano ante cualquier duda o cambio en su condición.
- 4. **Promover la comunicación efectiva:** Fomentar que las personas tengan a mano sus datos médicos, antecedentes y contactos de emergencia para facilitar una atención rápida y adecuada.
- 5. **Trabajo en red comunitaria:** Involucrar a líderes, organizaciones, juntas comunales y juntas locales, para que refuercen el mensaje y apoyen en la identificación temprana de casos graves.

Ante este escenario, es imperativo reforzar las acciones de promoción de la salud y prevención comunitaria, centradas en el control integral del vector *Aedes aegypti*, mediante la eliminación de criaderos, la educación sanitaria y el uso de medidas de protección personal. Estas intervenciones siguen siendo la base para mitigar la transmisión en el corto y mediano plazo.



CAPÍTULO 9

ORGANIZACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD
ANTE EL AUMENTO DE CASOS
Y SITUACIONES DE EPIDEMIA



IX. Organización de los servicios de salud ante el aumento de casos y en situaciones de epidemia

9.1 Atención primaria y secundaria

Los niveles de atención primarios y secundarios **son responsables en las áreas de emergencia o ambulatorias de un adecuado Triage** (selección de pacientes) para un tratamiento apropiado. El Triage es el proceso de clasificación rápida de pacientes, para determinar la prioridad de la atención médica en función de la gravedad de su condición.

Las instalaciones de salud hospitalarias deben elaborar un plan de contingencia, que debe incluir capacitación, reordenamiento de los servicios médicos, aplicación de las guías de los manejos de casos y el establecimiento de un triage.

9.2 Centros de referencia

Los centros de referencia que reciben pacientes graves deben ser capaces de proporcionar una atención rápida a los casos remitidos. Deben garantizar que existan camas disponibles para los que reúnan los criterios de hospitalización, aun cuando algunos casos seleccionados tengan que ser contra referidos, según la organización de los servicios de salud.

Ante una contingencia, todos los hospitales deben tener un área o servicio asignada para el tratamiento de pacientes con dengue y dependiendo de la situación regional o **local se implementarán servicios de dengue 24/7 en la red primaria según necesidad.** Estos servicios de dengue deben contar con personal médico y de enfermería entrenados para una correcta clasificación de caso, para implementar el acompañamiento, seguimiento y tratamiento apropiados. Además, estos servicios deben contar con los insumos y el apoyo diagnóstico adecuado.



9.3 Recursos necesarios

En la detección y tratamiento de las arbovirosis se necesitan recursos para proporcionar buena atención médica en todos los niveles. **Se detallan los siguientes:**

- a. **Recursos humanos:** El recurso más importante es el humano médicos y enfermeras capacitados. **Debe asignarse al primer nivel de atención personal entrenado para el Triage y el tratamiento de la emergencia.** Las instalaciones de salud deben estar bien equipadas y con personal entrenado para proporcionar atención médica inmediata y transitoria a los pacientes que requieran terapia hídrica intravenosa hasta que puedan ser remitidos o ser dados de alta.
- b. **Recursos de laboratorio:** El laboratorio debe estar **equipado según su nivel de atención,** con resultados en un tiempo pertinente.
- c. **Insumos:** Soluciones cristaloides isotónicos y equipos para la administración de soluciones intravenosas.
- d. **Medicamentos:** Existencia suficiente de acetaminofén, metamizol y sales de hidratación oral.
- e. **Comunicaciones:** Accesibles con **facilidad entre todos los niveles de atención.**
- f. **Banco de sangre:** Acceso a hemocomponentes / hemoderivados fácilmente disponibles, cuando sea necesario.
- g. **Materiales y equipos:** Esfigmomanómetros (adecuados para la circunferencia del brazo del paciente y según la edad del niño), termómetros, estetoscopios, básculas. Disponer de carro de reanimación (choque).
- h. **Educación y capacitación:** Asegurar que el personal de salud en todos los niveles, **especialmente en la atención primaria y en las urgencias, estén capacitado en el diagnóstico clínico,** la clasificación y el manejo de las arbovirosis.



Cuando ocurra un aumento de **casos de Arbovirosis** deberán tomarse en cuenta un plan de contingencia con base en la reorganización de servicios de salud con énfasis en reforzar el primer nivel de atención.

Este plan de contingencia deberá incluir los siguientes puntos:

- **Clasificación rápida de pacientes por medio de un TRIAGE** específico para arbovirosis.
- **Apertura de salas de hidratación intravenosa** en las instalaciones de salud o en carpas temporales.
- **Extensión de horarios y refuerzo de turnos** con personal adicional, incluyendo la evaluación de creación de Equipos Locales de Respuesta Rápida.
- **Disposición prioritaria de insumos** como suero de rehidratación oral, soluciones intravenosas y medicamentos como antipiréticos.
- **Registro y notificación diaria** para vigilancia epidemiológica de los casos.



CAPÍTULO 10

OTRAS ARBOVIROSIS
DE IMPACTO EN LA
SALUD PÚBLICA



X. Otras Arbovirosis de impacto en Salud Pública

Es crucial reconocer que, si bien el Dengue, Zika, Chikunguya y Oropouche dominan el panorama mediático y de salud pública, existen otros arbovirus que representan una amenaza emergente o subestimada.

10.1 Arbovirosis con Potencial de Impacto

Aparte de los "cuatro grandes", otros arbovirus circulan en la región y tienen el potencial de causar brotes significativos, tales como:

- 1. Fiebre Amarilla:** Si bien la vacuna ha controlado su incidencia, la urbanización y la reforestación descontrolada aumentan el riesgo de reemergencia, especialmente en zonas con alta densidad de mosquitos *Aedes aegypti*.
 - Países más afectados:** Brasil, Colombia, Ecuador, Bolivia y Perú han experimentado brotes esporádicos en los últimos años, principalmente en áreas de selva.
 - Incidencia:** La incidencia ha disminuido significativamente en estos países mencionados, debido a la vacunación, pero los brotes persisten, especialmente en las zonas de transición entre la selva y las áreas urbanas, donde los vectores silvestres (géneros *Sabethes* y *Haemagogus* y el reservorio animal (monos) coexisten.
 - Clínica y Presentación:** La presentación clínica de estas arbovirosis puede ser variada y a menudo asintomática, lo que dificulta su detección y vigilancia.
 - Fase Aguda:** Se caracteriza por fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolor muscular y náuseas.
 - Fase Tóxica:** En un pequeño porcentaje de pacientes, la enfermedad progresa a una fase más grave con ictericia (coloración amarillenta de la piel y ojos), hemorragias (sangrado por nariz, boca u otros orificios) e insuficiencia multiorgánica.



2. **Virus del Nilo Occidental (VNO):** Es una amenaza constante. Su vector principal es el mosquito **Culex**, a diferencia de los otros arbovirus que tienen como **vector principal al mosquito Aedes**.

- **Países más afectados:** Estados Unidos ha reportado la mayoría de los casos de enfermedad neuro invasiva en las Américas. Sin embargo, la circulación del virus se ha detectado en países como Canadá, México, Argentina, Brasil, Colombia y Venezuela.
- **Incidencia:** La incidencia en Estados Unidos ha fluctuado, pero sigue siendo un problema de salud pública, con brotes estacionales principalmente en verano y otoño.
- **Clínica y Presentación:**
 - **Forma Asintomática:** Aproximadamente el **80% de las infecciones** son asintomáticas. Un 20% de los casos presentan síntomas leves, como fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular y erupción cutánea.

Enfermedad Neurológica Severa: En menos del 1% de los casos, puede progresar a encefalitis, meningitis o parálisis flácida aguda. Esto ocurre principalmente en personas mayores y con sistema inmunológicos comprometidos.

3. **Virus Mayaro:** Arbovirosis causada por el virus Mayaro (MAYV), un *Alphavirus* transmitido por mosquitos, con manifestaciones clínicas similares a la chikunguña.

- **Países más afectados:** Se ha reportado principalmente en Brasil, Perú, Bolivia y Venezuela, aunque también se ha documentado circulación en Panamá y otros países de América Latina.
- **Clínica y presentación:** Se caracteriza por fiebre aguda, artralgias intensas, cefalea, mialgias y exantema leve. Generalmente es una enfermedad autolimitada, aunque el dolor articular puede persistir durante semanas o meses.

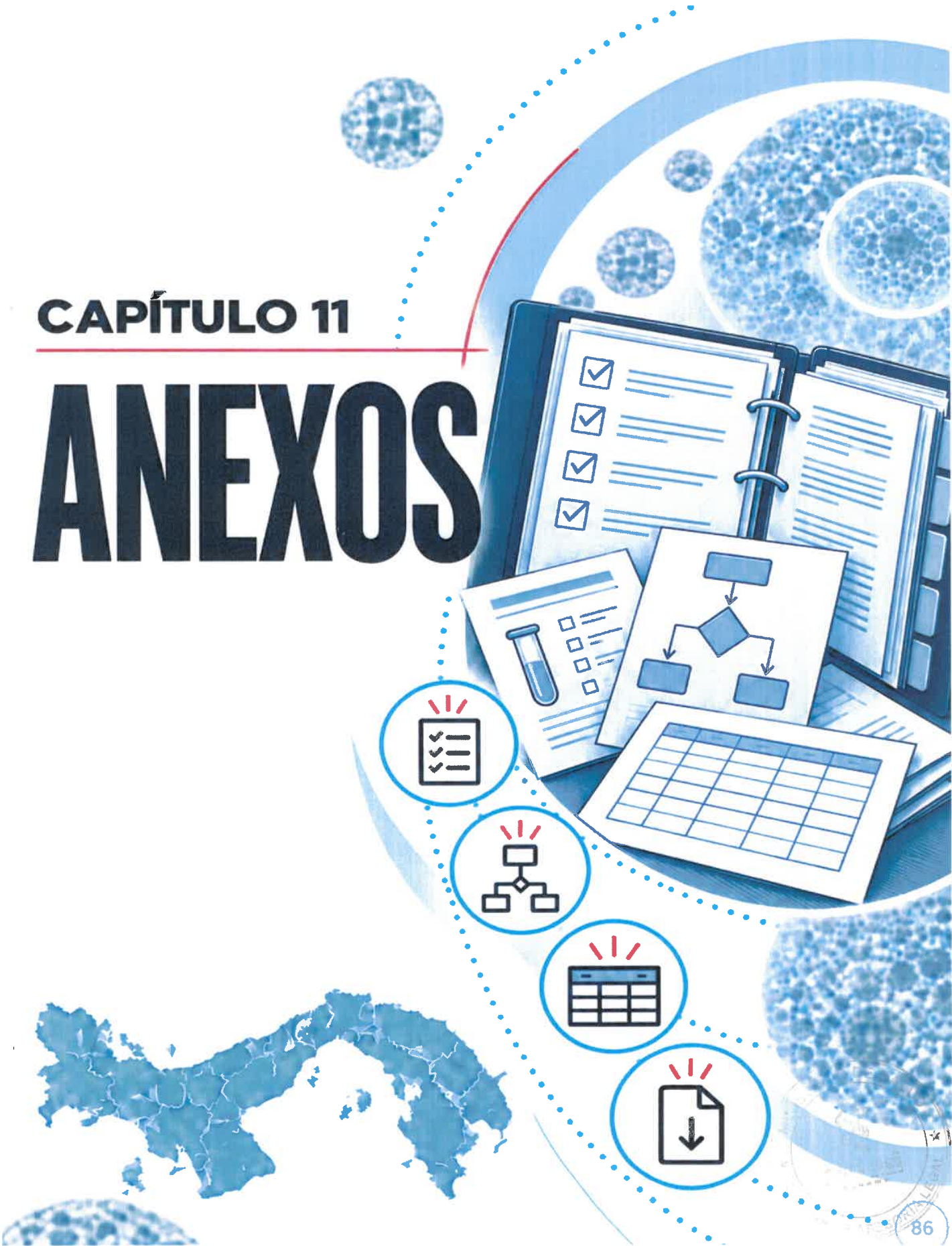


4. **Virus equinos encefalíticos:** Grupo de arbovirus del género *Alphavirus*, transmitidos principalmente por mosquitos, capaces de producir enfermedad neurológica grave en humanos y équidos.
- o **Países más afectados:** Se han reportado casos y brotes en Argentina, Uruguay, Panamá, Venezuela, Colombia y Brasil, entre otros países de la Región de las Américas.
 - o **Clínica y presentación:** Inician con fiebre, cefalea y mialgias, y pueden progresar a convulsiones, alteración del estado de conciencia, meningoencefalitis, coma o muerte. Los casos graves requieren hospitalización y manejo de soporte intensivo.



CAPÍTULO 11

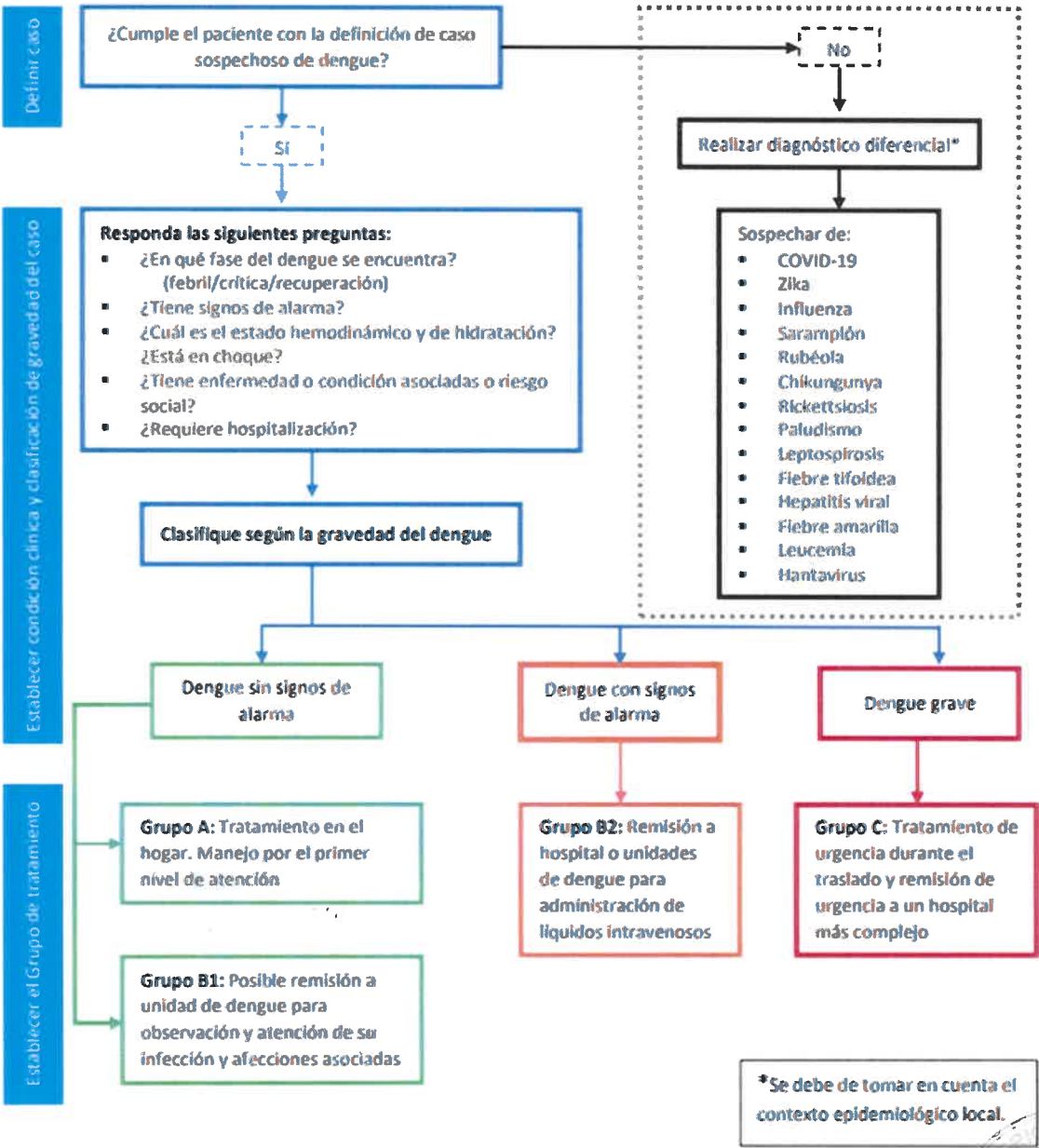
ANEXOS



XI. Anexos

11.1 Algoritmo para la Atención de Casos Sospechosos de Dengue (OPS)

Algoritmo para la Atención de Casos Sospechosos de Dengue

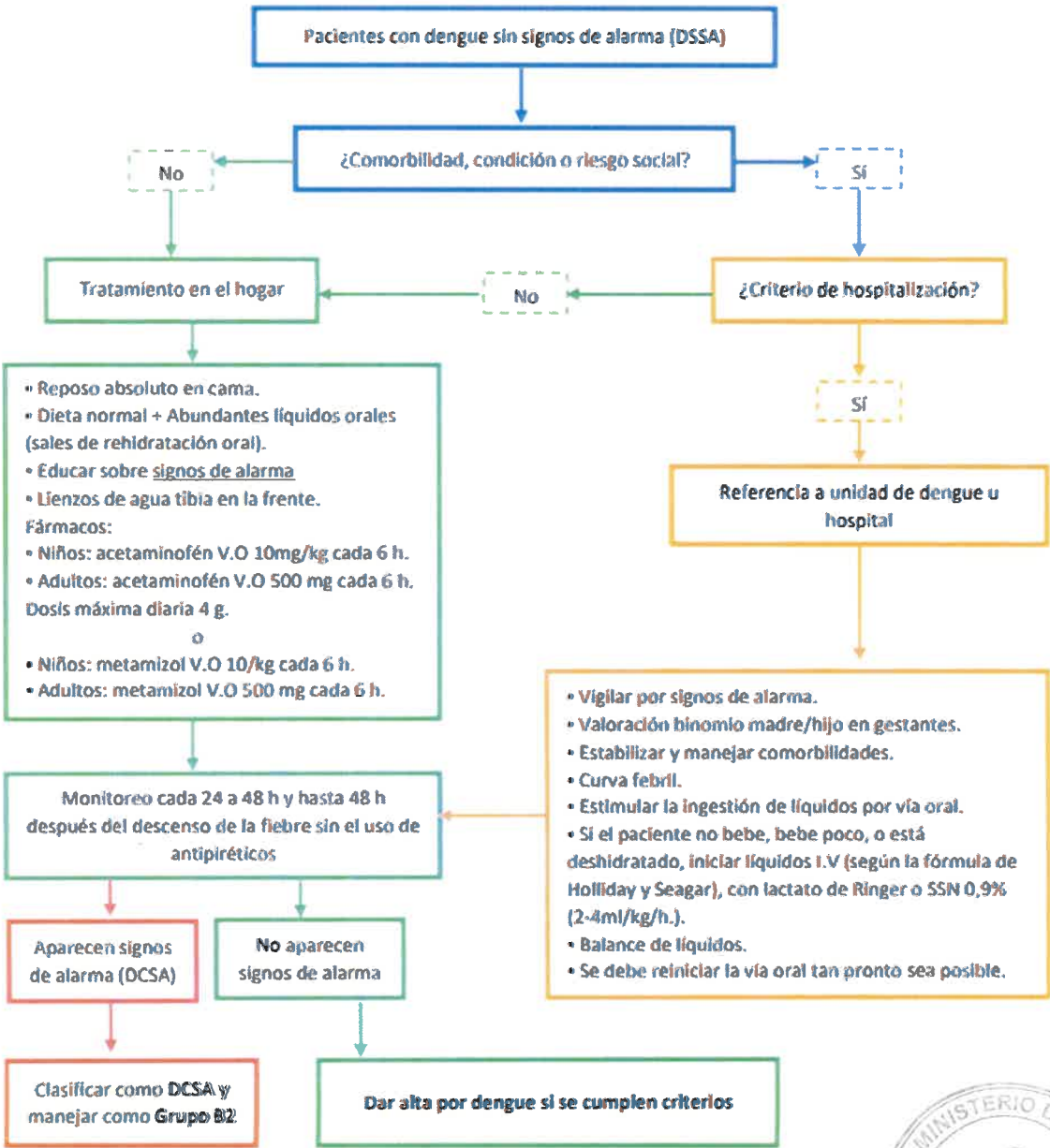


Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikungunya y el zika. Washington, D.C.: 2022



11.2 Algoritmo para el Manejo con Dengue Sin Signos de Alarma (DSSA) – Grupo A y B1 (OPS)

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

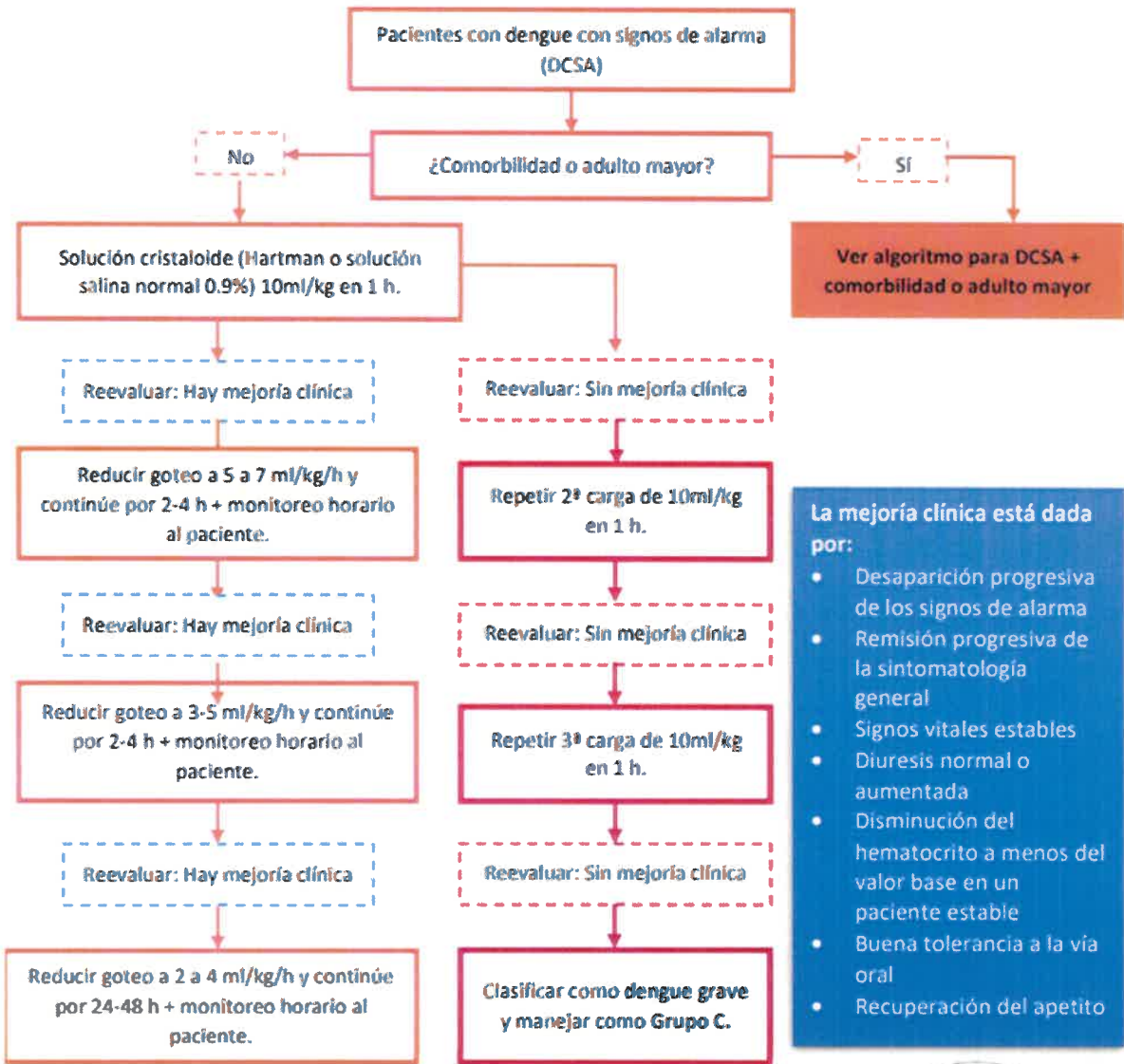


Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikungunya y el zika. Washington, D.C.; 2022



11.3 Algoritmo para el Manejo Líquido Intravenosos en Pacientes con Dengue con Signos de Alarma (DCSA) – Grupo B2 (OPS)

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

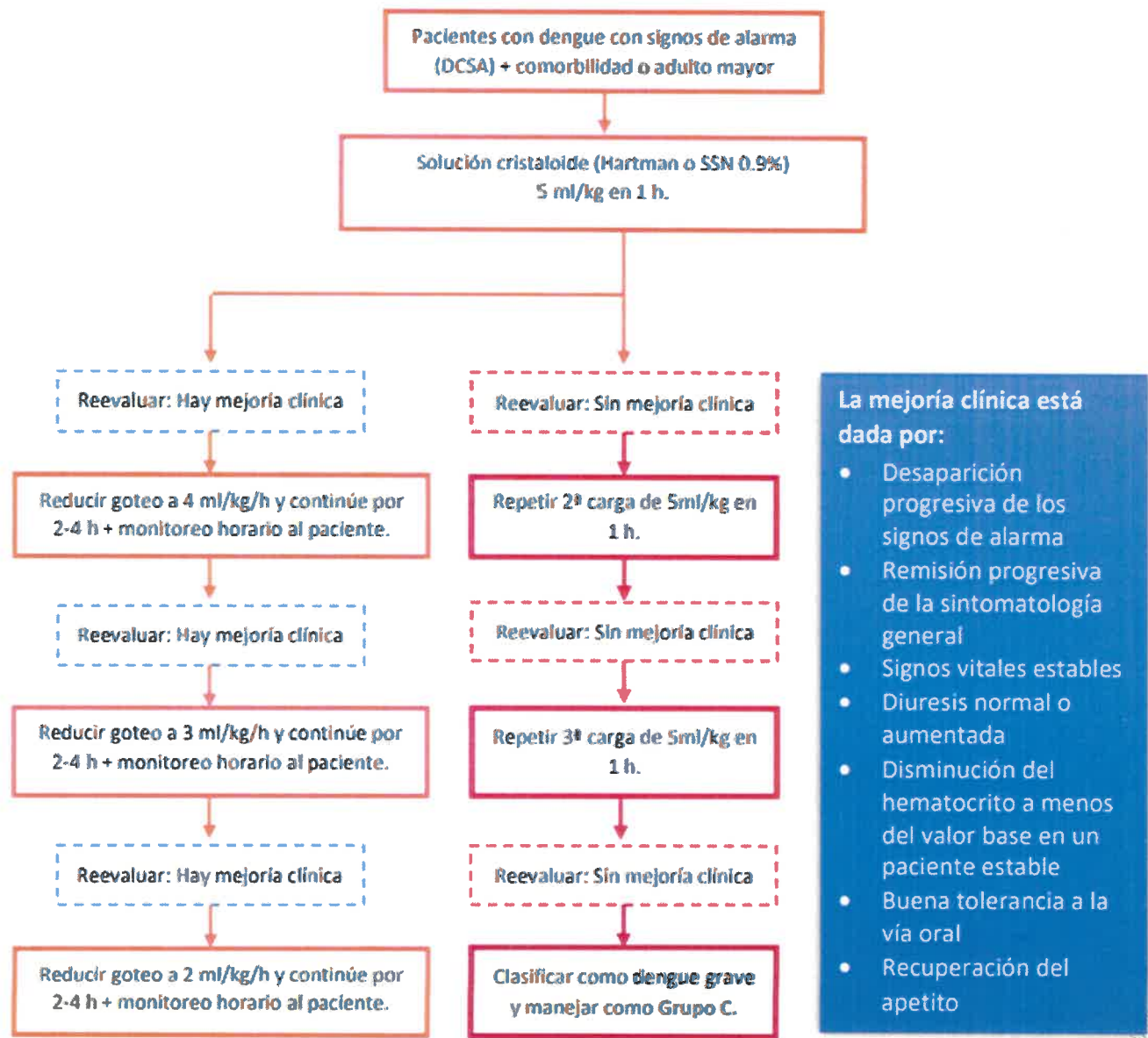


Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikungunya y el zika. Washington, D.C.; 2022



11.4 Algoritmo para el Manejo Líquido Intravenosos en Pacientes con Dengue con Signos de Alarma (DCSA) + Comorbilidad o Adulto Mayor – Grupo B2 (OPS)

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

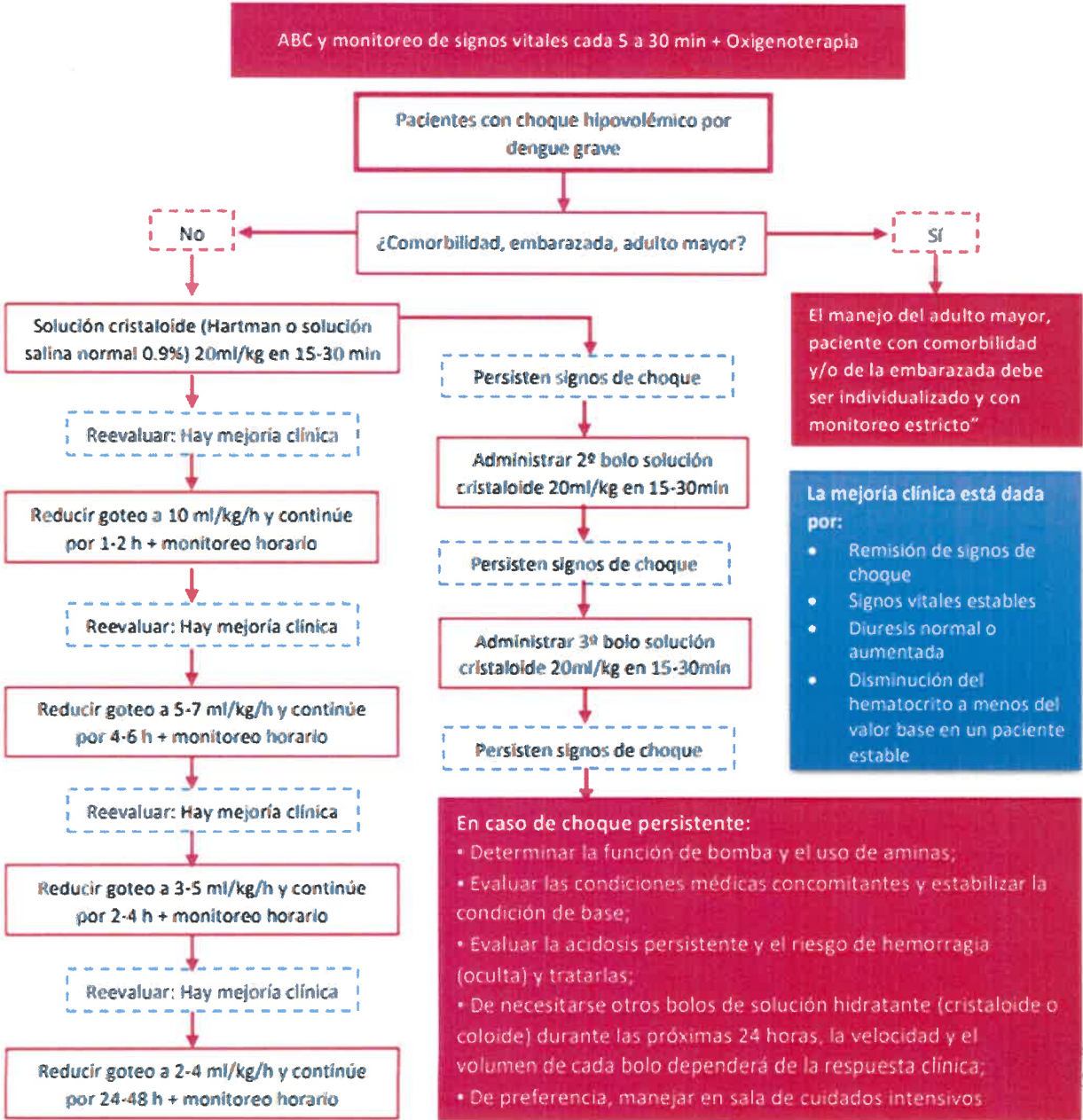


Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikungunya y el zika. Washington, D.C.; 2022



11.5 Algoritmo para el Manejo Líquido Intravenoso en Pacientes con Dengue con Choque Hipovolémico por Dengue Grave – Grupo (OPS)

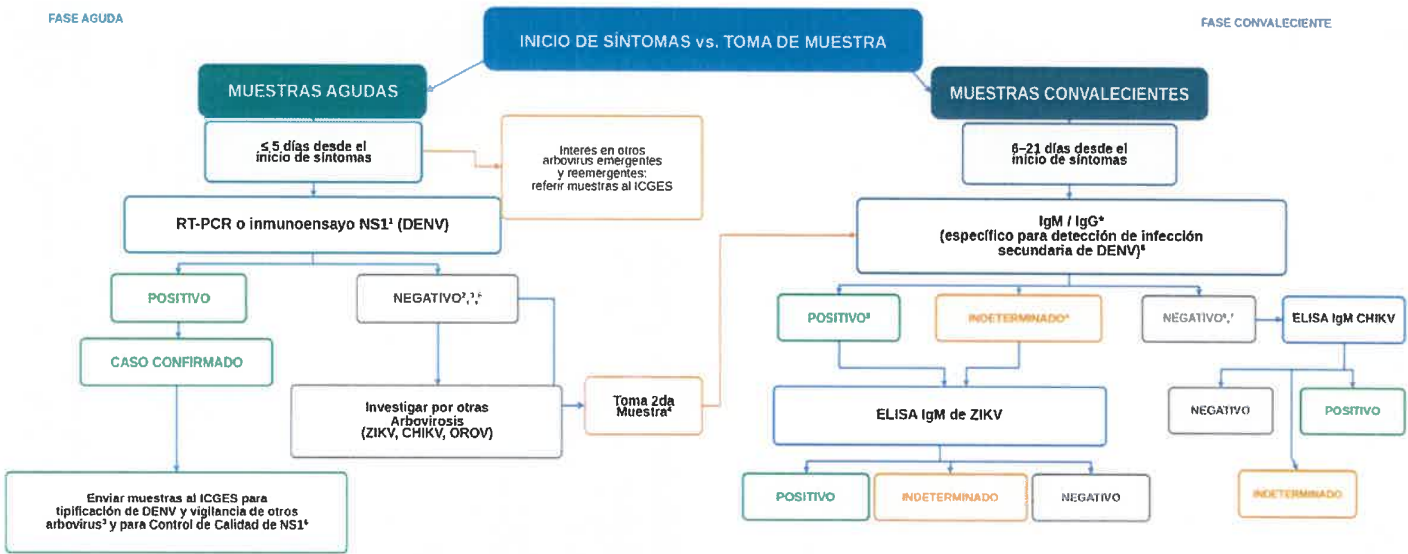
Algoritmo para el Manejo de Líquidos Intravenosos en Pacientes con Choque Hipovolémico por Dengue Grave – Grupo C



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikungunya y el zika. Washington, D.C.; 2022



11.6 Algoritmo de Laboratorio para casos sospechosos por Arbovirosis



Notas

1. Inmunoensayo (incluye ELISA, ELFA y otras metodologías relacionadas)
2. Un resultado negativo no descarta la enfermedad
3. Enviar 25% de muestras positivas y 10% de muestras negativas mensualmente a laboratorio molecular/virología - ICGES
4. Tomar segunda muestra 15 días después de la primera muestra
5. Si el paciente cumple con el criterio médico, enviar muestra al ICRSP-ICGES para ELISA IgM de ZIKV
6. Enviar 10% de muestras positivas y negativas para control de calidad. Sección de inmunovirología ICRSP
7. Si el médico lo considera por la clínica del paciente, realizar la prueba

Fuente: Elaboración propia de DIGESA, MINSA, 2026.



11.7 Tipo de muestras para el diagnóstico de Arbovirosis

Tipo de muestras para el diagnostico de arbovirus

**PARA PRUEBAS MOLECULARES**

*Suero 0-5 días de evolución (5-7 mL sangre)

****En caso de neonatos tomar dos microtainers sin anticoagulante.**



Muestras adicionales para pacientes embarazadas

*Orina (hasta 14 días de evolución)

****Líquido amniótico (sujeto a criterio del médico especialista)**



Pacientes con Síndrome de Guillain-Barré (SGB) u otros síndromes neurológicos

*Orina

****Líquido cefalorraquídeo (sujeto a criterio del médico especialista)**

**PARA PRUEBAS SEROLÓGICAS**

*Suero > 5 días de evolución (5-7 mL sangre).

****Recordar que existen pruebas descentralizadas.**

***En arbovirosis emergentes o reemergentes los criterios de aceptación son acorde a la disponibilidad del reactivo (usualmente son caseros).

Conservación de muestras hasta su envío:



Envío dentro las 48 horas de recolectada la muestra: 4°C-8°C

Envío en un tiempo no mayor de 7 días: -10°C a -20°C

Envío en un tiempo mayor de 7 días: -30°C a -80°C

Muestras para síndrome congénito y/o casos fatales

Cantidad (volumen)

Suero de la madre	5-7 mL
Suero del recién nacido	0.5 - 1mL
Sangre del cordón umbilical	0.5 - 1mL
Placenta (lado materno)	3 x 3cm (aprox.)
Placenta (lado fetal)	3 x 3cm (aprox.)
Cordón umbilical	3cm
LCR recién nacido	0.5mL
Tejido***	3 x 3cm (aprox.)



***** Casos fatales: cerebro, hígado, riñón, bazo, producto de aborto, sin preservantes.**



Se debe garantizar la cadena de frío (4-8°C) durante su transporte al ICGES. Para ello emplear hielo seco o suficientes geles refrigerantes (pads fríos).
Utilizar siempre triple embalaje.

Utilizar siempre triple embalaje.

PREVENCIÓN • VIGILANCIA • RESPUESTA • SALUD PARA TODOS

Fuente: Elaboración propia de DIGESA, MINSA, 2026.



11.8 Formulario para la Notificación Obligatoria Individual de eventos de Salud Pública

REPÚBLICA DE PANAMÁ MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS FORMULARIO PARA LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA INDIVIDUAL DE EVENTOS DE SALUD PÚBLICA									
I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE									
N° de cédula			N° Historia clínica o pasaporte (si no tiene cédula)				Asegurado: Si ☐ No ☐		
Nombres				Apellidos					
Fecha de Nacimiento		Día	Mes	Año	Edad cumplida:		Años	Meses	Días y Horas
Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐		Ocupación			Responsable (en menor, discapacidad o adulto mayor)				
Embarazada: No ☐ Si ☐									
Nacionalidad de origen		Panamá ☐	Otra ☐	Especifique					
Dirección residencial permanente		Provincia		Región		Distrito		Corregimiento	
		Comunidad o zona o sector				Calle		N° casa/apto	
		Punto de referencia		Teléfonos		Correo electrónico			
Dirección residencial temporal (*)		Provincia		Región		Distrito		Corregimiento	
		Comunidad o zona o sector				Calle			
		N° Casa/apto		Punto de referencia		Teléfonos			
Lugar donde se presume ocurrió el contagio o exposición (solo si es diferente a la dirección permanente)		Residencia ☐		Escuela ☐		Instalación de salud (para las IAAS) ☐			
Trabajo ☐		Público/privado ☐							
País		Provincia		Región		Distrito		Corregimiento	
Especifique el Lugar						Telefono			
II. INFORMACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DEL PACIENTE									
Diagnósticos						Estado - fecha			
						Sospechoso	Confirmado	Descartado	
Condición:		Ambulatorio ☐		Hospitalizado en sala ☐		Hospitalizado en UCI ☐		Fallecido ☐	
Traslado de otra instalación: No ☐ Si ☐		Nombre de la instalación:							
Fechas de		Día	Mes	Año	Signos/síntomas		Fecha del síntoma		
							Día	Mes	Año
Atención									
Inicio de síntomas									
Inicio de tratamiento									
Hospitalización									
Egreso									
Defunción									
Última dosis vacuna(**)									
Toma de muestra									
Tipo de muestra: Sangre		Orina		Heces		LCR		Tejido	
		Secreción		Resultado:		Fecha:			
Criterio de caso confirmado:		Clínico ☐		Laboratorio ☐		Nexo ☐			
Clasificación del caso (solo si aplica):		Nuevo ☐		Recaída ☐					
III. INFORMACION PARA ACCIDENTES PONZONOSOS									
Fecha de exposición:		Tiempo entre el accidente y la atención: Horas				Tiempo entre el accidente y aplicación del antídoto: Horas		Parte anatómica del accidente	
IV. DATOS DEL QUE NOTIFICA EL CASO									
Nombre y apellido		Cargo				Fecha		Día Mes Año	
Institución						Región			
Teléfono									
Observaciones									

Nota: Este formulario debe ser enviado al responsable de epidemiología de la instalación de salud y, en su ausencia al director de la instalación. Este a su vez lo envía a epidemiología regional; quienes lo notificarán a epidemiología del nivel central del Ministerio de Salud, de acuerdo a las normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica.

Dirección General de Salud, Departamento de Epidemiología, T el: 512-92879147; Fax: 512-9377. Correo electrónico: vige@panama@yahoo.com
 (*) Dirección donde el paciente residirá temporalmente posterior a su diagnóstico.
 (**) Fecha de la última dosis de vacuna específica para el evento que se está notificando.

Revisión del formulario: Mayo, 2023



11.9 Formulario para Toma de Muestra



MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL
INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS
VIGILANCIA DE ARBOVIROSIS
FORMULARIO PARA TOMA DE MUESTRA



Fecha de atención: _____ Paciente: Ambulatorio: _____ Hospitalizado ó en Observación: _____

Sospecha: Dengue _____ Chikungunya _____ Zika _____

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	De Casada
Sexo: M _____ F _____	Fecha de Nacimiento: _____		Edad: _____ (días) (meses) (años)
No. Cédula, Expediente ó S.S. _____		Teléfonos _____	
Domicilio: _____			
	Calle	Casa	Apartamento Sector
Distrito: _____		Corregimiento _____	Región _____
Lugar de Trabajo o Escuela: _____		Ocupación: _____	

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: _____

SINTOMAS-SIGNOS	SI	NO	FECHA	SINTOMAS-SIGNOS	SI	NO	FECHA
Fiebra > 38°C	_____	_____	_____	Dolor abdominal	_____	_____	_____
Escalofríos intensos	_____	_____	_____	Petaquias	_____	_____	_____
Cefalea severa	_____	_____	_____	Hematomas	_____	_____	_____
Dolor retroorbital	_____	_____	_____	Sangrado vaginal anormal	_____	_____	_____
Mialgias intensas	_____	_____	_____	Sangre-vómitos	_____	_____	_____
Artralgia	_____	_____	_____	Sangre-heces	_____	_____	_____
Exantema	_____	_____	_____	Sangre-orina	_____	_____	_____
Conjuntivitis	_____	_____	_____	Sangrado nasal	_____	_____	_____
Diarrea	_____	_____	_____	Sangre-ecias	_____	_____	_____
Náuseas, Vómitos	_____	_____	_____	Otros, especifique: _____	_____	_____	_____
Hepatomegalia	_____	_____	_____		_____	_____	_____
Esplenomegalia	_____	_____	_____		_____	_____	_____

-Contacto con enfermedad similar: En la familia: SI: _____ NO: _____
En la comunidad: SI: _____ NO: _____

-15 días antes de su enfermedad ha viajado usted? SI: _____ NO: _____ Donde: _____
Dentro del País? SI: _____ NO: _____ Fuera del País? SI: _____ NO: _____ Donde: _____

Sangre aguda: 1-3 días dengue; hasta 5 días Zika y hasta 8 días Chik: SI: _____ NO: _____ Fecha: _____

MUESTRA Si toma sangre seuda dar cita para sangre convaleciente en 8 días. Fecha cita: _____

COLECTADA: Sangre convaleciente (5-21 días): SI: _____ NO: _____ Fecha: _____
Tejidos: SI: _____ NO: _____ Fecha: _____

RESPONSABLE: NOMBRE: _____ FIRMA Y SELLO: _____
INSTITUCION DE SALUD: _____ REGION DE SALUD: _____
NOTAS: _____

TECNOLOGO: NOMBRE: _____ FIRMA Y SELLO: _____
RESULTADO: _____ LABORATORIO: _____

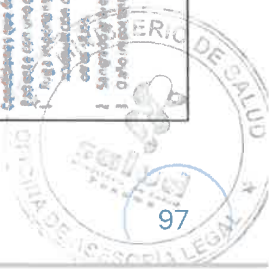
POR FAVOR LLENAR TODO EL FORMULARIO

Noviembre 2015



Página de seguimiento Fecha 1 / 1 / 2026 Hora 10:00 Peso del niño 10 kg

¿Qué monitorizar o evaluar? Hora	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
T°																								
FC																								
FR																								
T/A																								
PP: Shock ≤20 (normal 40±10)																								
Pulso calidad: (A= vigoroso, B= débil, C= ausente)																								
Glasgow ≤15																								
1. Cianosis 2. Palidez 3. Ambos																								
Dolor espontáneo o a la palpación del abdomen																								
Vómito persistente (vómito que deshidrata)																								
Acumulación de líquidos, clínicamente demostrable																								
Cualquier sangrado anormal																								
Letargia o irritabilidad																								
Hipotensión postural o hipotemia																								
Hígado > 2 cm BRCD																								
Llenado capilar > de 2 segundos																								
Hipotermia periférica (falta de distal)																								
Volumen de orina																								
Volumen acumulado de orina																								
Dureza: 0/1 kg/hora																								
DSSA: GRUPO A Y B1. DCSA: GRUPO B2.																								
Denegre grave: GRUPO C.																								
Líquidos c/kg/hora																								
1= Médico 2= Enfermera																								
GRUPO C: DENEGRE GRAVE. Prevenir muerte. Monitorizar (prevenir) muerte en UCI. Condiciones que definen el grupo: Paciente con uno o más de los siguientes: Fuga de líquidos de sangre y/o de orina a través de la piel; Sangrado grave que requiera transfusión; Oliguria o anuria grave.																								
GRUPO B1: Paciente de condición de riesgo. Condiciones de riesgo: 1. Letargia 2. Letargia (GCS ≤ 10) 3. Acidosis (pH ≤ 7.35) 4. Oliguria (diuresis < 0.5 ml/kg/h) 5. Deterioro de la coagulación 6. Cefalea 7. Hemoconcentración de Hct > 55% 8. Hemoconcentración de Hct > 55% 9. Hemoconcentración de Hct > 55% 10. Hemoconcentración de Hct > 55%																								
GRUPO A: Puede manejar en el hogar. Condiciones que definen el grupo: 1. Tolerar volúmenes de líquidos por la vía oral 2. Mantener buena diuresis (diuresis > 0.5 ml/kg/h) 3. No tener signos de alarma, particularmente el dolor de cabeza 4. No tener signos de alarma 5. No tener signos de alarma																								



11.11 **Formulario de Notificación Obligatoria de Brote de cualquier Etiología**

		REPUBLICA DE PANAMA			
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS					
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES					
NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE BROTE DE CUALQUIER ETIOLOGÍA					
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL QUE REPORTA EL BROTE					
N° de brote: _____					
Persona notificante: _____		Tel / fax: _____		e-mail: _____	
Nombre de la Institución: _____		Minsa ☐		CSS ☐	
Fecha de notificación _____ / _____ / _____		Hora de notificación: _____ am _____ pm		IMLCF ☐	
				Privado ☐	
DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL BROTE					
Tipo de Brote: Inmunoprevenible ☐ ETA ☐ Respiratoria ☐ Vectorial ☐ Zoonosis ☐ IA ☐ ☐ s _____ Evento descon ☐					
Especifique nombre del brote: _____ sospechoso ☐ confirmado ☐					
Fecha: Inicio del brote: _____ / _____ / _____					
Lugar de ocurrencia del brote: Región de Salud _____		Distrito _____		Corregimiento _____	
				Localidad _____	
Dirección exacta _____		Hospital/ servicio/sala _____			
Punto de Referencia: _____		Telefono _____			
Número de casos: _____		Número de hospitalizados: _____		Número de fallecidos: _____	
Animales afectados No ☐ Si ☐ Tipo animal: _____ N° de animales afectados _____ N° de animales muertos: _____					
Dirección General de Salud, Departamento de Epidemiología, Teléfonos: 512-9267/9147; Fax: 512-9377. Correo electrónico: vgepipanama@yahoo.com					



11.12 Formulario de Cateterización del Brote



REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS



CARACTERIZACIÓN DEL BROTE: INICIAL: ☐ UALIZACIÓN: ☐ F:

PÁGINA N° 1/2

Numero de brote:

Fecha de caracterización: Día Mes Año

I- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL COORDINADOR DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre Tel / Fax e-mail

Nombre de la institución: MINSA ☐ CSS ☐ IMILCF ☐ Privado ☐

Provincia/Región de Salud:

II- DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL BROTE

Tipo de Brote: ☐ Inmunoprevenible ☐ ETA ☐ Respiratoria ☐ Vectorial ☐ Zoonosis ☐ IAAS ☐ Otro ☐ Evento desconocido ☐

Especifique nombre del brote: Sospechado ☐ Confirmado ☐

Fecha Inicio del brote: Fecha Inicio de la Investigación: Fecha de cierre de la investigación:

Lugar de ocurrencia del brote: Región de Salud Distrito Corregimiento

Localidad Dirección exacta Hospital Servicio/sala

Punto de Referencia

Animales afectados No ☐ Si ☐ Tipo animal N° de animales afectados N° de animales muertos

III-DEFINICIÓN OPERATIVA DE CASO UTILIZADA EN ESTE BROTE:

Caso sospechoso

Caso confirmado

IV- DESCRIPCIÓN DE EXPUESTOS Y DE LOS CASOS

Expuestos

Sexo	Grupo de edad/años										
	> 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 34	35 a 49	50 a 59	60 a 64	65 y +
Total											
Masculino											
Femenina											
Enfermos											
Total											
Masculino											
Femenina											

Tasa de ataque (enfermos entre los expuesto por 100)

Total	
Masculino	
Femenina	

Casos

Grupo de edad/años	N° AMBULATORIOS			N° HOSPITALIZADOS			N° DEFUNCIONES		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
<1									
1-4									
5-9									
10-14									
15-19									
20-24									
25-34									
35-49									
50-59									
60-64									
65 y más									
NE									
TOTAL									

V- DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS POR LOCALIDAD (presente mapa o croquis)

Lugar, servicio, sala u otros afectados por el brote	Expuestos	Enfermos	Tasa de ataque por Lugar, servicio, sala u otros
1			
2			
3			
4			
5			

VI- CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS

N° de casos descritos

Signos y Síntomas	Frecuencia	Signos y Síntomas	Frecuencia	Signos y Síntomas	Frecuencia



PÁGINA N° 2/2

CARACTERIZACIÓN DEL BROTE: INICIAL

ACT ☐ IZACIÓN

FINAL

Numero dei broti.

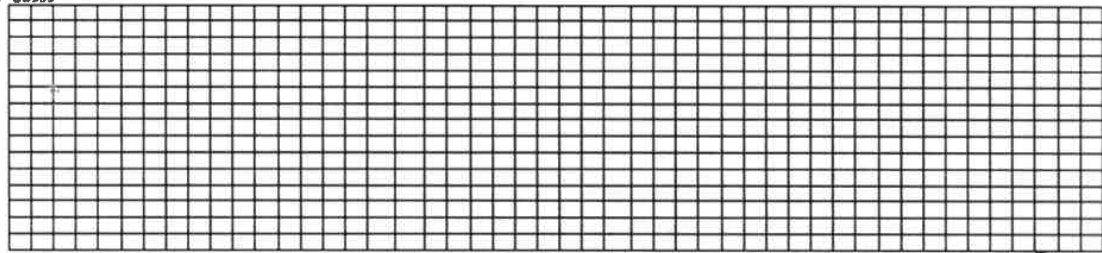
Fecha de caracterización: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del brote

VII. INFORMACIÓN DE FACTOR (ES) DE RIESGO DE LOS CASOS INDICES, PRIMARIO U OTROS[illegible]

VIII. CURVA EPIDÉMICA

N° Cases



Seminaras

Días

Horan

непрерывно

Tipo de brote o epidemia: **A. Fuente común**

B. Propagada ☐

C. Otro tipo (especifique) _____



IX. ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL REALIZADAS

[illegible]

X. RESULTADOS DE LABORATORIO

[illegible]

*Tipo de Muestra: sangre, heces, orina, LCR, secreciones (especifique), esputo, tejido de _____ y otros	Resultado: negativo, positivo (agente), indeterminado
Metodología o prueba: Cultivo, PCR, PCR-RT, ELISA, IFI, NAT, Western blot, Dot blot, tinción y otras	

XL OBSERVACIONES: (Ubice este espacio para exponer de forma resumida elementos de importancia no incluido previamente tales como investigación ambiental, laboratorial, entomológica, zoonótica, tablas, gráficas, análisis estadísticos, seguimiento de contactos, dificultades o limitantes para realizar la investigación y otros de ser necesarios)

XII. CONCLUSIONES

XIII. RECOMENDACIONES



11.13 Formulario de Notificación de Defunciones



MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

FORMULARIO DE NOTIFICACION DE DEFUNCIONES



DATOS DEL PACIENTE

Tipo de Identificación

Primer Nombre

Primer Apellido

Apellido de Casada

Fecha de Nacimiento

Nombre de responsable (para menores u otros):

No. De Identificación

Segundo Nombre

Segundo Apellido

Sexo: ☐ F ☐ M Asegurado: ☐ SI ☐ No ☐ No Sabe

RESIDENCIA

País de Residencia

Provincia

Dirección de Domicilio

Dirección Laboral

Región

Distrito

Corregimiento

Teléfono

Teléfono

DATOS DE LA DEFUNCION

Fecha de Hospitalización

Edad de Defunción

Fecha de Defunción

Tipo de Edad

Fecha Ingreso de Morgue

Hora y Minuto de Defunción

DIAGNOSTICO CLINICO INICIAL

1.

2.

3.

Estado

Estado

Estado

Diagnostico Clínico de Cierre

1.

2.

3.

Estado

Estado

Estado

Factores de Riesgo

Edad: ☐ SI ☐ No Tipo de Exposición: ☐ Social ☐ Laboral ☐ Otra ☐ Familiar ☐ Comunitario Ocupación: Detalle de otra:

¿Dónde ocurre el deceso?

☐ Instalación de Salud ☐ Otro

ENFERMEDADES:

SI

NO

Si su respuesta es SI, favor marcar la condición (es)

☐ Cardiovascular

☐ Sanguínea

☐ Inmunosupresión

☐ Metabólica

☐ Congénita

☐ Neurología

☐ Pulmonar

☐ Renal

☐ otro:

DATOS DE NOTIFICACION

Instalación de Salud:

Servicio:

Sala:

Teléfono:

Nombre de quien Notifica:

Cargo:

Nombre de quien registró:

Fecha de Notificación:

Fecha de Registro:

Comentarios:

Gaceta Oficial Digital
Para verificar la autenticidad de una representación **GO6AC92749CC22A**
en el sitio web www.gacetaoficial.gob.pa/validar-gaceta

Referencias Bibliográficas

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. (ICGES). (2024). Lineamientos y procedimientos para la vigilancia virológica y el diagnóstico laboratorial de arbovirosis en Panamá. ICGES.

Ministerio de Salud. (2005). Guía de epidemiología. Ministerio de Salud de Panamá.

Ministerio de Salud. (2014). Decreto Ejecutivo N.º 1617 de 21 de octubre de 2014. Gobierno de la República de Panamá.

Ministerio de Salud. (2020). Normas técnico-administrativas y protocolos de atención del Programa de Salud Integral de la Mujer. Ministerio de Salud de Panamá.

Ministerio de Salud. (2024). Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. Ministerio de Salud de Panamá.

Ministerio de Salud. (s.f.). Normas de vigilancia y formularios de notificación. Ministerio de Salud de Panamá. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/normas-de-vigilancia-y-formularios-de-notificacion>

Organización Panamericana de la Salud. (2009). Dengue: guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control (Nueva ed.). OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikungunya y el zika (Versión corregida). OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Síntesis de evidencia: directrices para el diagnóstico y el tratamiento del dengue, el chikungunya y el zika en la Región de las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública, 46, e82. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.82>

Organización Panamericana de la Salud. (2024). Alerta epidemiológica: fiebre de Oropouche en las Américas. OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2024). Orientaciones para la vigilancia, el diagnóstico y el manejo clínico de la fiebre de Oropouche. OPS.

Vaughn, D. W. (2005). Respuesta inmune a la infección por el virus del dengue.





REPÚBLICA DE PANAMÁ
ÓRGANO JUDICIAL

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA - PLENO

ACUERDO N.º 499

(De 2 de septiembre de 2026)

“QUE MODIFICA EL ACUERDO N.º 604 DE 18 DE AGOSTO 2025, QUE CREA E IMPLEMENTA CUATRO (4) JUZGADOS DE CIRCUITO DE INSOLVENCIA, EN EL PRIMER CIRCUITO JUDICIAL, DEL PRIMER DISTRITO JUDICIAL, MODIFICADO POR EL ACUERDO N.º 880 DE 18 DE DICIEMBRE DE 2025, A FIN DE CREAR E IMPLEMENTAR EL DESPACHO DEL JUEZ ADJUNTO N.º 2 DE LA JURISDICCIÓN DE INSOLVENCIA DEL PRIMER CIRCUITO JUDICIAL DE PANAMÁ, EN EL PRIMER DISTRITO JUDICIAL”

En la Ciudad de Panamá, a los dos (2) días del mes de septiembre del año dos mil veintiséis (2026), se reunieron los Magistrados que integran el Pleno de la Corte Suprema de Justicia, con la asistencia de la Secretaria General.

Abierto el acto, la Honorable Magistrada Presidenta de la Corte Suprema de Justicia, **MARÍA CRISTINA CHEN STANZIOLA**, manifestó que el motivo de la reunión era someter a consideración y aprobación del Pleno de la Corte Suprema de Justicia, la modificación del Acuerdo N.º 604 de 18 de agosto 2025, que crea e implementa cuatro (4) Juzgados de Circuito de Insolvencia, en el Primer Circuito Judicial, del Primer Distrito Judicial, el cual fue modificado por el Acuerdo N.º 880 de 18 de diciembre de 2025, a fin de establecer la nomenclatura de dichos Juzgados de Circuito de Insolvencia y crear e implementar el Despacho del Juez Adjunto N.º 1 de la Jurisdicción de Insolvencia del Primer Circuito Judicial de Panamá, en el Primer Distrito Judicial, ahora con el propósito de crear e implementar el Despacho del Juez Adjunto N.º 2 de la Jurisdicción de Insolvencia del Primer Circuito Judicial de Panamá, en el Primer Distrito Judicial.

CONSIDERANDO QUE:

Mediante el Acuerdo N.º 604 de 18 de agosto de 2025, fueron creados e implementados cuatro (4) Juzgados de Circuito de Insolvencia en el Primer Circuito Judicial, del Primer Distrito Judicial, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 21 de la Ley N.º 12 de 19 de marzo de 2016, “Que establece el Régimen de los procesos concursales de insolvencia y dicta otras disposiciones”.



ACUERDO N.º 499 DE 2 DE SEPTIEMBRE DE 2026

"QUE MODIFICA EL ACUERDO N.º 604 DE 18 DE AGOSTO 2025, QUE CREA E IMPLEMENTA CUATRO (4) JUZGADOS DE CIRCUITO DE INSOLVENCIA, EN EL PRIMER CIRCUITO JUDICIAL, DEL PRIMER DISTRITO JUDICIAL, MODIFICADO POR EL ACUERDO N.º 880 DE 18 DE DICIEMBRE DE 2025, A FIN DE CREAR E IMPLEMENTAR EL DESPACHO DEL JUEZ ADJUNTO N.º 2 DE LA JURISDICCIÓN DE INSOLVENCIA DEL PRIMER CIRCUITO JUDICIAL DE PANAMÁ, EN EL PRIMER DISTRITO JUDICIAL."

Mediante el Acuerdo N.º 880 de 18 de diciembre de 2025, fueron modificados los puntos PRIMERO, TERCERO y SÉPTIMO del Acuerdo N.º 604 de 18 de agosto de 2025, manteniendo vigente sus demás puntos, para establecer la nomenclatura de los cuatro Juzgados de Circuito de Insolvencia antes referidos, y crear e implementar el Despacho del Juez Adjunto N.º 1 de la Jurisdicción de Insolvencia del Primer Circuito Judicial de Panamá, en el Primer Distrito Judicial.

A dichos Juzgados de Circuito de Insolvencia, competentes para conocer de todos los procesos ejecutivos y de insolvencia en el Primer Circuito Judicial, en el Primer Distrito Judicial, les han sido asignadas numerosas causas que anteriormente eran tramitadas por los Juzgados de Circuito Civil de dicho Circuito, conforme a lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley antes citada.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 54 del Código de Procedimiento Civil, los Jueces Adjuntos son competentes para conocer de determinadas actuaciones procesales, entre ellas, las medidas cautelares y otros actos propios de los procesos ejecutivos, materias atribuidas a los Jueces de Circuito de Insolvencia; y que dicha norma también faculta al Pleno de la Corte Suprema de Justicia para determinar las circunscripciones judiciales en la cuales operarán los Jueces Adjuntos, así como el número de estos, según las necesidades del servicio y al volumen de causas que gestionen.

Dado el alto volumen de causas que tramitan los Juzgados de Circuito de Insolvencia, en el Primer Circuito Judicial, del Primer Distrito Judicial, resulta necesario crear un segundo despacho de Juez Adjunto que coadyuve en el ejercicio de las funciones establecidas en el Código de Procedimiento Civil, a fin de mejorar la eficiencia y celeridad del servicio de Administración de Justicia.

El artículo 87, numeral 7, del Código Judicial faculta al Pleno de la Corte Suprema de Justicia para adoptar las medidas que estime necesarias, para vigilar que, respetando la garantía del Debido Proceso, sea administrada pronta y cumplida Justicia.

Sometida a consideración la propuesta, esta fue aprobada por los Magistrados integrantes del Pleno de la Corte Suprema de Justicia; en consecuencia,

ACUERDAN:

PRIMERO: Modificar el punto PRIMERO del Acuerdo N.º 604 de 18 de agosto de 2025, modificado por el Acuerdo N.º 880 de 18 de diciembre de 2025, emitidos por el Pleno de la Corte Suprema de Justicia, para crear e implementar el Despacho del Juez Adjunto N.º 2 de la Jurisdicción de Insolvencia del Primer Circuito Judicial de Panamá, en el Primer Distrito Judicial; el cual quedará así:

PRIMERO: Crear e implementar cuatro (4) Juzgados de Circuito de Insolvencia, en el Primer Circuito Judicial, del Primer Distrito Judicial, a partir del lunes, 1 de septiembre de 2025.



ACUERDO N.º 499 DE 2 DE SEPTIEMBRE DE 2026

"QUE MODIFICA EL ACUERDO N.º 604 DE 18 DE AGOSTO 2025, QUE CREA E IMPLEMENTA CUATRO (4) JUZGADOS DE CIRCUITO DE INSOLVENCIA, EN EL PRIMER CIRCUITO JUDICIAL, DEL PRIMER DISTRITO JUDICIAL, MODIFICADO POR EL ACUERDO N.º 880 DE 18 DE DICIEMBRE DE 2025, A FIN DE CREAR E IMPLEMENTAR EL DESPACHO DEL JUEZ ADJUNTO N.º 2 DE LA JURISDICCIÓN DE INSOLVENCIA DEL PRIMER CIRCUITO JUDICIAL DE PANAMÁ, EN EL PRIMER DISTRITO JUDICIAL."



La nomenclatura de los referidos juzgados será la siguiente:

- Juzgado 1º de Circuito de Insolvencia del Primer Circuito Judicial de Panamá.
- Juzgado 2º de Circuito de Insolvencia del Primer Circuito Judicial de Panamá.
- Juzgado 3º de Circuito de Insolvencia del Primer Circuito Judicial de Panamá.
- Juzgado 4º de Circuito de Insolvencia del Primer Circuito Judicial de Panamá.

Crear e implementar los Despachos de los Jueces Adjuntos N.º 1 y N.º 2 de Insolvencia del Primer Circuito Judicial de Panamá, en el Primer Distrito Judicial, conforme a las competencias establecidas en el Código Procesal Civil.

La asignación de las actuaciones que correspondan a los Despachos de los Jueces Adjuntos N.º 1 y N.º 2 será realizada, a partir de la entrada en funcionamiento del Despacho del Juez Adjunto N.º 2, mediante un reparto equitativo de las nuevas actuaciones que ingresen, conforme a las reglas previamente establecidas de distribución y a través del Sistema Automatizado de Gestión Judicial "Ileana Bryden de Tejada" (SAGJ) y del Registro Único de Entrada (RUÉ), cuando corresponda.

La incorporación del Despacho del Juez Adjunto N.º 2 no implicará la redistribución, compensación o equiparación de las actuaciones previamente asignadas al Despacho del Juez Adjunto N.º 1, sin perjuicio de la competencia a prevención con el juez de conocimiento establecida en el artículo 54 del Código Procesal Civil.

SEGUNDO: Modificar el punto **TERCERO** del Acuerdo N.º 604 de 18 de agosto de 2025, modificado por el Acuerdo N.º 880 de 18 de diciembre de 2025, emitidos por el Pleno de la Corte Suprema de Justicia, a fin de establecer lo referente al nombramiento del personal de apoyo de los Juzgados de Circuito de Insolvencia y de los Despachos de los Jueces Adjuntos, así como, la autoridad competente para el nombramiento de los Jueces Adjuntos N.º 1 y N.º 2 de la Jurisdicción de Insolvencia del Primer Circuito Judicial de Panamá, en el Primer Distrito Judicial; por lo cual, el referido punto quedará así:

TERCERO: Los Servidores Judiciales que ocuparán cargos en los Juzgados de Circuito de Insolvencia mencionados, serán nombrados conforme a lo dispuesto en la Ley N.º 53 de 2015, «Que regula la Carrera Judicial». Con relación a los Jueces de Circuito de Insolvencia, mientras esté en desarrollo el procedimiento



ACUERDO N.º 499 DE 2 DE SEPTIEMBRE DE 2026

"QUE MODIFICA EL ACUERDO N.º 604 DE 18 DE AGOSTO 2025, QUE CREA E IMPLEMENTA CUATRO (4) JUZGADOS DE CIRCUITO DE INSOLVENCIA, EN EL PRIMER CIRCUITO JUDICIAL, DEL PRIMER DISTRITO JUDICIAL, MODIFICADO POR EL ACUERDO N.º 880 DE 18 DE DICIEMBRE DE 2025, A FIN DE CREAR E IMPLEMENTAR EL DESPACHO DEL JUEZ ADJUNTO N.º 2 DE LA JURISDICCIÓN DE INSOLVENCIA DEL PRIMER CIRCUITO JUDICIAL DE PANAMÁ, EN EL PRIMER DISTRITO JUDICIAL."

del concurso respectivo, el Cuarto Tribunal Superior del Primer Distrito Judicial efectuará directamente dichos nombramientos.

Los nombramientos del personal subalterno de cada Juzgado de Circuito de Insolvencia, creado mediante el presente Acuerdo, serán efectuados bajo la responsabilidad del Cuarto Tribunal Superior del Primer Distrito Judicial, con el objetivo que, al momento en que los jueces designados para estos juzgados asuman sus funciones, cuenten con el personal de apoyo necesario para gestionar adecuadamente el volumen de casos que recibirán provenientes de los quince juzgados de circuito civil del Primer Circuito Judicial de Panamá.

A partir del 1 de diciembre del año 2025, los nombramientos serán realizados por su superior jerárquico, conforme a lo dispuesto en la Ley N.º 53 de 2015.

En cuanto a los Despachos de los Jueces Adjuntos N.º 1 y N.º 2 de Insolvencia del Primer Circuito Judicial de Panamá, el nombramiento de los Jueces Adjuntos corresponderá al Cuarto Tribunal Superior del Primer Distrito Judicial.

Los referidos nombramientos deben hacerse en observancia de los procedimientos y lineamientos administrativos establecidos.

TERCERO: Modificar el punto **SÉPTIMO** del Acuerdo N.º 604 de 18 de agosto de 2025, modificado por el Acuerdo N.º 880 de 18 de diciembre de 2025, emitidos por el Pleno de la Corte Suprema de Justicia, para incluir el Despacho del Juez Adjunto N.º 2 de Insolvencia del Primer Circuito Judicial de Panamá; el cual quedará así:

SÉPTIMO: Instruir a la Secretaría Administrativa, al Director de Servicios Generales, a la Directora de Informática, a la Directora de la Secretaría Técnica de Asuntos Judiciales, al Director de Modernización y Desarrollo Institucional, a la Dirección de Servicios Judiciales, a la Secretaría Técnica de Recursos Humanos y a cualquier otra unidad de apoyo administrativo, para que dentro del ámbito de sus respectivas competencias adopten las medidas administrativas y técnicas necesarias, a fin de que los Juzgados de Circuito de Insolvencia y los Despachos de los Jueces Adjuntos N.º 1 y N.º 2 de Insolvencia del Primer Circuito Judicial de Panamá, del Primer Distrito Judicial, creados e implementados mediante el presente Acuerdo, operen eficientemente, cuenten con el personal requerido, tengan acceso al Sistema Automatizado de Gestión Judicial "Ileana Bryden de Tejada" (SAGJ) y dispongan de espacio físico y los recursos tecnológicos adecuados para el ejercicio de sus funciones.

CUARTO: Mantener vigentes los demás puntos del Acuerdo N.º 604 de 18 de agosto de 2025 «Que crea e implementa cuatro (4) Juzgados de Circuito de Insolvencia, en el Primer Circuito Judicial, del Primer Distrito Judicial».



ACUERDO N.º 499 DE 2 DE SEPTIEMBRE DE 2026
"QUE MODIFICA EL ACUERDO N.º 604 DE 18 DE AGOSTO 2025, QUE CREA E IMPLEMENTA CUATRO (4) JUZGADOS DE CIRCUITO DE INSOLVENCIA, EN EL PRIMER CIRCUITO JUDICIAL, DEL PRIMER DISTRITO JUDICIAL, MODIFICADO POR EL ACUERDO N.º 880 DE 18 DE DICIEMBRE DE 2025, A FIN DE CREAR E IMPLEMENTAR EL DESPACHO DEL JUEZ ADJUNTO N.º 2 DE LA JURISDICCIÓN DE INSOLVENCIA DEL PRIMER CIRCUITO JUDICIAL DE PANAMÁ, EN EL PRIMER DISTRITO JUDICIAL."

QUINTO: Este Acuerdo comenzará a regir a partir de su aprobación y será publicado en la Gaceta Oficial.

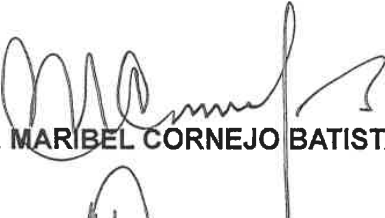
Sin más temas que tratar, se dio por terminado el acto y se dispuso realizar las comunicaciones correspondientes.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Ley N.º 12 de 19 de mayo de 2016, que establece el Régimen de los procesos concursales de insolvencia y dicta otras disposiciones, el artículo 54 del Código Procesal Civil y el artículo 87, numeral 7, del Código Judicial.

COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,


MARÍA CRISTINA CHEN STANZIOLA
Magistrada Presidenta
Corte Suprema de Justicia


MGDO. OLMEDO ARROCHA OSORIO


MGDA. MARIBEL CORNEJO BATISTA


MGDA. GISELA DEL CARMEN AGURTO AYALA


MGDA. MIRIAM CHENG ROSAS

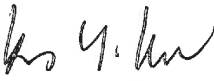

MGDO. MANUEL ANTONIO MATA AVENDAÑO


MGDO. JUAN FRANCISCO CASTILLO


MGDO. CARLOS ALBERTO VÁSQUEZ REYES


MGDO. CARLOS E. VILLALOBOS JAÉN




YANIXSA Y. YUEN C.
Secretaria General

LO ANTERIOR ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
Panamá, 7 de Octubre de 202026

Secretaría General de la
CORTE SUPREMA DE JUSTICIA
LICENCIADA YANIXSA Y. YUEN C.
Secretaría General
CORTE SUPREMA DE JUSTICIA





REPÚBLICA DE PANAMÁ
PROVINCIA DE CHIRIQUÍ
CONCEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE DAVID

ACUERDO N. °27
(De 18 de agosto de 2026)

“POR MEDIO DEL CUAL SE RATIFICA AL TESORERO MUNICIPAL
ENCARGADO DEL MUNICIPIO DE DAVID”

EL HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE DAVID, EN USO
DE SUS FACULTADES CONSTITUCIONALES Y LEGALES,

CONSIDERANDO:

Que el numeral 8 del artículo 242 de la Constitución Política de la República de Panamá, desarrollado por el numeral 17 del artículo 17 de la Ley 106 de 8 de octubre de 1973, establece como función del Concejo Municipal ratificar el nombramiento del Tesorero Municipal efectuado por el Alcalde;

Que la licenciada **KATTY YARIELA SALDAÑA CHÁVEZ**, Tesorera Municipal titular del Municipio de David, hará uso de su periodo de vacaciones, el cual ha de ejecutarse en un término comprendido entre el primero (1) de octubre y el treinta y uno (31) de octubre de 2026;

Que durante la ausencia temporal de la Tesorera Municipal titular resulta necesario garantizar la continuidad de las funciones administrativas, financieras, de recaudación y gestión de pagos correspondientes a la Tesorería Municipal, así como el normal desenvolvimiento de los servicios que presta esta dependencia;

Que la Licenciada **MARYURIS DENAIKA CANTO SANTOS** reúne las condiciones, los requisitos y la idoneidad necesarios para ejercer temporalmente las funciones inherentes al cargo de Tesorera Municipal durante el período antes señalado;

Que corresponde al Concejo Municipal ratificar la designación efectuada por el Alcalde del Distrito de David, a fin de garantizar la continuidad y regularidad en el ejercicio de las funciones propias de la Tesorería Municipal;

En mérito de lo expuesto, el Honorable Concejo Municipal del Distrito de David,

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: RATIFICAR a la Licenciada **MARYURIS DENAIKA CANTO SANTOS**, con cédula de identidad personal número cuatro, setecientos veintidós, ciento treinta y siete (4-722-137), como **TESORERA MUNICIPAL ENCARGADA DEL MUNICIPIO DE DAVID**.

ARTÍCULO SEGUNDO: La Tesorera Municipal Encargada ejercerá las funciones, atribuciones y responsabilidades inherentes al cargo durante el periodo comprendido entre el primero (1) de octubre y el treinta y uno (31) de octubre de 2026, de conformidad con la Constitución Política de la República de Panamá, la Ley 106 de 8 de octubre de 1973, los acuerdos municipales y las demás disposiciones aplicables.



ARTÍCULO TERCERO: La presente ratificación es de naturaleza estrictamente temporal, no afecta la titularidad del cargo ni constituye un nombramiento para un nuevo período y concluirá automáticamente al finalizar el término señalado en el artículo anterior, con el reintegro de la Tesorera Municipal titular.

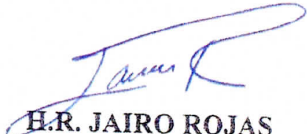
ARTÍCULO CUARTO: El presente Acuerdo será promulgado en la Gaceta Oficial de la República de Panamá y comenzará a regir a partir de su publicación.

ARTÍCULO QUINTO: Remítase copia del presente Acuerdo a la Alcaldía del Distrito de David, a la Tesorería Municipal, a la Dirección de Recursos Humanos, al Departamento de Planilla y a la Oficina de Fiscalización de la Contraloría General de la República, para los trámites y efectos correspondientes.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Artículo 242, numeral 8, de la Constitución Política de la República de Panamá; artículo 17, numeral 17, y demás disposiciones concordantes de la Ley 106 de 8 de octubre de 1973.

Dado en el Salón de Sesiones Profesor **José Lintón Navarro** del Honorable Concejo Municipal del Distrito de David, a los dieciocho (18) días del mes de agosto de dos mil veintiséis (2026).

COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.


H.R. JAIRO ROJAS
vicepresidente




LICDA. YENIS MIRANDA
Secretaria



LA ALCALDÍA DE DAVID, HOY DIECIOCHO (18) DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTISÉIS (2026).

SANCIONA EL ACUERDO NÚMERO VEINTISIETE (27) DEL DIECIOCHO (18) DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTISÉIS (2026).

EL ALCALDE

LA SECRETARIA


JOAQUÍN DE LEÓN


XIOMARA DE PRETEL



EDICTO DE PROMULGACION

La suscrita secretaria del Concejo Municipal del Distrito de David, **CERTIFICA** que para cumplir con lo que dispone el artículo 39 de la Ley 106 del 08 de octubre de 1973, se fija el presente Edicto En la tablilla destinada para el Efecto en la Secretaria del Concejo, por un término de diez días calendarios Siendo las 3:00 de la tarde del 18 de agosto del 2026, correspondiente al Acuerdo N°27 de fecha 18 de agosto de 2026.

SECRETARIA


Licda. YENIS MIRANDA

Transcurrido como ha quedado el término De (10) días calendario se **DESFIJA EL PRESENTE EDICTO DE PROMULGACION**, Siendo las 3:00 de la tarde del 28 de agosto de 2026.

SECRETARIA


Licda. YENIS MIRANDA





**REPÚBLICA DE PANAMÁ
PROVINCIA DE CHIRIQUÍ
CONCEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE DAVID**

**ACUERDO N°30-2026
(Del 01 de septiembre de 2026)**

“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA Y ESTABLECE EL MARCO NORMATIVO DEL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD MUNICIPAL DEL DISTRITO DE DAVID Y SE FACULTA AL ALCALDE PARA REGLAMENTAR SU ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO”

**EL HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE DAVID,
EN USO DE SUS FACULTADES CONSTITUCIONALES Y LEGALES,**

CONSIDERANDO:

Que el artículo 233 de la Constitución Política de la República de Panamá reconoce al municipio como la organización política autónoma de la comunidad establecida en el distrito, a la cual corresponde promover el desarrollo de la comunidad y procurar la satisfacción de sus necesidades colectivas;

Que el numeral 9 del artículo 242 de la Constitución Política atribuye al Concejo Municipal la facultad de expedir acuerdos referentes a las materias vinculadas con las competencias del municipio, con fuerza de ley;

Que el artículo 14 de la Ley 106 de 8 de octubre de 1973, sobre Régimen Municipal, establece que los concejos municipales regulan la vida jurídica de los municipios por medio de acuerdos que tienen fuerza de ley dentro de su respectiva jurisdicción;

Que la Ley 37 de 29 de junio de 2009, reformada por la Ley 66 de 29 de octubre de 2015, contempla dentro del proceso de descentralización lo relativo a la seguridad y convivencia ciudadana, los servicios de vigilancia municipal, la gestión integral de riesgos y la protección de la población, dentro del ámbito de las competencias municipales;

Que para la fecha del 23 de octubre de 2002 se creó el Departamento de Policía Municipal del Distrito de David como un organismo de naturaleza civil y organización jerarquizada, encargado de funciones de vigilancia, protección, inspección y apoyo a la administración municipal;

Que dicha dependencia ha desarrollado funciones relacionadas con la protección de instalaciones, bienes y servidores municipales, el acompañamiento de valores, la inspección administrativa, el apoyo operativo y la colaboración con las autoridades competentes;

Que la evolución de la legislación, las necesidades actuales de la administración municipal y la continuidad de las funciones desarrolladas por dicha dependencia hacen necesario establecer un marco normativo que regule su naturaleza, finalidad, organización general y ámbito de actuación bajo la denominación de Departamento de Seguridad Municipal del Distrito de David;



Que corresponde al Concejo Municipal establecer, mediante acuerdo, las bases generales que sustentan la creación y funcionamiento de la dependencia, y al alcalde desarrollar, mediante reglamentación, los aspectos administrativos, operativos y disciplinarios necesarios para su funcionamiento;

Que resulta necesario garantizar la continuidad de los servicios, el personal, las posiciones presupuestarias y los bienes actualmente vinculados a las funciones de seguridad municipal;

En mérito de lo expuesto, el Honorable Concejo Municipal del Distrito de David,

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: CREAR el Departamento de Seguridad Municipal del Distrito de David como dependencia de la administración municipal, adscrita a la Alcaldía del Distrito de David.

ARTÍCULO SEGUNDO: El Departamento de Seguridad Municipal tendrá naturaleza civil, administrativa, preventiva y jerarquizada, y estará integrado por servidores municipales encargados de ejercer funciones relacionadas con la seguridad institucional, la protección del patrimonio municipal y el apoyo a las actividades propias de la administración municipal.

ARTÍCULO TERCERO: El Departamento de Seguridad Municipal tendrá como finalidad proteger las instalaciones, bienes, servidores, espacios y actividades municipales, apoyar el cumplimiento de las disposiciones administrativas del municipio y colaborar con las autoridades competentes dentro del ámbito de sus funciones.

ARTÍCULO CUARTO: El Departamento de Seguridad Municipal ejercerá sus funciones dentro de la jurisdicción del distrito de David, particularmente en las instalaciones, bienes, espacios, servicios y actividades bajo responsabilidad o administración municipal.

ARTÍCULO QUINTO: Corresponderá al Departamento de Seguridad Municipal desarrollar funciones generales de vigilancia y protección de instalaciones, dependencias, bienes y espacios municipales; apoyo a la seguridad de los servidores y actividades institucionales; protección y acompañamiento de valores, documentos y bienes municipales; apoyo a diligencias de inspección y verificación administrativa; colaboración en eventos, servicios, emergencias y situaciones de riesgo; y coordinación con las autoridades competentes en asuntos relacionados con las atribuciones municipales.

ARTÍCULO SEXTO: El Departamento de Seguridad Municipal contará con un jefe de departamento y el personal necesario para el cumplimiento de sus funciones, conforme a la estructura administrativa que establezca el alcalde mediante reglamentación. Para su organización podrán contemplarse áreas de apoyo logístico, operaciones e inspección, así como otras unidades funcionales que resulten necesarias de acuerdo con las necesidades del servicio y la disponibilidad presupuestaria.

ARTÍCULO SÉPTIMO: La dirección administrativa del Departamento de Seguridad Municipal corresponderá al alcalde del distrito de David, quien ejercerá sus atribuciones directamente o por conducto del jefe de departamento y de los servidores municipales designados conforme a la estructura administrativa correspondiente.

ARTÍCULO OCTAVO: El Departamento de Seguridad Municipal estará integrado por servidores municipales nombrados o contratados de conformidad con las disposiciones legales, administrativas y presupuestarias aplicables. Los requisitos de ingreso, funciones, capacitación, evaluación, identificación, uniformes y demás condiciones relacionadas con el desempeño del personal serán establecidos mediante reglamentación alcaldicia.

ARTÍCULO NOVENO: Las funciones del Departamento de Seguridad Municipal se ejercerán con observancia de la Constitución Política, las leyes, los acuerdos municipales, los principios de legalidad, responsabilidad, disciplina, jerarquía, proporcionalidad, respeto a los derechos fundamentales y servicio a la comunidad.



ARTÍCULO DÉCIMO: FACULTAR al alcalde del distrito de David para reglamentar, mediante decreto alcaldicio, la organización, estructura, funcionamiento y régimen interno del Departamento de Seguridad Municipal.

La reglamentación comprenderá, entre otras materias, la creación y organización de secciones, unidades y áreas de trabajo; la determinación de funciones y responsabilidades; los requisitos de ingreso, formación, capacitación y evaluación del personal; la asignación de horarios, turnos y puestos de servicio; la utilización de uniformes, distintivos, credenciales y equipos; los procedimientos operativos y administrativos; los mecanismos de supervisión, coordinación y control; y el régimen disciplinario aplicable, con sujeción a las disposiciones legales vigentes.

ARTÍCULO DECIMO PRIMERO: El presente Acuerdo será promulgado en la Gaceta Oficial de la República de Panamá y comenzará a regir a partir de su publicación.

ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO: Remítase copia del presente Acuerdo a la Alcaldía del Distrito de David, a la Tesorería Municipal, a la Dirección de Recursos Humanos, al Departamento de Seguridad Municipal y a las demás dependencias correspondientes, para los trámites y efectos pertinentes.

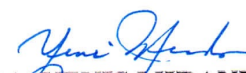
FUNDAMENTO DE DERECHO: Artículo 233 y artículo 242, numeral 9, de la Constitución Política de la República de Panamá; artículo 14 y demás disposiciones concordantes de la Ley 106 de 8 de octubre de 1973; Ley 37 de 29 de junio de 2009, reformada por la Ley 66 de 29 de octubre de 2015.

Dado en el Salón de Sesiones Profesor José Lintón Navarro del Honorable Concejo Municipal del Distrito de David, primer (1) día del mes de septiembre de dos mil veintiséis (2026).

COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.


H.C. JAIRO ROJAS
Vicepresidente



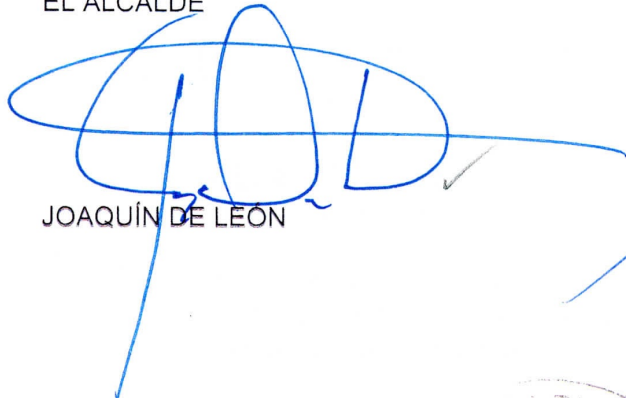

LICDA. YENIS MIRANDA
Secretaria



LA ALCALDÍA DE DAVID, HOY UNO (01) DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL VEINTISÉIS (2026).

SANCIONA EL ACUERDO NÚMERO TREINTA (30) DEL UNO (01) DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL VEINTISÉIS (2026).

EL ALCALDE



JOAQUÍN DE LEÓN

LA SECRETARIA



XIOMARA DE PRETELT



EDICTO DE PROMULGACION

La suscrita secretaria del Concejo Municipal del Distrito de David, **CERTIFICA** que para cumplir con lo que dispone el artículo 39 de la Ley 106 del 08 de octubre de 1973, se fija el presente Edicto En la tablilla destinada para el Efecto en la Secretaria del Concejo, por un término de diez días calendarios Siendo las 2:00 de la tarde del 1 de septiembre del 2026, correspondiente al Acuerdo N°30 de fecha 1 de septiembre de 2026.

SECRETARIA


Licda. YENIS MIRANDA

Transcurrido como ha quedado el término De (10) días calendario se **DESFIZA EL PRESENTE EDICTO DE PROMULGACION**, Siendo las 2:00 de la tarde del 11 de septiembre de 2026.

SECRETARIA


Licda. YENIS MIRANDA