

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: Síndrome Febril Agudo Inespecífico: DENGUE**  
**VIGILANCIA POR LABORATORIO (SUBSECTOR PRIVADOS)**

17 de febrero de 2023

A partir de la búsqueda activa de casos de Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI) a la fecha se confirmaron 269 casos de dengue autóctonos, en las localidades de San Miguel de Tucumán y Lules. El serotipo circulante identificado es DEN 2. Se definen hasta la fecha las siguientes zonas de circulación autóctona de dengue:

- En San Miguel de Tucumán: **Barrio 23 de febrero – Barrio Ejército Argentino (APC- AOSO).**
- En la Ciudad de Lules: **Barrio Mercedes (APO).**

Teniendo en cuenta la situación epidemiológica actual de la provincia y siguiendo los lineamientos nacionales, se resuelve que toda persona con cuadro clínico compatible con dengue y nexa epidemiológico constituirá un “caso confirmado de dengue por nexa” a los fines de su tratamiento y no requerirá toma de muestra para su confirmación (salvo en grupos priorizados – apartado de laboratorio).

***La situación epidemiológica es dinámica y la indicación de la confirmación por nexa puede modificarse en función de la identificación de nuevas zonas de circulación.***

## DEFINICIÓN

**Definición de caso SOSPECHOSO (SFAI):** Fiebre de menos de 7 días de evolución sin afección de las vías respiratorias ni otra causa definida, acompañada de dos o más de los siguientes síntomas: cefalea, anorexia, náuseas, erupción cutánea, dolor retro-ocular, malestar general, dolor muscular y/o en las articulaciones, diarrea o vómitos.



## NOTIFICACIÓN

### Ante la solicitud de una muestra para diagnóstico de Dengue:

Deberá recibirse la muestra con la FICHA EPIDEMIOLÓGICA correspondiente previamente completada por el médico solicitante. (VER ANEXO)

Notificar en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0-SISA), en forma inmediata.

- Si el laboratorio notificador procesa las muestras para Dengue, deberá cargar los resultados en el SNVS 2.0 con sus resultados correspondientes y colocar la clasificación del caso según algoritmo vigente. (Ver anexo).
- Si el laboratorio notificador no realizara el estudio, deberá notificar en SNVS 2.0 la sospecha.

**GRUPO DE EVENTO:** Síndrome febril agudo inespecífico. **EVENTO:** Dengue

## CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MÉTODO DE DIAGNÓSTICO

- Si la muestra es obtenida entre los **0 a 3 DÍAS** de evolución desde el inicio de la fiebre estudiar por métodos directos (NS1, PCR, aislamiento viral)
- Si la muestra es obtenida entre los **4 a 6 DÍAS** de evolución desde el inicio de la fiebre combinar un método indirecto (Ig M) y al menos uno directo (NS1, PCR, Aislamiento viral)
- Si la muestra es obtenida con **7 o MÁS DÍAS** de evolución desde el inicio de la fiebre estudiar por métodos indirectos (Ig M, Neutralización con Panel de Flavivirus).

### **DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA**

Virgen de la Merced 196 – 3er piso - CP 4000 San Miguel de Tucumán

Tel. Fax 430-2228 Celular: 0381-156-346779

Email: [direpitucuman@gmail.com](mailto:direpitucuman@gmail.com)

ANEXO: Algoritmo de Laboratorio- Diagnóstico y Notificación SNVS 2.0

# DENGUE

## Algoritmo de diagnóstico y notificación de dengue a través del SNVS 2.0

Deberá notificarse un caso de Dengue Sospechoso en el SNVS<sup>2,9</sup> -en forma inmediata-, toda vez que un laboratorio obtenga o reciba una muestra para el estudio de infección por virus dengue. Si el laboratorio notificador no realizara el estudio, deberá derivarla al referente provincial a través del SNVS 2.0

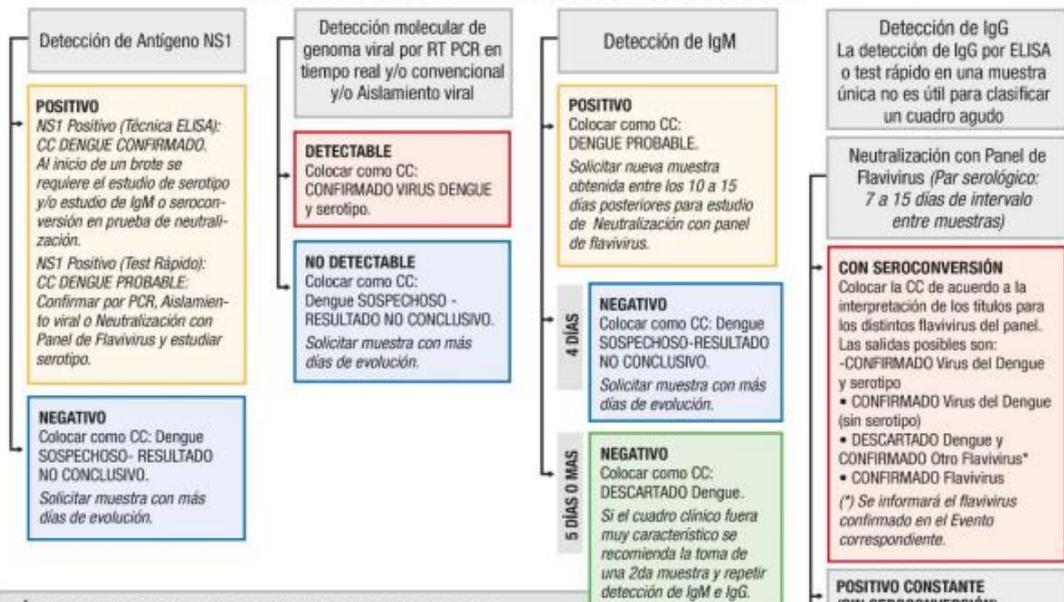
### CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MÉTODO DE DIAGNÓSTICO

Si la muestra es obtenida entre los 0 a 3 DÍAS de evolución desde el inicio de la fiebre estudiar por métodos directos (NS1, PCR, Aislamiento viral).

Si la muestra es obtenida entre los 4 a 6 DÍAS de evolución desde el inicio de la fiebre combinar un método indirecto (IgM) y al menos uno directo (NS1, PCR, Aislamiento viral).

Si la muestra es obtenida con 7 o MAS DIAS de evolución desde el inicio de la fiebre estudiar por métodos indirectos (IgM, Neutralización con Panel de Flavivirus).

### MÉTODO DE DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE CASO (CC)



### Áreas CON circulación autóctona de virus dengue

En las que se han detectado dos casos relacionados con al menos uno de ellos SIN antecedente de viaje reciente<sup>a</sup> a zona afectada<sup>b</sup> y al menos uno confirmado por laboratorio; o un caso confirmado por laboratorio sin antecedente de viaje en el que la Dirección de Epidemiología provincial pueda certificar el carácter de autóctono. En este escenario NO es necesario estudiar por laboratorio a todos los casos sospechosos autóctonos. En caso de realizar la confirmación mediante la detección de antígeno NS1, debe estudiarse el serotipo de los casos al inicio del brote y continuar con el estudio de un porcentaje de los mismos, para su monitoreo y la vigilancia de la posible introducción de nuevos serotipos.

### Áreas SIN circulación autóctona de virus dengue

En este escenario TODO CASO SOSPECHOSO DEBE SER ESTUDIADO POR LABORATORIO y se debe procurar concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar la infección. No se recomienda la aplicación de test rápidos en estas áreas. No se recomienda el uso de tests rápidos en períodos interepidémicos, su uso estaría reservado para fortalecer respuesta diagnóstica en áreas con circulación comprobada.

En cualquier escenario epidemiológico TODO CASO SOSPECHOSO FALLECIDO o que presente criterios de DENGUE GRAVE o una clínica atípica debe ser estudiado por laboratorio.

(a) Se considera reciente haber estado dentro de los 15 días previos al inicio de los síntomas en zona afectada.  
(b) Se considera zona afectada aquella que presente circulación de virus dengue comprobada.



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

1. DATOS DEL DECLARANTE											
Provincia: _____			Departamento: _____			Localidad: _____					
Establecimiento Notificante: _____					Fecha de Notificación: ___/___/___						
Apellido y Nombre del Profesional: _____											
Tel.: _____			Fax: _____			e-mail: _____					
2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE											
Apellido y nombres: _____											
Fecha de nacimiento ___/___/___			Edad: _____		Sexo: M ( ) F ( )		DNI: _____				
Domicilio actual: _____						Tel. propio o vecino: _____					
Referencia de ubicación domicilio: _____						Localidad _____					
Urbano ( ) Rural ( )			Departamento _____			Provincia _____					
3. DATOS CLINICOS											
Fecha Inicio Síntomas: ___/___/___			Fecha de inicio de la fiebre: ___/___/___			Fecha de la consulta: ___/___/___					
Embarazo: Si ( ) No ( )			Fecha Última Menstruación: ___/___/___								
	Si	No	Ign.		Si	No	Ign.		Si	No	Ign.
Fiebre (..... 38° C)				Dolor abdominal				Hepatomegalia			
Cefalea				Inyección conjuntival				Esplenomegalia			
Mialgias				Tos				Oligoanuria			
Artralgias				Disnea				Sind. confusional			
Dolor retro ocular				Taquipnea				Sind. meníngeo			
Erupción				Prurito				Encefalitis u otras manifestaciones neurológicas			
Náuseas				Ictericia				Sind. Hemorrágico*			
Vómitos				(*) Especificar (marcar con una cruz): petequias <input type="checkbox"/> ; púrpura <input type="checkbox"/> ; epistaxis <input type="checkbox"/> ; gingivorragia <input type="checkbox"/>							
Diarrea				hemoptisis <input type="checkbox"/> ; melena <input type="checkbox"/> ; vómitos negros <input type="checkbox"/> ; otros.....							
Tensión: MIN ...../MAX..... Pulso:...../min. Prueba del torniquete: POS ( ) NEG ( ).FR...../min											
Hto:.....% GB:...../mm3. Fórmula: ...../...../...../...../..... Plaq:...../mm3. VSG:.....mm											
4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS											
Dengue anterior: Si ( ) No ( ) Fecha: ___/___/___											
Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana ( ) Periurb ( ) Rural ( ) Silvestre ( )											
Viajó durante los últimos 45 días? Si ( ) No ( ) Fecha: ___/___/___ Destino _____ Fecha de regreso: ___/___/___											
¿Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? Si ( ) No ( ) Fecha: ___/___/___ Lugar _____											
¿Conoce casos similares? Si ( ) No ( ) ¿Quién/es? _____											
¿Contacto sexual sin protección con enfermo de Zika y/o persona que viajó a zona de transmisión de Zika? Si ( ) No ( )											
Fecha: ___/___/___ Lugar donde viajó: _____ Fecha de regreso: ___/___/___											
¿Donó Sangre 48hs antes del inicio de la enfermedad? ¿Dónde?: _____											
¿Recibió Transfusión en los últimos 15 días? Si ( ) No ( ) ¿Dónde?: _____											



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

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS (Continuación)	
<b>ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN</b> (confirmar con carnet)	
Antiamarílica: Si ( ) No ( ) Ign ( ) Última fecha de vacunación: ___/___/___	
Fiebre Hemorrágica Argentina: Si ( ) No ( ) Ign ( ) Última fecha de vacunación: ___/___/___	
SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA	
(Calificar por n° de orden) Paludismo ( ) Dengue ( ) Virus Chikungunya ( ) Fiebre Amarilla ( ) Leptospirosis ( ) FHA ( )	
Hantavirus ( ) Rickettsiosis ( ) Virus del Oeste del Nilo ( ) Encefalitis de San Luis ( ) Virus Zika ( )	
Otros: _____	
Tratamiento empírico indicado (tipo y dosis) _____	
5. DATOS DE LABORATORIO	
Fecha de la 1ª muestra: ___/___/___ Resultado: _____ Método: _____	
Fecha de la 2ª muestra: ___/___/___ Resultado: _____ Método: _____	
6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN	
Tratamiento indicado al paciente: _____	
Droga utilizada para el tratamiento: _____	Cantidad aplicada (Dosis): _____
Identificación de contactos o expuestos: Si ( ) No ( )	Nº de contactos o expuestos identificados: _____
Quimioprofilaxis a contactos o expuestos: Si ( ) No ( )	Nº de profilaxis indicadas: _____
Droga utilizada para la profilaxis: _____	Cantidad aplicada (Dosis): _____
Bloqueo con vacunas: Si ( ) No ( )	Nº de vacunas aplicadas: _____
Bloqueo con insecticidas, rodenticidas, etc.: Si ( ) No ( )	Nº de viviendas controladas: _____
Sitios de riesgo controlados (basurales, cementerios, etc.): Si ( ) No ( )	¿Cuales?: _____
Insecticida/rodenticida/biocida utilizado: _____	Cantidad aplicada: _____
¿Se hizo tratamiento espacial? Si ( ) No ( )	
Insecticida utilizado para tratamiento espacial: _____	Cantidad aplicada: _____
7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO	
Paciente Hospitalizado: Si ( ) No ( ) Ign ( )	Fecha hospitalización: ___/___/___
Condición del alta: _____	Fecha del alta: ___/___/___
	Fecha de defunción: ___/___/___
Diagnóstico final: _____	Fecha: ___/___/___

Observaciones:

.....  
Firma del Paciente

.....  
Firma y Sello del Médico