

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: Síndrome Febril Agudo Inespecífico: DENGUE
VIGILANCIA POR LABORATORIO (SUBSECTOR PRIVADOS)
20 de marzo de 2023

A partir de la búsqueda activa de casos de Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI) a la fecha se confirmaron 3510 casos de dengue autóctonos. El serotipo circulante identificado es DEN 2. Se definen hasta la fecha las siguientes zonas de circulación autóctona de dengue:

• **LULES:** departamento completo

• **CAPITAL:** departamento completo

TAFI VIEJO: Barrios: Lomas de Tafí – Tiro Federal Próspero Mena - Los Pocitos – Las Talitas – Villa Mariano Moreno – El Colmenar

• **YERBA BUENA:** Villa Carmela - Cevil Redondo – San José

• **CRUZ ALTA:** Alderetes-Banda del Río Salí-Lastenia - Colombres -Delfín Gallo

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 nexos epidemiológicos constituirá un “caso confirmado de dengue por nexos” 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 nexos 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).

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^{2.0} -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

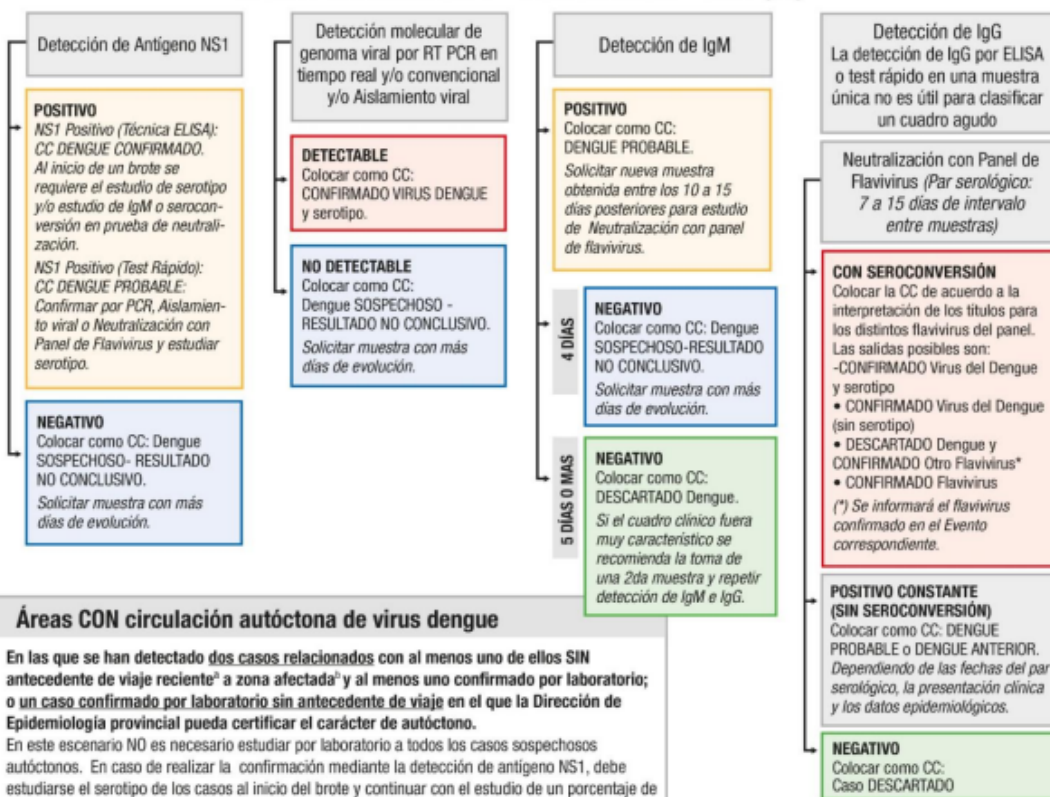
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MÉTODO DE DIAGNÓSTICO

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^a a zona afectada^b 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				Dinnea				Sínd. confusional			
Dolor retro ocular				Taquipnea				Sínd. meníngeo			
Erupción				Prurito				Encefalitis u otras manifestaciones neurológicas			
Náuseas				Ictericia				Sínd. 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: ___/___/___/___/___ Plaquetas: _____/mm3. VSG: _____mm

4. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

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)

ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN (confirmar con carnet)

Antiamarilla: 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 () FNA ()

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 () N° de contactos o expuestos identificados: _____

Quimioprofilaxis a contactos o expuestos: Si () No () N° de profilaxis indicadas: _____

Droga utilizada para la profilaxis: _____ Cantidad aplicada (Dosis): _____

Bloqueo con vacunas: Si () No () N° de vacunas aplicadas: _____

Bloqueo con insecticidas, rodenticidas, etc.: Si () No () N° de viviendas controladas: _____

Sitios de riesgo controlados (basurales, cementerios, etc.): Si () No () ¿Cuales?: _____

Insecticida/rodenticida/biocida utilizado: _____ Cantidad aplicada: _____

¿Se hizo tratamiento especial? Si () No ()

Insecticida utilizado para tratamiento especial: _____ 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