

Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus

**Sistema Nacional de Vigilancia de
la Salud (SNVS 2.0)**

Actualización marzo 2025

Dirección de Epidemiología

Contenido

Sobre la guía	3
Introducción.....	4
Situación de dengue y otras enfermedades arbovirales en argentina	5
Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales.....	6
Indicadores basados en la vigilancia para determinar fases epidemiológicas.....	9
Vigilancia por laboratorio	11
Diagnóstico etiológico de las infecciones por dengue.....	11
Vigilancia epidemiológica	17
Actualización de definiciones de caso	17
Dengue	18
Fiebre chikungunya	30
Zika	33
Arbovirus emergentes: Oropouche y Mayaro	35
Consideraciones técnicas para la notificación en el sistema nacional de vigilancia (SNVS 2.0) ...	36
ANEXOS	38
Herramientas de transferencia de datos	38
Fichas de notificación	40
Diagnósticos diferenciales a tener en cuenta de acuerdo a la fase clínica	44

Sobre la guía

Este documento tiene como principal objetivo establecer las directrices para la vigilancia epidemiológica de dengue y otros arbovirus para cada fase epidemiológica, definir los criterios de cada una de estas, actualizar las definiciones de caso y algoritmos de diagnóstico, así como establecer las estrategias de vigilancia en diferentes contextos epidemiológicos que permitan un monitoreo adecuado, sistemático y compartido por todas las jurisdicciones del país.

Son parte del ejercicio de las funciones propias de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación en el marco de la Ley Nacional N°15.465 y la Resolución Ministerial 2827/2022 y forman parte del marco normativo del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, complementando el Manual de Normas de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

Los destinatarios de la guía son los responsables de la vigilancia epidemiológica de nivel local, intermedio, jurisdiccional y nacional, los equipos asistenciales de todos los niveles de intervención, laboratorios asociados a la detección de casos, los notificadores del SNVS, y los equipos responsables de las acciones de prevención y control.

Esta Guía de vigilancia epidemiológica contó con la colaboración de los equipos técnicos pertenecientes al Ministerio de Salud de la Nación: Dirección de Epidemiología, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y el Laboratorio Nacional de Referencia de Dengue y Otros Arbovirus del INEVH-ANLIS. Además, es el resultado del consenso con las Direcciones de Epidemiología de las 24 jurisdicciones y los referentes de laboratorio de todo el país.

Introducción

El dengue es una enfermedad infecciosa causada por el virus del Dengue (DENV), perteneciente a la familia Flaviviridae y del cual se conocen cuatro serotipos que afectan al humano (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4). Los arbovirus son virus transmitidos por artrópodos, se consideran enfermedades arbovirales (o arbovirosis) urbanas a las que son causadas por virus transmitidas por mosquitos, principalmente el *Aedes aegypti*; siendo el dengue la de mayor incidencia en la región y a nivel global. Constituye un problema de salud pública importante, que requiere medidas preventivas por parte del Estado, las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones de los distintos sectores y subsectores involucrados y de la comunidad. Entre los principales componentes de una estrategia integrada de abordaje, se requiere de un sistema de vigilancia sensible que detecte los casos tempranamente para implementar de forma oportuna las medidas locales de control, así como de decisiones de política sanitaria tendientes a prevenir riesgos y mitigar epidemias de dengue en el país.

Existen diversos factores que contribuyen al aumento de la incidencia de los arbovirus, entre los cuales se encuentran los determinantes ambientales (como el aumento de las temperaturas y las precipitaciones); los socioeconómicos y demográficos (los viajes y migraciones desde y hacia zonas endémicas; el acelerado aumento de poblaciones en áreas urbanas de manera no planificada); y los relacionados con la conducta humana (la inadecuada disposición de residuos, baja adherencia a las recomendaciones sanitarias), que favorecen la acumulación de agua permitiendo el crecimiento del mosquito¹ transmisor de la enfermedad.

El mosquito *Aedes aegypti* es el principal vector del virus del Dengue, así como de otros arbovirus como el Chikungunya y el Zika, en la Región de las Américas. Es un mosquito de hábito doméstico, que vive en las cercanías de los hogares y tiene la capacidad de reproducirse en cualquier recipiente que contenga agua. La transmisión ocurre a partir de un mosquito que pica a una persona infectada durante el período virémico, el mosquito se infecta y luego de un período de tiempo (que puede variar entre 8 y 12 días), al picar a una persona sana, le transmite el virus. Actualmente, en nuestro país, la distribución del mosquito *Aedes aegypti* alcanza su límite sur en la provincia de Río Negro.²

El aumento sustancial de casos de dengue, el aumento de casos graves de chikungunya y las malformaciones congénitas producidas por el virus del Zika en la región implican un alto impacto económico, social y sanitario para las poblaciones que los sufren, en la medida en que determinan un elevado número de ausentismo laboral y escolar, sobrecarga de los sistemas de atención, años de

¹ Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/Actualización%20agosto%202022%20Manual%20de%20normas%20y%20procedimientos%20de%20vigilancia%20y%20control%20de%20ENO.pdf>

² Campos R. E., Laurito M. & Muttis E. Culicidae (Diptera) species from Argentina and Uruguay. Disponible en: <https://biodar.unlp.edu.ar/culicidae/es/info/20318.html>

vida perdidos por muertes prematuras o discapacidad³.

Fortalecer la capacidad del sistema sanitario para abordar la problemática, el compromiso y la participación de distintos actores del Estado en todos sus niveles jurisdiccionales —como educación, ambiente, economía—, de los medios de comunicación y fundamentalmente de la propia comunidad, será indispensable para abordar con eficacia el problema creciente, diverso y complejo de las enfermedades arbovirales.

Situación de dengue y otras enfermedades arbovirales en Argentina

Según datos de la vigilancia nacional, en nuestro país, se ha observado un significativo incremento de los casos de dengue en los últimos años con amplia extensión en el territorio nacional. El aumento de casos en la última temporada de dengue en Argentina, representó un incremento de más de tres veces los casos registrados en la temporada anterior (2022/2023) y más de ocho veces lo registrado en el mismo período en 2019/2020, años considerados epidémicos en nuestro país. Este aumento progresivo de los casos se acompaña del aumento de casos graves y fatales en todos los grupos de edad.

La incidencia acumulada para la temporada 2023-2024⁴. Fue de 1.239 casos por cada 100.000 habitantes, con 583.297 casos de dengue, presentándose en 19 de las 24 jurisdicciones del país. En 2023 se registró por primera vez la transmisión del virus durante todo el año en parte del territorio nacional.

En relación al virus del Chikungunya, desde la SE 31/2023 hasta la SE 30/2024 se registraron en Argentina 890 casos de fiebre chikungunya, de los cuales: 795 no tuvieron antecedentes de viaje y 41 fueron importados. Durante la temporada se registraron casos autóctonos en 8 provincias, Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe de la región Centro; Chaco, Formosa y Misiones de la región NEA; Salta y Santiago del Estero de la región NOA. Se registraron casos importados en 13 jurisdicciones.

A su vez, el virus del Zika circula de manera endémica en varios países de la región y continúa siendo una importante amenaza. En Argentina, el primer caso de transmisión local de este virus fue notificado en 2016, y el último brote registrado ocurrió en 2018, sin haberse reportado nuevos casos hasta la fecha. Sin embargo, es fundamental mantener la vigilancia epidemiológica activa ante la posibilidad de nuevos casos.

Más recientemente, se ha registrado la dispersión de casos de fiebre de

³ Organización Panamericana de la Salud (OPS) Alerta Epidemiológica Aumento de casos de dengue en la Región de las Américas 7 de octubre del 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-10/2024-oct-07-phe-epi-alert-dengue-final-es.pdf>

⁴ Incluye casos confirmados por laboratorio, casos con laboratorio positivo en zonas con circulación viral y casos con nexo epidemiológico sin laboratorio.

oropouche en zonas no endémicas de la región, la posible transmisión vertical con casos de abortos y muertes fetales en investigación y con el primer registro de casos fallecidos asociados a la enfermedad, determinando la necesidad de fortalecer su vigilancia en Argentina.

Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales

En el mes de agosto del 2024, se presentó el “**Plan de preparación y respuesta integral a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales**”⁵ cuyo objetivo es fortalecer la capacidad de preparación y respuesta frente a brotes y epidemias por dengue y otros arbovirus en Argentina con el fin de disminuir la morbimortalidad.

El mismo distingue cuatro fases que implican diferentes actividades de respuesta y están definidas, fundamentalmente, a partir de indicadores producto de la vigilancia epidemiológica: preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia y recuperación. Asimismo, se divide en 8 pilares o componentes dentro de los cuales se encuentran la “*Vigilancia, investigación epidemiológica integrada y ajustes a medidas de salud pública*”, así como la “*Vigilancia virológica de las arbovirosis*”. Sobre estos dos pilares, se presentan lineamientos específicos para el abordaje de las enfermedades arbovirales en el presente documento.

Figura 1. Plan de preparación y respuesta integral a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales



⁵ Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/Actualización%20agosto%202022%20Manual%20de%20normas%20y%20procedimientos%20de%20vigilancia%20y%20control%20de%20ENO.pdf>

Fuente: Plan de preparación y respuesta integral a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales

FASE DE PREPARACIÓN

Dado el patrón cíclico y estacional de la circulación del dengue y las otras arbovirosis esta fase comienza en los periodos de menor número de casos en relación a valores de incidencias históricas del país. La finalidad de establecer las actividades de esta fase es poder anticiparse al momento de mayor intensidad de la transmisión del virus y, como consecuencia, al incremento de los casos. Se precisa contar tanto con un sistema de vigilancia epidemiológica que sea sensible a captar modificaciones en él, advirtiendo la presencia de un brote o epidemia, así como también contar con recursos materiales, financieros y humanos para que la respuesta brindada sea oportuna.

Desde el segundo pilar, esta fase comprende gestionar recursos físicos y materiales para garantizar una correcta vigilancia, capacitar al personal identificado que realiza actividades de vigilancia, notificar el 100% de los casos sospechosos, así como también estudiarlos y realizar una completa investigación epidemiológica. Además, se debe realizar el análisis y difusión de la situación epidemiológica con una posterior evaluación del sistema de vigilancia.

Para el tercer pilar, que trata sobre la vigilancia virológica o laboratorial, resulta estratégico que en esta fase se identifiquen requerimientos para el fortalecimiento de capacidades de laboratorio, se realicen la transferencia o implementación de metodologías, así como capacitación y actualización de conocimientos de personal de laboratorio involucrado. Al mismo tiempo, resulta relevante realizar la revisión y actualización de los algoritmos de laboratorio para luego difundirlos, relevar la disponibilidad de insumos y equipamiento necesarios y gestionar los recursos materiales y humanos acordes para la respuesta laboratorial. Por otra parte, se fomenta la búsqueda de diagnósticos diferenciales ante la sospecha de circulación de otros arbovirus. Las metodologías que se utilicen deben estar de acuerdo con los estándares de calidad y bioseguridad del laboratorio. Otro aspecto que compete al tercer pilar, además del procesamiento adecuado de las muestras para búsqueda de etiología por arbovirus, es la carga oportuna de los resultados del laboratorio en el sistema de vigilancia para garantizar el flujo de la información que surge de la vigilancia laboratorial.

FASE ALERTA TEMPRANA

Esta fase comienza cuando se evidencia un aumento en el registro de los casos. Dentro de los pilares del plan, el que tiene la posibilidad y la responsabilidad de emitir las señales de alerta es el pilar 2 de vigilancia, investigación epidemiológica y ajuste de medidas de salud pública. Se consideran las siguientes **señales de alerta**: aumento de hospitalizaciones, incremento de casos probables y confirmados, aumento de la positividad, introducción de un nuevo serotipo, cambio del serotipo dominante o cambio en genotipos.

Con respecto a las actividades desde la vigilancia, en esta fase resulta prioritario

realizar reuniones y asesorías con el nivel jurisdiccional para garantizar un correcto abordaje del brote, así como también se considera la emisión de alertas a las áreas, jurisdicciones y organismos internacionales involucrados sobre la situación epidemiológica.

Además, se continuará con la **notificación del 100%** de los casos sospechosos manteniendo también la toma de muestra de todos los casos, sobre todo en los casos con signos de alarma, grave y embarazada.

En esta fase se deberá activar el comité nacional de vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue para realizar una revisión de los casos notificados fallecidos.

En lo que respecta a la vigilancia laboratorial, en alerta temprana se precisa monitorear y evaluar el comportamiento de la demanda y los resultados del laboratorio en los distintos niveles, confirmar y caracterizar los arbovirus cuya actividad se identifique en circulación, así como elaborar informes de alerta temprana intersectorial para el fortalecimiento de las acciones de prevención y control. Se debe garantizar el flujo de información desde los laboratorios hacia el paciente, los referentes epidemiológicos y de manejo de vectores. Por otro lado, se continuará supervisando el inventario de los reactivos y consumibles con el fin de garantizar la disponibilidad de los mismos para sostener la respuesta laboratorial.

FASE RESPUESTA A EPIDEMIAS

En esta fase, el aumento en el registro de casos observado en la fase de alerta temprana, se vuelve sostenido. Transicionar desde el escenario de alerta temprana al de fase de respuesta no quiere decir que aquellas acciones que se tomaron previamente no surtieron efecto, sino que por las características propias de la dinámica de transmisión de dichos arbovirus en muchas ocasiones la transmisión no cesa y actúa de manera tan intensa que no se puede evitar la epidemia.

A partir de los recursos planteados en la fase de preparación, en esta fase resulta crucial activar los recursos humanos complementarios y planes de contingencia para hacer frente a la epidemia. Se intensificará la difusión de circulares y alertas de vigilancia para mantener actualizada la situación epidemiológica, así como también la publicación de informes en el boletín epidemiológico nacional.

Se continúa con la notificación del 100% de los sospechosos garantizado por las herramientas de recolección de datos rápidas. Más allá de los recursos disponibles para diagnóstico y la magnitud de la epidemia, se debe coordinar con las áreas de epidemiología y atención de pacientes la toma de muestras en el 10 al 30% de los casos leves para estudios virológicos, a fin de realizar la vigilancia laboratorial, monitorear serotipos/genotipos de dengue u otros arbovirus circulantes y la extensión temporal y geográfica de la circulación viral.

En esta fase, la prioridad de la vigilancia laboratorial es para aquellas muestras de casos de dengue con signos de alarma, dengue grave, pacientes

pediátricos, embarazadas y pacientes con comorbilidades, así como chikungunya y zika grave, fallecidos u otro grupo de riesgo que se considere, con el objetivo de llegar a estudiar el 100%.

Se realizarán informes periódicos que den cuenta de la operatividad laboratorial con el fin de optimizar el uso adecuado del recurso acordes al monitoreo de los stocks de insumos y disponibilidad de recurso humano.

FASE DE RECUPERACIÓN

Luego de brindarse la respuesta a la epidemia, se pasa a la siguiente fase en la que hay que garantizar la continuidad de los servicios de salud y de las actividades claves en términos de prevención del evento. En esta fase se comienza a disminuir la intensidad de las acciones realizadas en el escenario anterior hasta que pueda desactivarse el operativo, teniendo como meta el estado de inter epidemia para luego comenzar nuevamente con las fases planteadas.

Identificar el cambio de fase y comunicarlo se consideran las primeras actividades desde la vigilancia epidemiológica, además se deben reconocer aquellas zonas que continúan con circulación viral de las que interrumpen la circulación. Por otra parte, se retoma la notificación con datos completos, toma de muestra e investigación de la totalidad de los casos. Por último, resulta importante evaluar las medidas adoptadas durante las fases de alerta y epidemia.

Con respecto al pilar sobre la vigilancia laboratorial, gradualmente se retomarán las actividades habituales del laboratorio (revisión de algoritmos, movilización del personal, porcentaje de muestreos, entre otros). Se identificará las fortalezas, debilidades y lecciones aprendidas con el fin de poder mejorar la respuesta en la próxima epidemia

Indicadores basados en la vigilancia para determinar fases epidemiológicas

Para el segundo pilar del plan denominado “Vigilancia, investigación epidemiológica integrada y ajustes a medidas de salud pública” se han validado y consensuado por equipos técnicos los siguientes indicadores de cambio de fase a **nivel de departamento**.

A partir de un ajuste implementado desde la puesta en marcha y considerando la naturaleza dinámica del análisis epidemiológico, se presenta una actualización de los indicadores publicados en noviembre de 2024. Para la transición de la *fase de preparación a la fase de alerta temprana*, se adoptará como criterio el aumento sostenido de casos confirmados y probables durante **dos semanas consecutivas**, en lugar de tres. Este ajuste permite una detección más oportuna de cambios en la situación epidemiológica reportada por las jurisdicciones, optimizando la respuesta sanitaria.

- Cambio de fase de preparación a fase de alerta temprana: aumento de casos confirmados y probables por **dos semanas consecutivas**.

Es importante continuar confirmando casos todas las semanas para asegurar que los casos probables puedan estar relacionados al virus del dengue y no a otros posibles flavivirus/arbovirus circulantes. Por lo tanto, para considerar aumento de casos de dengue se considerarán todas las semanas con casos confirmados y probables, debiendo tener al menos un confirmado por laboratorio en cada semana.

- Cambio de fase de alerta temprana a respuesta a epidemias; resulta de la sumatoria por semana de las siguientes condiciones que se mantengan por al menos **dos semanas consecutivas**:

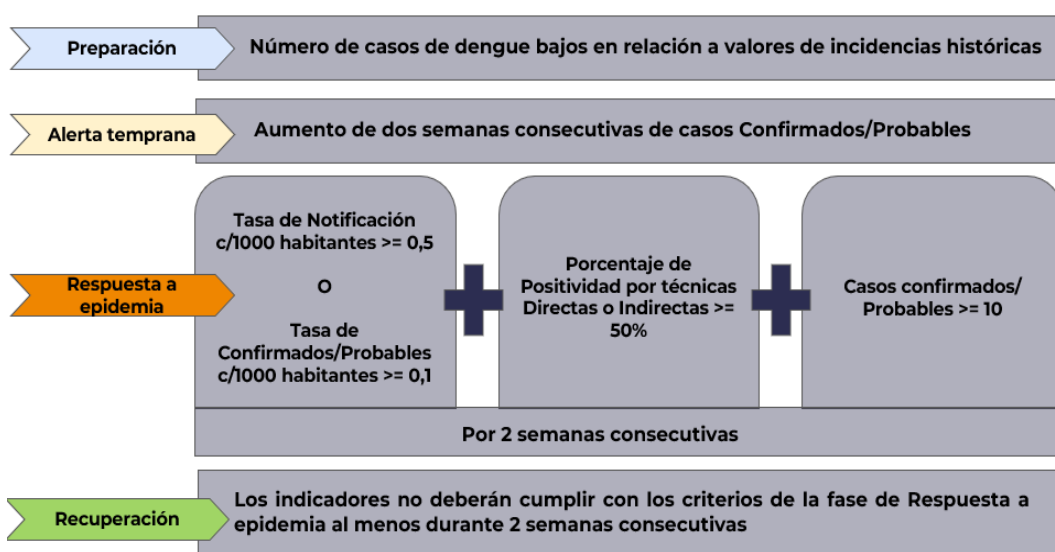
- Tasa de notificación cada 1.000 habitantes mayor o igual a 0,5 o Tasa de confirmados o probables mayor o igual a 0,1 cada 1.000 habitantes, **y**;
- Porcentaje de positividad por técnicas directas o indirectas mayor o igual al 50%, **y**;
- Casos confirmados y probables mayores o iguales a 10.

Para considerar cambio de fase se considerarán todas las semanas con casos confirmados y probables, debiendo tener al menos un confirmado por laboratorio en cada semana.

- Cambio de fase de respuesta a epidemias a recuperación; resulta cuando ya no se cumplan los criterios de la fase de respuesta a epidemia por al menos 2 semanas consecutivas, esto considera:

- Descenso de casos notificados **o**;
- Tasa de notificación menor de 0,5 casos cada 1.000 habitantes **o**;
- Porcentaje de positividad menor del 50%.

En esta fase se implementará el desescalado de las acciones de vigilancia en fase de respuesta, volviendo a la vigilancia laboratorio del 100% de los casos. Se considerará el fin de la fase de respuesta hasta la semana que se cumplen las condiciones antes mencionadas.

Figura 2. Indicadores de cambio de fase a nivel departamental en las jurisdicciones

Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de información e Investigación. Ministerio de Salud de la Nación.

Vigilancia por laboratorio

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES POR DENGUE

REQUERIMIENTO EN LA TOMA DE MUESTRAS

Tipo de muestras: de preferencia se empleará la muestra de suero ya que puede ser utilizada en todas las metodologías disponibles. Eventualmente podrá estudiarse una muestra de sangre entera (empleando EDTA como anticoagulante) y orina por técnicas moleculares, todas ellas obtenidas en condiciones de esterilidad. Si hay afectación neurológica, agregar en simultaneo el estudio de muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) y suero.

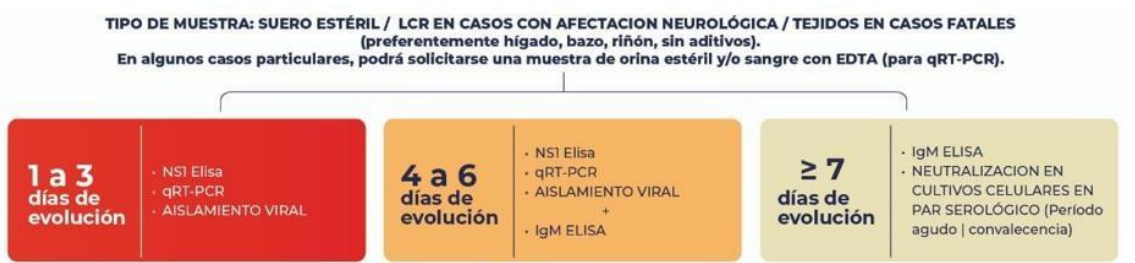
Se recomienda enviar las muestras al laboratorio inmediatamente después de obtenidas, refrigeradas a 4°C y evitar ciclos de congelado y descongelado, manteniendo condiciones de bioseguridad adecuadas.

En casos fatales, se recomienda el estudio de muestras de tejido identificadas individualmente (hígado, riñón y bazo preferentemente) y obtenidas sin aditivos. Deben ser conservadas en freezer de la menor temperatura disponible (preferentemente -70°C) y enviadas al laboratorio acompañadas de hielo seco.

En todos los casos, las muestras deben ser rotuladas con los siguientes datos: identificación, tipo de muestra y fecha de obtención. Por otro lado, se deben acompañar las muestras con fichas epidemiológicas correspondientes y deben ser enviadas dentro de envases de seguridad biológica, consignando remitente para su devolución.

Es muy importante que se consignen si hay datos de vacunación previa para dengue y/o fiebre amarilla y en qué fecha.

Figura 3. Dengue: Tipo de muestras y técnicas de laboratorio para diagnóstico según días de evolución. Año 2024⁶



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el INEVH.
Dengue - Algoritmo de diagnóstico y notificación: [algoritmos-dengue-laboratorio-11-2024.pdf](#)

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y CLASIFICACIÓN DE CASOS SEGÚN CRITERIOS DEL LABORATORIO VIROLÓGICO:

NSI ELISA	POSITIVO: CASO CONFIRMADO DENGUE SIN SEROTIPO (un % de muestras debe ser remitido para evaluación del serotipo). NEGATIVO: CASO SOSPECHOSO NO CONCLUSIVO.
qRT-PCR	DETECTABLE: CASO CONFIRMADO DENGUE CON SEROTIPO/CASO CONFIRMADO DENGUE SIN SEROTIPO. NO DETECTABLE: CASO SOSPECHOSO NO CONCLUSIVO.
Aislamiento viral	POSITIVO: CASO CONFIRMADO DENGUE CON SEROTIPO. NEGATIVO: CASO SOSPECHOSO NO CONCLUSIVO.

Ante la aparición de los primeros casos en un área y durante el transcurso de un brote debe sostenerse la derivación de un porcentaje de muestras positivas y negativas al Centro Nacional de referencia (INEVH MAIZTEGUI- ANLIS) para control de calidad y realizar estudios de caracterización viral y vigilancia genómica.

IgM ELISA	POSITIVO (≥ 4 días de evolución): CASO PROBABLE. POSITIVO (4-6 días evolución) con resultados NEGATIVOS por ELISA NSI y/o qRT-PCR): CASO PROBABLE O INFECCIÓN REMOTA POR DENGUE. (Se solicitará segunda muestra en un % de casos para Neutralización para dengue y evaluación de reactividad cruzada con otros flavivirus). NEGATIVO (hasta 4 días de evolución): CASO SOSPECHOSO NO CONCLUSIVO. NEGATIVO (≥ 5 días de evolución): CASO DESCARTADO.
Neutralización (Par serológico: agudo/convalecencia, tomados con 10 a 15 días de diferencia)	SE ESTUDIA EL PAR SEROLÓGICO FRENTE A PANEL DE FLAVIVIRUS (incluye los cuatro serotipos de Dengue, Fiebre amarilla, Encefalitis de San Luis, Zika y Virus del Nilo Occidental). Posibles resultados: POSITIVO DENGUE: CONFIRMADO DENGUE Y SEROTIPO. POSITIVO DENGUE: CONFIRMADO DENGUE SIN SEROTIPO. POSITIVO DENGUE: PROBABLE DENGUE (si no hay seroconversión). POSITIVO DENGUE Y OTROS FLAVIVIRUS: CONFIRMADO FLAVIVIRUS O PROBABLE FLAVIVIRUS (cuando hay cruces serológicos y se observa o no la seroconversión). NEGATIVO DENGUE Y OTROS FLAVIVIRUS: CASO DENGUE DESCARTADO Y DESCARTADOS OTROS FLAVIVIRUS. NEGATIVO DENGUE Y POSITIVO OTRO FLAVIVIRUS: CASO DE DENGUE DESCARTADO, POSITIVO OTRO FLAVIVIRUS.
TEST RÁPIDO NSI	POSITIVO: CASO PROBABLE DE DENGUE. NEGATIVO: Evaluar resultados de IgM/IgG.
TEST RÁPIDO IgM/IgG	POSITIVO / POSITIVO: CASO PROBABLE O PROBABLE INFECCIÓN REMOTA. NEGATIVO / POSITIVO: PROBABLE INFECCIÓN REMOTA. POSITIVO / NEGATIVO: PROBABLE. NEGATIVO / NEGATIVO (hasta 4 días de evolución): SOSPECHOSO NO CONCLUSIVO. NEGATIVO / NEGATIVO (≥ 5 días de evolución): CASO DESCARTADO.

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el INEVH

CONSIDERACIONES PARA LA VIGILANCIA POR LABORATORIO

- Los servicios de salud deben seguir las directrices establecidas para el manejo de casos sospechosos de dengue y asegurar la realización de estudios de laboratorio apropiados para confirmar o descartar la infección, sobre todo en los grupos de pacientes priorizados y en las diferentes fases de preparación, alerta, respuesta y recuperación de la epidemia. Es fundamental el trabajo coordinado entre las áreas de atención de pacientes, epidemiología y laboratorios para no sobrecargar la demanda de diagnóstico etiológico, particularmente en lo relativo a las acciones de vigilancia laboratorial de acuerdo a la disponibilidad de insumos y recurso humano.

- En el contexto epidemiológico actual, con una epidemia de dengue en la temporada anterior, se recomienda la aplicación de método directos y confirmatorios (ELISA NS1 para dengue, aislamiento viral y qRT-PCR) aplicados a muestras agudas (0-6 días de evolución) con el objetivo de proveer al sistema de vigilancia con información de certeza que permita identificar y caracterizar los arbovirus circulantes en un área, de modo de generar un alerta temprano que oriente adecuadamente la implementación de medidas de prevención y control.

- En el caso de que los primeros casos compatibles con un inicio de circulación viral en un área correspondan a pacientes con un cuadro de 4 o más días de evolución en los que únicamente se detecte la presencia de anticuerpos tipo IgM, es necesario tener la consideración que los anticuerpos IgM son marcadores de infección reciente, no necesariamente aguda. En estudios realizados en epidemias de dengue anteriores en Argentina, se ha constatado que un porcentaje de pacientes pueden presentar persistencia de IgM para dengue por **más de 3 meses** e incluso a más de un año. Por lo tanto, en esos casos, se plantea el estudio por prueba de neutralización en par de sueros con muestras tomadas con 10 a 15 días de diferencia para confirmar circulación viral o descartar el caso de dengue al evidenciar la seroconversión de anticuerpos tipo IgG, así como estudiar otros flavivirus y descartar la detección de cruces serológicos. Esta acción es fundamental cuando no existan casos confirmados por qRT-PCR e identificación de serotipo. No obstante, es fundamental la investigación epidemiológica y búsqueda activa para captar otros casos febriles que pudieran presentarse en la zona y proceder a la toma de muestras en fase aguda.

- En los casos con sintomatología compatible de dengue pero que cuentan con antecedentes de vacunación dentro de los 30 días inclusive de la última dosis de vacuna, no deben realizarse estudios de diagnóstico etiológico, a excepción de los casos graves o fatales. En caso de FIS más allá de los 30 días de la última dosis de vacuna se puede realizar diagnóstico etiológico **SÓLO** a través de métodos directos dentro de los 6 días de la fecha de inicio de síntomas (FIS <6 días) y preferentemente, por métodos moleculares. Los métodos indirectos basados en serología para la detección de anticuerpos IgM e IgG con resultados positivos no permiten diferenciar infección por virus dengue o

respuesta inmune vacunal en este contexto.

- Si no es posible realizar el diagnóstico en la jurisdicción deberán arbitrarse los medios dispuestos a través de la red nacional de laboratorios de dengue y otros arbovirus para lograr el diagnóstico de laboratorio que permita reconocer la situación epidemiológica de la localidad.

- Se debe sostener la derivación de un porcentaje de muestras positivas y negativas en todas las fases del plan al Centro Nacional de referencia para corroboración, complementación de metodologías, y caracterización virológica y genómica de los agentes virales. Particularmente en el período de alerta temprano y luego de un período Inter epidémico resulta de relevancia determinar si los arbovirus que se están detectando corresponden a nuevas introducciones en el territorio o corresponde a circulación sostenida de los agentes virales previamente caracterizados.

- La derivación de muestras al Centro Nacional de Referencia para estudios de caracterización genómica viral es importante que cumpla criterios de representación geográfica, temporal y de espectro clínico, priorizando aquellos casos positivos por técnicas de qRT-PCR con valores de CT inferiores a 28 idealmente.

USO RECOMENDADO DE LOS TEST RÁPIDOS (INMUNOCROMATOGRAFÍA)

- Los test rápidos no se recomiendan como herramienta para la vigilancia epidemiológica en zonas sin circulación viral ya que podrían aparecer falsos negativos y en esta etapa se requiere la aplicación de técnicas con la mayor sensibilidad a fin de generar una alerta temprana y orientar la implementación de medidas oportunas en salud pública. Dado que algunos reactivos disponibles en el mercado, han sido desarrollados en otros países y con otros escenarios epidemiológicos, pueden resultar incompletamente evaluados para su aplicación en nuestro territorio. Por lo cual, se recomienda trabajar con test cuyo desempeño haya sido evaluado por un centro de referencia nacional o provincial con paneles que representen la casuística local. En aquellas situaciones en las cuales la disponibilidad del diagnóstico de dengue resulte de implicancia para el manejo del paciente y no sea factible el abordaje por los métodos recomendados, podrá determinarse el uso de test rápidos teniendo en cuenta las consideraciones expresadas.

- Cuando fuera necesaria la introducción de test rápidos para fortalecer la respuesta laboratorial en localidades con circulación comprobada de virus dengue por otras metodologías, los mismos deberían ser considerados como una herramienta de tamizado que requiere ser empleada dentro del algoritmo propuesto para el diagnóstico de dengue y se recomienda, además, la corroboración de un porcentaje de los resultados positivos y negativos que se emitan.

- Los test rápidos cuando se incorporen al algoritmo diagnóstico de dengue se indican preferentemente para aplicación en **casos ambulatorios** en zonas de brotes. En **casos internados** se recomienda utilizar métodos de qRT-

PCR, ELISA NS1 o ELISA IgM/ Neutralización cada vez que sea posible.

- Se recomienda que el procesamiento por esta metodología sea realizado con buenas prácticas de laboratorio y bioseguridad en áreas de laboratorio, con la supervisión de un profesional bioquímico capacitado y actualizado en la lectura de los mismos, en la interpretación de resultados y criterios de clasificación de las infecciones por dengue.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADO: TEST RÁPIDO, IgM E IgG

Del mismo modo que al aplicar otras técnicas, se debe considerar los días de evolución de la muestra para una correcta interpretación de los resultados.

Figura 4. Dengue: Interpretación de resultado según Tipo de muestras y técnicas de laboratorio. Año 2024.

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS DE DENGUE	Antígeno NS1 por test rápido	Anticuerpo IgM por test rápido	Anticuerpo IgG por test rápido
Caso de dengue probable	POSITIVO	NEGATIVO	NEGATIVO
	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO
	POSITIVO	POSITIVO	NEGATIVO
	POSITIVO	POSITIVO	POSITIVO
	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
Caso de dengue probable o probable infección remota	NEGATIVO	POSITIVO	POSITIVO
Probable Infección remota	NEGATIVO	NEGATIVO	POSITIVO
Caso Descartado (cuando el paciente se presente con 5 o más días de evolución).	NEGATIVO 0	NEGATIVO	NEGATIVO
Caso sospechoso no conclusivo (cuando el paciente tenga menos de 5 días de evolución)			

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el INEVH

Vigilancia epidemiológica

ACTUALIZACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO

REGISTRO Y NOTIFICACIÓN

Todo caso sospechoso de dengue y otros arbovirus constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la Res. 2827/2022 y como tal deberá ser notificado de manera universal (por todo efector, tanto del subsector público, privado o de la seguridad social), dentro de las 24 hs. al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

La notificación oportuna de los casos permite la realización de las acciones adecuadas de control, el registro completo de la información clínica, laboratorio y epidemiológica permite el adecuado monitoreo de la situación; el registro sistemático de las acciones permite el seguimiento, la evaluación y la eventual adecuación de las mismas.

En contextos de brotes o epidemias es muy importante mantener las capacidades de registro y notificación, dado que la vigilancia epidemiológica es la herramienta fundamental para realizar acciones de respuesta de manera oportuna y eficaz, seguir orientando las acciones de control, realizar el monitoreo de la evolución del brote y evaluar la eficacia de las medidas adoptadas. Para mantener la capacidad de realizar el registro y notificación oportuna es necesario prever los recursos necesarios para dar respuesta adecuada a esta necesidad, así como registrar en cada etapa la información crítica necesaria.

CASOS DE DENGUE SEGÚN FASE EPIDEMIOLÓGICA

En **fase de preparación, alerta temprana y recuperación**, todos los casos sospechosos de dengue deben ser estudiados por laboratorio para confirmar o descartar la infección, de preferencia a través de métodos directos en muestras tempranas.

Se considerarán casos de dengue de manera diferencial en cada fase para cada departamento. Los criterios para la consideración según la fase se listan a continuación:

- En los departamentos que se encuentran en **fase de preparación**, en **fase de alerta temprana** o en fase de **recuperación** se considerarán casos de dengue a los **casos confirmados por laboratorio**. Los casos probables deben ser confirmados o descartados antes de considerarse casos de dengue. Durante estas fases, los **casos probables por nexo epidemiológico** se considerarán únicamente si el caso evidencia un nexo comprobable con un caso confirmado. El mismo deberá registrarse en la solapa *epidemiología* en la sección factores de riesgo como "Nexo con caso de dengue confirmado".
- En los departamentos que se encuentran en **fase de respuesta a epidemias** se considerarán casos de dengue a los confirmados, probables por

laboratorio o nexos y a todo caso sospechoso no descartado por otro diagnóstico o pruebas de laboratorio negativas.

- Independientemente de la fase se denominarán los casos descartados y no conclusivos como casos “con resultado negativo”.

La interpretación de los resultados de laboratorio no varía por el escenario epidemiológico.

Todas las localidades donde se registren **dos o más casos confirmados por laboratorio** relacionados por lugar y tiempo, sin antecedente de viaje y con fecha de inicio de los síntomas en los últimos 14 días serán consideradas zonas con circulación viral activa.

Todas las localidades **sin casos confirmados** por laboratorio durante dos períodos de incubación máximo (28 días) serán consideradas áreas en donde se ha interrumpido la circulación viral.

DENGUE

DEFINICIÓN DE CASO

DENGUE EN POBLACIÓN GENERAL

Caso sospechoso: toda persona que vive o haya viajado en los últimos 14 días previos al inicio de los síntomas a zonas con transmisión de dengue o presencia del vector, y presenta fiebre aguda, habitualmente de 2 a 7 días de evolución, y dos o más de las siguientes manifestaciones:

- Náuseas o vómitos
- Exantema
- Cefalea o dolor retroorbitario
- Mialgia o artralgia
- Petequias o prueba de torniquete positiva (+)
- Leucopenia
- Con o sin cualquier signo de alarma o manifestación de gravedad.

Caso probable: todo caso que cumple con definición de sospechoso de dengue y presenta:

- Por laboratorio: Detección de IgM (ELISA o inmunocromatografía) o NS1 (inmunocromatografía) en una sola muestra de suero (recogida durante la fase aguda o convaleciente). o
- Por Nexos epidemiológico asociado con un caso confirmado.

Caso confirmado: todo caso sospechoso o probable de dengue que presenta:

- Detección molecular del genoma viral por qRT-PCR, **o**;
- Detección de la proteína viral NS1 mediante técnica de ELISA, **o**;
- Aislamiento viral, **o**;
- Demostración de seroconversión en prueba de neutralización de anticuerpos de tipo IgG contra virus Dengue con evaluación de la reactividad cruzada frente a un panel de flavivirus, realizada en par serológico de muestras recogidas con al menos 10 a 15 días de diferencia; **o**
- En casos fallecidos que no fueran confirmados previamente, detección molecular del genoma viral a partir de tejido de autopsia o mediante estudio histopatológico e inmunohistoquímica.

Caso descartado: todo caso sospechoso que presente:

- Resultados negativos para la detección de anticuerpos IgM en muestras de 5 (cinco) o más días de evolución **o**
- prueba de neutralización (PRNT) en muestras pareadas negativas (tener en cuenta que deben ser considerados los días de evolución y las fechas de toma de muestras en el par serológico), será considerado **Descartado por laboratorio**.
- Diagnóstico diferencial constatado que explique el cuadro clínico. Será considerado

Descartado por Diagnóstico diferencial.

- Todo caso sospechoso con resultados de laboratorio no conclusivos⁷ e imposibilidad de obtener nuevas muestras, en ausencia de nexo epidemiológico con casos confirmados en zonas sin circulación viral dentro de los 30 días antes o después del inicio de los síntomas se considerará un caso **Descartado por epidemiología**.

En el caso de situaciones de las situaciones especiales que se desarrollan a continuación se recomienda consultar la “**Circular de vigilancia Epidemiológica Definiciones de caso de Dengue perinatal y Dengue en menores de 5 años**”.⁸

DENGUE DURANTE LA GESTACIÓN

Las definiciones de caso y los laboratorios de diagnóstico son los mismos que en la población general.

En el marco de la vigilancia intensificada de la transmisión materno infantil y con el objetivo de promover el estudio completo en gestantes se utilizará el evento: **DENGUE DURANTE LA GESTACIÓN**.⁹

⁷ Se consideran no conclusivas las determinaciones PCR y NS1 negativas. Un resultado positivo confirma, pero un resultado negativo no descarta.

⁸ “Circular de vigilancia Epidemiológica Definiciones de caso de Dengue perinatal y Dengue en menores de 5 años” disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_materno_infantil-10-2024.pdf

⁹ “Circular de vigilancia Epidemiológica Definiciones de caso de Dengue perinatal y Dengue en menores de 5 años” disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_materno_infantil-10-2024.pdf

DENGUE EN TRANSMISIÓN VERTICAL

Caso sospechoso en recién nacido vivo: Recién nacido vivo cuya madre haya representado un caso probable o confirmado de dengue, con fecha de inicio de síntomas dentro de los 15 días anteriores y hasta 48 hs. después del nacimiento.

Caso confirmado en recién nacido: Un caso sospechoso de dengue en recién nacido y que presente al menos una de las siguientes situaciones:

- Detección de genoma viral por qRT-PCR o de la proteína viral NS1 mediante ELISA, o la demostración de la presencia del virus mediante aislamiento viral; **o**
- Aumento de 4 veces en el valor de título de anticuerpos neutralizantes del tipo **IgG para DENV habiendo descartado reactividad cruzada con otros flavivirus en las muestras recogidas con 10 a 15 días de diferencia;**¹⁰ **o**
- Detección de IgM Dengue por método de **ELISA habiendo descartado reactividad cruzada con otros flavivirus en el recién nacido dentro de los primeros 12 días de vida extrauterina (idealmente dentro de las primeras 48 hs).**¹¹

Estos casos se deben notificar, colocando DNI de la madre como responsable a cargo para que quede ligado al dengue materno (si no se contara con DNI todavía del recién nacido se debe notificar como indocumentado; una vez que el recién nacido obtenga número de DNI debe actualizarse en el SNVS).

Caso sospechoso en aborto o mortinato: Todo aborto, muerte fetal o mortinato cuya madre haya sido un caso probable o confirmado de dengue en cualquier trimestre de la gestación, con fecha de inicio de síntomas hasta 15 días previos a la finalización de la gestación.

Registro y notificación: los casos de aborto o mortinato deben notificarse bajo el evento “Dengue durante la gestación” utilizando el DNI materno y colocando en producto de la gestación el tiempo de desenlace del embarazo.

Es importante remarcar la importancia de lograr un registro completo de la información clínica, laboratorial y epidemiológica tanto de la gestante como del producto de la gestación siempre que sea posible.

DENGUE EN MENORES DE 5 AÑOS EN ZONAS Y PERÍODOS CON ALTA CIRCULACIÓN

La incorporación de una definición específica para menores de 5 años tiene como objetivo aumentar la sensibilidad en la detección durante periodos de circulación de dengue (en las fases de alerta temprana y en fase de respuesta a epidemia) a los fines epidemiológicos. La definición no reemplaza el criterio clínico por este motivo, es fundamental siempre considerar diagnósticos

¹⁰ La detección de anticuerpos IgG e IgM por ELISA para dengue requiere la evaluación de reactividad cruzada con otros flavivirus para los criterios de confirmación. La metodología recomendada es la neutralización en cultivos celulares con panel integrado por los virus DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4, ZIKV, SLEV, WNV y YFV.

¹¹ Camacho Ramírez y cols. (2014). Dengue neonatal. Reporte de un caso. Enfermedades Infecciosas y Microbiología, 34(4), 155-159. [ei143c.pdf](#)

diferenciales al evaluar la presentación clínica. Además, se recuerda que, ante la sospecha clínica de dengue, se debe iniciar de inmediato la hidratación. En consonancia con la definición de caso propuesta para menores de 5 años por OPS¹² y en conjunto con la Sociedad Argentina de Pediatría (Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria, Comité Nacional de Infectología y Subcomisión Nacional de Epidemiología), la Dirección de Salud Perinatal y Niñez, el Laboratorio Nacional de Referencia, la Coordinación de Zoonosis perteneciente a la Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles, se consensuó la siguiente definición de caso de dengue.

Caso sospechoso: Todo menor de 5 años¹³ que resida o haya viajado en los últimos 14 días a una zona con alta circulación de dengue **y**

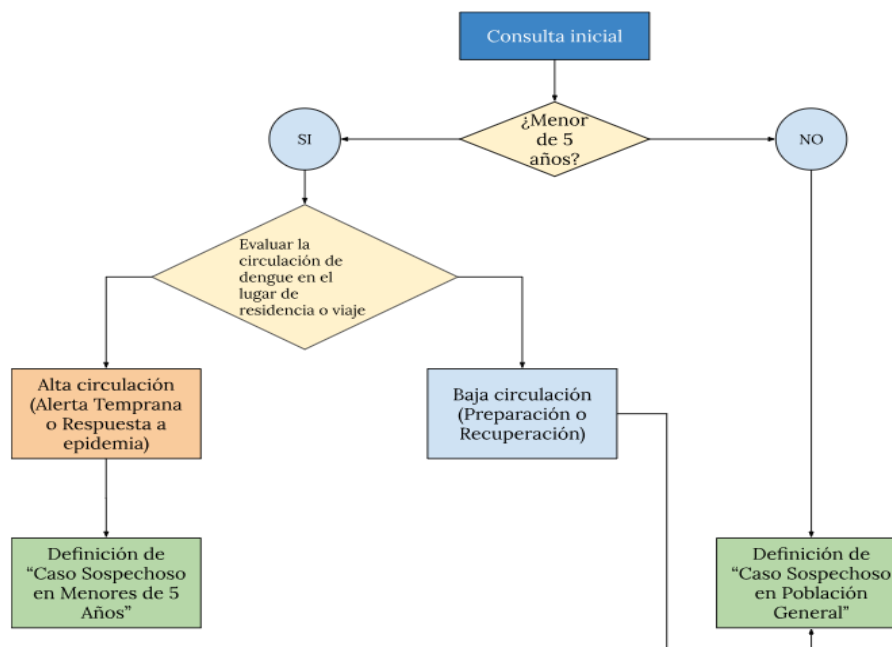
- Presenta cuadro febril agudo (38° o más) de 2 a 7 días de evolución sin foco aparente; **o**
- Fiebre y una o más de las siguientes manifestaciones: náuseas/vómitos, diarrea, dolor abdominal, exantema, sangrado activo, petequias, dolor retro ocular/cefalea y mialgias; **o**
- Cualquier criterio de gravedad: choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma, choque evidenciado por: pulso débil o indetectable, taquicardia, extremidades frías y llenado capilar >2 segundos, presión de pulso ≤ 20 mmHg: hipotensión en fase tardía, sangrado grave (ejemplo: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del sistema nervioso central [SNC]), compromiso grave de órganos, como daño hepático (AST o ALT ≥ 1000 UI), SNC (alteración de conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos, encefalitis; **y**
- **No sean explicados por otro diagnóstico.**

Se considerará “**zona con alta circulación**” cuando se haya registrado un aumento de casos de dengue por 2 semanas consecutivas (esto se corresponde a la fase de alerta de temprana) o que ya se encuentre en fase de respuesta a epidemia.

¹² Algoritmos para el Manejo Clínico de Casos de Dengue (2024). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud(OPS/OMS) [Herramienta interactiva: Algoritmos para el manejo clínico de los casos de dengue - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://paho.org/es/herramienta-interactiva-algoritmos-para-el-manejo-clinico-de-los-casos-de-dengue)

¹³ Mayores de 4 años: En caso de que el paciente tenga antecedentes de vacunación y la fecha de inicio de los síntomas (FIS) sea menor o igual a 30 días desde la última dosis de la vacuna, no se recomienda realizar estudios de diagnóstico etiológico. Ante la sospecha clínica de dengue, independientemente del diagnóstico etiológico, se debe iniciar de inmediato la hidratación y el seguimiento clínico.

Figura 5. Dengue en menores de 5 años: Flujoograma de Selección de la Definición de Caso según Situación Epidemiológica.



Fuente: Protocolo de Implementación para la atención y seguimiento de niños y adolescentes con dengue sin signos de alarma. Dirección de Epidemiología, Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencia, Dirección de Juventudes y de la Persona Adulta Mayor, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria, Secretaría de Gestión Administrativa – Unidad de Coordinación de Dengue. Año 2025. Documento en desarrollo.

El resto de las definiciones de caso, la notificación en el SNVS 2.0 y los criterios de los laboratorios de diagnóstico son los mismos que en la población general.

OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR EN CASOS DE DENGUE EN POBLACIÓN GENERAL:

Donante y receptor de órgano

Los estudios realizados en personas que hayan sido estudiadas por laboratorio para descartar infección por virus dengue por ser posible donante de órganos, NO deben notificarse en el SNVS ya que, al ser asintomático, no cumple con la definición de caso sospechoso.

Se recomienda que los potenciales donantes de órganos sean estudiados mediante qRT-PCR, detección de NS1 y detección de IgM en muestra de suero, además de estudio qRT-PCR en muestra de orina. Ambas muestras recolectadas en condiciones de esterilidad. **No se recomienda el uso de test rápidos para estudiar un potencial donante de tejidos.**

Si se notificara en el SNVS 2.0, se deberá consignar en la solapa clínica que no tiene síntomas y en la solapa epidemiología, en la sección factor de riesgo,

“**Donante de órganos**”. La clasificación manual correspondiente para este tipo de situaciones será “Caso invalidado por epidemiología”.

Para el caso de aquel receptor de órganos que comience con síntomas, se notificará como caso sospechoso y se clasificará dependiendo de las pruebas de laboratorio. En la solapa epidemiología, en la sección factor de riesgo, se deberá consignar: “Recibió trasplante de órgano”.

Casos previamente vacunados contra el dengue con QDENGAR[®]

En caso de fecha de inicio de los síntomas (FIS) **dentro de los 30 días inclusive de la última dosis** de vacuna:

- Todo caso compatible con la definición de caso sospechoso será considerado un caso sospechoso a los fines de las acciones de control y seguimiento clínico del paciente y deberá ser notificado siempre en el sistema de vigilancia de ESAVI en el SISA como evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI) y en el SNVS completando el antecedente de vacunación en la “solapa epidemiología”,
- A los fines de una eficiente aplicación de los recursos del laboratorio, **no realizar estudios de diagnóstico etiológico** en casos sospechosos sin criterios de gravedad o que no presentaron fallecimiento atribuible al evento.¹⁴
- De notificarse en el SNVS debe colocarse en la clasificación manual como **Sospechoso dengue con vacunación 30 días previos**.

En caso de FIS más allá de los 30 días de la última dosis de vacuna:

- Se considerará un caso sospechoso de dengue a los fines de la investigación y control, así como de los estudios de laboratorio que correspondan, de acuerdo a la situación epidemiológica y al tiempo de evolución y deberá ser notificado al SNVS completando el antecedente de vacunación en la “solapa epidemiología”, en el desplegable “vacunas” y además como evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI) si la FIS ocurre dentro de los tres meses luego de la vacunación.¹⁵

¹⁴ Esto se debe a que el laboratorio productor de la vacuna QDENGAR[®] ha informado que, en el transcurso de estudios clínicos, se observó una viremia transitoria después de aplicación de la vacuna tetravalente contra el dengue (TDV) en el 49% de los participantes del estudio que no habían tenido infección con dengue previamente y en el 16% de los participantes del estudio que tenían antecedente de dengue previo. La viremia por lo general comenzó en la segunda semana después de la primera inyección y tuvo una duración media de 4 días.

¹⁵ MSAL. Lineamientos Técnicos y Manual de Vacunación VACUNA TETRAVALENTE CONTRA EL DENGUE. Septiembre 2024. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/09-2024-lt-vacuna-tetravalente-de-dengue.pdf>

El diagnóstico puede realizarse SÓLO a través de métodos directos dentro de los 6 días de la fecha de inicio de síntomas (FIS <6 días) y preferentemente, por método molecular. Los métodos indirectos basados en serología para la detección de anticuerpos IgM e IgG con resultados positivos no permiten diferenciar infección por virus dengue o respuesta inmune vacunal en este contexto. En un paciente con antecedente de vacunación, la presencia de anticuerpos anti NS1 por estímulo vacunal puede dificultar la detección de antigenemia. De no contar con nexo epidemiológico con un caso confirmado por lo que pueda considerarse como un caso probable, estos casos serán consignados como no conclusivos.

Todos los casos con criterios de gravedad o que presentaron fallecimiento atribuible al evento deben estudiarse para dengue hasta completar el diagnóstico y deben notificarse como ESAVI independientemente del tiempo transcurrido desde la vacunación. En los casos en los que la FIS se encuentre dentro de los 30 días de la aplicación de la vacuna y que presente qRT-PCR positiva, debe realizarse secuenciación genómica a fin de diferenciar si se trata de dengue vacunal o salvaje en pacientes que presentan criterio de gravedad o fallecimiento. Si se supera este tiempo, de todos modos, resulta fundamental el estudio completo y la notificación como ESAVI para la vigilancia de la enfermedad aumentada por vacuna.

Vigilancia de ESAVI

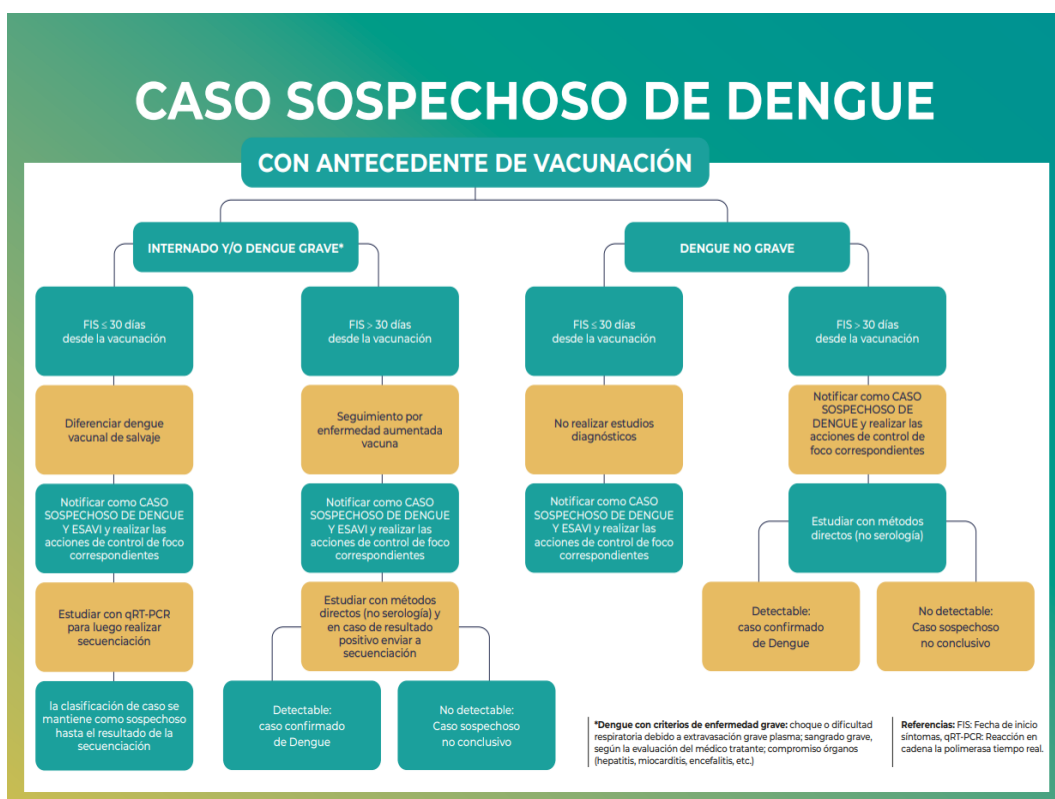
Un ESAVI se define como “cualquier situación de salud (signo, hallazgo anormal de laboratorio, síntoma o enfermedad) desfavorable y no intencionada que ocurra luego de la vacunación o inmunización y que no necesariamente tiene una relación causal con el proceso de vacunación o con la vacuna”.

Si bien la vacuna no está incorporada al Calendario Nacional de Vacunación, es importante que, en estos casos, el personal de salud realice la notificación de los Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunas e Inmunizaciones (ESAVI). Idealmente los eventos graves deben notificarse dentro de las 48 hs. de notificados y los no graves dentro de los 7 días, pero en caso de ser detectado fuera de estos intervalos, igualmente deben ser notificados.

La tarea de análisis, investigación y eventual clasificación del evento será realizada por los responsables de la vigilancia de seguridad tanto a nivel jurisdiccional como central y no debe retrasarse la notificación aguardando el diagnóstico del evento. Se adjunta el link a la página de seguridad en vacunas donde se encuentra el material correspondiente a la vigilancia de los ESAVI incluyendo el instructivo para la notificación en línea a través de la plataforma SISA:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/seguridad-en-vacunas>

Figura 5. Algoritmo ESAVI. Año 2024



Fuente: Elaboración propia del Equipo de Seguridad en Vacunas. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI). [Link algoritmos-dengue-esavi-11-2024.pdf](#)

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS POR OTROS CRITERIOS

Clasificación según sitio de adquisición de la infección

Además de establecer el caso como sospechoso, probable o confirmado, es necesario establecer si se trata de un caso autóctono o importado.

- **Caso autóctono:** caso de dengue que reside en área con presencia del vector y que no presenta antecedente de viaje en los 14 días previos al inicio de los síntomas.
- **Caso importado:** caso de dengue que presenta antecedente de viaje desde su lugar de residencia a un lugar con circulación viral de dengue en los 14 días previos al inicio de los síntomas.

Esta información se podrá consignar en el SNVS en la solapa Evento en el campo “Clasificación según sitio de adquisición”

Clasificación según criterio de gravedad

La vigilancia de la enfermedad según su cuadro clínico permitirá establecer

acciones oportunas relacionadas al manejo del dengue. Según la gravedad del cuadro clínico del dengue, este se clasifica en: dengue sin signos de alarma (DSSA), dengue con signos de alarma (DCSA) y dengue grave (DG).

Dengue sin signos de alarma (DSSA) es toda persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas de transmisión de dengue y presenta fiebre habitualmente de 2 a 7 días de evolución, y 2 o más de las siguientes manifestaciones:

- Náuseas o vómitos
- Exantema
- Cefalea o dolor retroorbitario
- Mialgia o artralgia
- Petequias o prueba de torniquete positiva
- Leucopenia

Y no presente signos de alarma o criterios de gravedad

Dengue con signos de alarma (DCSA) es todo caso de dengue que cerca y preferiblemente a la caída de la fiebre presenta uno o más de los siguientes signos:

- Dolor abdominal intenso y sostenido, o dolor a la palpación del abdomen
- Vómitos persistentes
- Acumulación de líquidos
- Sangrado de mucosas
- Letargo o irritabilidad
- Hipotensión postural (lipotimia)
- Hepatomegalia 2cm por debajo del reborde costal
- Aumento progresivo del hematocrito

Dengue grave (DG) es todo caso de dengue que tiene uno o más de los siguientes criterios:

- Choque o dificultad respiratoria debido a la extravasación grave de plasma.
- Sangrado grave: según la evaluación del médico tratante.
- Compromiso grave de órganos (daño hepático, miocarditis, encefalitis, etc.).

Todo caso de dengue clasificado como grave o una presentación clínica atípica debe ser confirmado por laboratorio.

Por último, los casos que requieren internación por motivos clínicos deberán consignar en la ficha del SNVS dicha condición.

Definición de caso de muerte por dengue para la vigilancia epidemiológica es todo paciente que cumpla con la definición de caso sospechoso, probable o confirmado de dengue donde este es la causa básica de defunción.

Se recomienda asignar los recursos del laboratorio de acuerdo a capacidades y enfocar el esfuerzo a estudiar: todos los casos con signos de alarma, graves y fatales, y personas con factores de riesgo para desarrollar formas graves (personas con diagnóstico de dengue previo, personas gestantes, menores de 5 años, mayores de 65 años y personas con comorbilidades). Para el estudio etiológico de estos pacientes se recomienda la aplicación de un algoritmo de diagnóstico etiológico secuencial DENGUE-CHIKUNGUNYA, según el contexto actual¹⁴.

¹⁴ Orientaciones-vigilancia-en-brotes-dengue.pdf (salud.gob.ar) pág

Criterios a considerar frente a un caso de muerte por dengue:

- Si el dengue es el inicio de la secuencia de hechos que llevaron al fallecimiento, debe considerarse como muerte por dengue aún en el caso de presencia de comorbilidades.
- Según el CIE-10¹⁶, ninguna otra enfermedad puede considerarse como causa-antecedente de dengue en la cadena de eventos que lleva al fallecimiento. Dentro del apartado “Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas y rechazadas”¹⁷ se menciona que “no se aceptan las siguientes enfermedades infecciosas y parasitarias como debidas a otras causas, ni siquiera al VIH/SIDA, tumores malignos o afecciones que afectan el sistema inmunológico: Dengue hemorrágico y otras fiebres víricas transmitidas por mosquitos (A97, A92)”.
- Todo caso sospechoso o probable que fallece será considerado como muerte por dengue, y representa una falla del sistema de vigilancia epidemiológica en la medida en que debería haber sido estudiado mediante el algoritmo completo de diagnóstico hasta confirmar o descartar la infección, y en lo posible establecer el serotipo, así como derivar la muestra

¹⁶ CIE-10, Vol. II (Ed. 2018)4.2.3

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Instrucciones de codificación para mortalidad: selección de la causa básica de defunción. Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas y rechazadas. Secuencias Rechazadas. Enfermedades infecciosas debidas a otras afecciones. 10ª. Revisión. Edición de 2018. Washington, D.C.: OPS;2018.

al laboratorio de referencia.

- En el eventual caso que el fallecimiento se haya dado en el domicilio con un cuadro compatible con dengue, se sugiere la toma de muestras post-mortem para corroborar el diagnóstico etiológico. Se recomienda considerar la muestra de hígado, riñón y bazo como muestras de elección para estudios de etiología viral. También pueden estudiarse muestras de: pulmón, ganglios linfáticos, timo, médula ósea, LCR y cerebro (estas dos últimas particularmente cuando haya sospecha de encefalopatía o encefalitis por dengue)¹⁸
- Para estudios virológicos, las muestras se deben tomar sin aditivos, identificar el tipo de tejido que se debe disponer en forma individual, y conservar a -70°C o con hielo seco para su envío al laboratorio.

NOTIFICACIÓN DE MUERTE POR DENGUE

Los casos deben notificarse asociados al domicilio de residencia al momento de la sospecha clínica, para poder realizar las medidas de acción y contención vectoriales, búsqueda de febriles y realizar una adecuada caracterización de la situación epidemiológica local. En las fases de preparación, de alerta temprana y recuperación, los casos deben notificarse de forma completa, es decir, con datos clínicos (incluyendo FIS, signos y síntomas, comorbilidades, necesidad de internación, y alta si correspondiera) con los estudios de laboratorio completos para una correcta clasificación de caso y con los datos epidemiológicos (clasificación según sitio de adquisición de la infección y en el caso de existir, presencia de antecedente de viaje), además de vacunación contra el dengue y fiebre amarilla si correspondiera.

En la fase de respuesta a epidemia, los casos de dengue sin signos de alarma (DSSA) podrán notificarse con información mínima (ficha abreviada), verificando siempre el domicilio asociado a los mismos. Los casos de DCSA y DG, así como Dengue durante la gestación, deberán notificarse con ficha completa.

En la notificación del evento Dengue durante la gestación, tanto de casos agudos de dengue en personas gestantes como casos sospechosos de dengue en aborto o muerte fetal, resulta importante consignar en la solapa embarazo la edad gestacional y el producto de la concepción (en este último, cuando el caso sea dentro de los 15 días del parto, aborto o muerte fetal).

Los casos graves o fallecidos deberán notificarse, independientemente de la fase del brote, siempre con información completa tanto clínica, epidemiológica

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Recomendaciones para la detección y el diagnóstico por laboratorio de infecciones por arbovirus en la Región de las Américas. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-para-detecciondiagnostico-por-laboratorio-infecciones-por-arbovirus>

y de laboratorio.

Grupo/s de Evento/s	Evento SNVS 2.0	¿Qué se vigila en este evento?	Criterio de ingreso a sistema de vigilancia	Modalidad	Estrategia	Periodicidad	Componentes que participan en la vigilancia
Síndrome febril agudo inespecífico (SFAI)	Dengue	Dengue en población general.	Sospecha	Nominal	Universal	Inmediata	☒ Clínico ☒ Laboratorio ☒ Epidemiológico
Dengue		Menores de 5 años de acuerdo a la definición de caso en contextos de circulación viral. Recién nacidos vivos de una madre con dengue probable o confirmado con fecha de inicio de síntomas dentro de los 15 días anteriores y hasta 48 hs después del nacimiento. Casos con pruebas positivas post trasplante de órganos.					
Síndrome febril agudo inespecífico (SFAI)	Dengue durante la gestación	Dengue durante la gestación.	Sospecha	Nominal	Universal	Inmediata	☒ Clínico ☒ Laboratorio ☒ Epidemiológico
Dengue		Todo aborto, muerte fetal o mortinato de una madre con dengue probable o confirmado en cualquier trimestre de la gestación, con fecha de inicio de síntomas hasta 15 días anteriores a la finalización de la gestación.					

FIEBRE CHIKUNGUNYA

DEFINICIÓN DE CASO

Caso sospechoso: Toda persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de chikungunya o presencia del vector, 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. La fiebre habitualmente es de inicio súbito con una duración no mayor a 7 días.

Caso probable: Todo caso sospechoso de chikungunya y que presente:

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

Caso confirmado: Todo caso sospechoso o probable de chikungunya y que presente:

- Detección de genoma viral por qRT-PCR o aislamiento viral; o
- Seroconversión (Aumento o disminución de 4 veces) en el valor de título de anticuerpos específicos tipo IgG medidos por Neutralización para CHIKV en par serológico (muestras recogidas con 10 a 15 días de diferencia) con evaluación de reactividad cruzada con otros virus de la familia.
- En fallecidos, detección de genoma viral a partir de tejido de autopsia o mediante estudio histopatológico e inmunohistoquímica

Caso descartado de fiebre chikungunya: todo caso sospechoso o probable que presente:

- Resultado de IgM negativo en muestras obtenidas con más de ocho (8) días de evolución desde el inicio de la fiebre o Neutralización negativa en sueros pareados con 10 a 15 días de diferencia o
- Todo caso sospechoso con resultados de laboratorio “No Conclusivo” e imposibilidad

de obtener nuevas muestras, en zonas sin circulación viral en un plazo de 30 días o

- Diagnóstico diferencial constatado que explique el cuadro

clínico. Será considerado **Descartado por Diagnóstico diferencial**.

CHIKUNGUNYA EN TRANSMISIÓN VERTICAL

Caso sospechoso en recién nacido vivo: Todo recién nacido de persona gestante con viremia intraparto (desde cuatro días previos al parto y dos días posteriores).

Caso confirmado en recién nacido: Un caso sospechoso de chikungunya en recién nacido y presente al menos una de las siguientes situaciones:

- Detección de genoma viral por qRT-PCR o la demostración de la presencia del virus mediante aislamiento viral; o
- Aumento de 4 veces en el valor de título de anticuerpos neutralizantes del tipo **IgG habiendo descartado reactividad cruzada con otros alphavirus** en las muestras recogidas con al menos 14 días de diferencia; o
- Detección de IgM por método de **ELISA habiendo descartado reactividad cruzada con otros alphavirus** en el recién nacido dentro de los primeros 12 días de vida extrauterina (idealmente dentro de las primeras 48 hs).

Estos casos se deben notificar, colocando DNI de la madre como responsable a cargo para que quede ligado al chikungunya materno (si no se contara con DNI todavía del recién nacido se debe notificar como indocumentado; una vez que el recién nacido obtenga número de DNI debe actualizarse en el SNVS).

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS POR OTROS CRITERIOS

Tal como en el dengue, el chikungunya puede ser clasificado según su cuadro clínico de gravedad. Realizar la vigilancia del cuadro clínico de la enfermedad permitirá generar intervenciones oportunas dirigidas a prevenir formas graves y muertes por esta enfermedad. Por lo tanto, una vez definido el caso (sospechoso, probable o confirmado), este debe ser clasificado de acuerdo con su gravedad.

Clasificación Clínica:

Chikungunya: Es toda 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: Todo caso de probable o confirmado, acompañado de otras manifestaciones extraarticulares, tales como; neurológicas, cardiovasculares, dermatológicas, oftalmológicas, hepáticas, renales, respiratorias, hematológicas, entre otras.

Chikungunya grave: Todo caso probable o confirmado que presenta falla de al

menos un órgano o sistema que amenaza la vida del paciente y requiere hospitalización.

NOTIFICACIÓN

Grupo/s de Evento/s	Evento SNVS 2.0	¿Qué se vigila en este evento?	Criterio de ingreso a sistema de vigilancia	Modalidad	Estrategia	Periodicidad	Componentes que participan en la vigilancia
Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI)	Fiebre Chikungunya	Fiebre acompañada de artralgia o artritis en personas con antecedentes de viaje a zona con circulación o presencia del vector. Todo recién nacido de persona gestante con viremia intraparto (desde cuatro días previos al parto y dos días posteriores).	Sospecha	Nominal	Universal	Inmediata	☒ Clínico ☒ Laboratorio ☒ Epidemiológico

ZIKA

DEFINICIÓN DE CASO¹⁹

Caso sospechoso: Toda persona que presenta exantema²⁰ 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 caso sospechoso a toda embarazada que presente exantema de inicio agudo que no se explica por otras condiciones médicas y que ella o su pareja sexual resida o haya viajado en los últimos 14 días a una zona con transmisión de Zika. Se sugiere que a toda embarazada con sospecha de Zika se le realicen pruebas confirmatorias para esta y para otras enfermedades exantemáticas (ejemplos sarampión-rubéola).

Caso probable: todo caso sospechoso de zika y además tiene:

- Por laboratorio: Detección de IgM anti-ZIKV en una sola muestra de suero (recogida durante la fase aguda o convaleciente), con resultados negativos para otros flavivirus; o
- Por Nexo epidemiológico referido con un caso confirmado.

Caso confirmado: todo paciente que cumpla los criterios de caso sospechoso o probable y presente:

- Detección de genoma viral o aislamiento del ZIKV en muestras de suero o de otro tipo (por ejemplo, orina, saliva, tejidos o sangre total, LCR); o
- Demostración de seroconversión en prueba de neutralización de anticuerpos de tipo IgG contra virus Zika frente a un panel de flavivirus, realizada en par serológico de muestras recogidas con al menos 10 a 15 días de diferencia (igual que el criterio de seroconversión para otros flavivirus); o
- En casos fallecidos: detección molecular del genoma viral y/o

¹⁹ A los fines de esta guía se incluyó sólo la definición de caso para población general y durante la gestación. Para el resto de los eventos que se incluyen en la vigilancia de Zika consultar el manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de enfermedades de notificación obligatoria.

²⁰ El exantema en Zika generalmente es maculopapular, de distribución cefalocaudal y acompañado de prurito

aislamiento viral a partir de tejido de autopsia o fresco

NOTIFICACIÓN

Notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)							
Grupo/s de Evento/s	Evento (Nomenclatura SNVS 2.0)	¿Qué se vigila en este evento?	Criterio de ingreso a sistema de vigilancia	Modalidad	Estrategia	Periodicidad	Componentes que participan en la vigilancia
Infección por Virus del Zika	Enfermedad por el virus Zika	SFAI	Sospecha	Nominal	Universal	Inmediata	Clínico Laboratorio Epidemiológico
Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI)							
Infección por Virus del Zika	Infección por virus Zika en el embarazo	SFAI	Sospecha	Nominal	Universal	Inmediata	Clínico Laboratorio Epidemiológico
Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI)							
Infecciones de Transmisión Vertical							
Infección por Virus del Zika	Transmisión vertical de virus Zika sin síndrome congénito	SFAI	Sospecha	Nominal	Universal	Inmediata	Clínico Laboratorio Epidemiológico
Infecciones de Transmisión Vertical							
Infección por Virus del Zika	Aborto o muerte fetal asociado a la infección por ZIKV	SFAI	Sospecha	Nominal	Universal	Inmediata	Clínico Laboratorio Epidemiológico
Infecciones de Transmisión Vertical							
Infección por Virus del Zika	SGB u otros síndromes neurológicos con sospecha de asociación de ZIKV	SFAI	Sospecha	Nominal	Universal	Inmediata	Clínico Laboratorio Epidemiológico
Infección por Virus del Zika	Síndrome Congénito con sospecha de asociación con ZIKV	SFAI	Sospecha	Nominal	Universal	Inmediata	Clínico Laboratorio Epidemiológico
Infecciones de Transmisión Vertical							

Configuración de eventos nominales en el SNVS

Dispara alerta inmediata	SI	Unidad temporal (días)	1	Cierre automático de casos (días)	240
--------------------------	----	------------------------	---	-----------------------------------	-----

El caso SOLO se considera notificado cuando está registrado en el Sistema Nacional de Vigilancia

ARBOVIRUS EMERGENTES: OROPOUCHE Y MAYARO

DEFINICIONES DE CASO

Al notificar el caso y previo a la obtención de resultados de laboratorio:

Caso sospechoso Virus Oropouche: Caso sospechoso de dengue y resultados negativos para dengue con antecedente de viaje a zona con circulación de virus Oropouche y solicitud de estudio en ficha epidemiológica.

Caso sospechoso Virus Mayaro: Caso sospechoso de dengue y resultados negativos para dengue con antecedente de viaje a zona con circulación de virus Mayaro y solicitud de estudio en ficha epidemiológica

En estudio por muestreo laboratorio: Un caso sospechoso de dengue con resultado negativo para dengue por biología molecular y que forma parte de la muestra de casos estudiados en el marco de la vigilancia laboratorio de Oropouche y Mayaro.

NOTIFICACIÓN

Clasificación Manual con resultados de laboratorio:

Confirmado Virus Oropouche: Detección molecular de OROV por qRT-PCR (por muestreo laboratorio)

Confirmado Virus Oropouche: Detección molecular de OROV por qRT-PCR (con sospecha clínico-epidemiológica)

Confirmado Virus Mayaro: Detección molecular de MAYV por qRT-PCR (por muestreo laboratorio)

Confirmado Virus Mayaro: Detección molecular de MAYV por qRT-PCR (con sospecha clínico-epidemiológica)

Con resultado de técnica molecular negativa:

Oropouche y Mayaro no detectable en estrategia de vigilancia laboratorio: casos estudiados por muestreo con resultado negativo por RT-PCR para OROV y MAYV.

Caso sospechoso de OROV sin detección molecular de OROV y MAYV: casos sospechosos con resultados negativos para OROV y MAYV

Caso sospechoso de MAYV sin detección molecular de OROV y MAYV: casos sospechosos con resultados negativos para OROV y MAYV

Grupo/s de Evento/s	Evento SNVS 2.0	¿Qué se vigila en este evento?	Criterio de ingreso a sistema de vigilancia	Modalidad	Estrategia	Periodicidad	Componentes que participan en la vigilancia
Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI)	Fiebre de Oropouche, Mayaro y otros arbovirus emergentes	Casos sospechosos de dengue con resultados negativos para dengue y con antecedente de viaje a zonas con circulación de Oropouche o Mayaro. Muestra de casos sospechosos de dengue con resultado negativo para dengue por biología molecular, estudiados en el marco de la vigilancia laboratorio de Oropouche y Mayaro.	Ante casos negativos de dengue	Nominal	Universal	Inmediata	☒ Clínico ☒ Laboratorio ☒ Epidemiológico

CONSIDERACIONES TÉCNICAS PARA LA NOTIFICACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA (SNVS 2.0)

- Modalidad de notificación: Inmediata ante la sospecha.

Es indispensable que se consigne en el SNVS la información completa de las siguientes variables:

En la solapa de evento

- Clasificación del caso según las definiciones de caso vigentes
- Clasificación según sitio de adquisición de la infección: en este campo deberán consignar si se trata de un caso autóctono, importado de otros países, importados de otra provincia o en investigación.
- Asignar el domicilio actual de la persona

En la solapa clínica

- Fecha de consulta
- Fecha de inicio de los síntomas.
- Signos y síntomas.
- Comorbilidades
- Datos de internación y condición de alta o egreso si correspondiera

En la solapa de laboratorio

- Fecha de toma y tipo de muestra.
- Determinación, técnica y resultado de laboratorio.

En la solapa de epidemiología

- Antecedentes de viaje dentro de los últimos 14 días: consignar país o provincia donde se viajó.

- Antecedente de vacunación

En la solapa de embarazo (en el caso de corresponder)

- Edad gestacional ecográfica (semanas)
- Fecha de última menstruación o fecha probable de parto
- Producto de la concepción (en caso de no ser un nacido vivo, consignar si corresponde a un aborto o mortinato)
- Fecha de parto
- Edad gestacional al nacer

Por consultas sobre este material comuníquese con epidemiologia@msal.gov.ar

ANEXOS

HERRAMIENTAS DE TRANSFERENCIA DE DATOS

INTEROPERABILIDAD CON EN EL SNVS 2.0

Se encuentran disponibles **cuatro servicios web para el alta o modificación de información en el SNVS**, los cuales permiten cargar datos para todos los eventos nominales de notificación obligatoria en lo que respecta a alta de casos, alta de muestras, alta de determinaciones y resultados o modificación de la clasificación manual para todos los eventos del SNVS:

- **WS400 de Alta de caso nominal:** Permite dar de alta un ciudadano y un caso para un evento determinado.

Este servicio actualmente tiene dos versiones vigentes.

WS400 V1. Incluye datos mínimos indispensables del ciudadano para el alta del caso. No incluye información de contacto y no permite dar de alta un nuevo domicilio para el ciudadano asociado a ese caso.

WS400 V2. Incluye información relevante del ciudadano para poder realizar acciones de control y seguimiento, así como también dar de alta un nuevo domicilio para el caso, diferente al aportado por el RENAPER. A través de este servicio también pueden **consultarse las codificaciones** auxiliares del SNVS necesarias para utilizar cada uno de los servicios.

- **WS 75 de alta de muestras:** Permite una vez cargado un caso, agregarle muestras en la solapa de laboratorio.

- **WS 76 de alta de determinaciones y resultados:** Permite agregar determinaciones y resultados a una muestra de un caso ya cargado.

- **WS 81 de Modificación de la Clasificación manual:** Permite modificar la clasificación manual de un caso ya cargado (solapa evento).

Se recomienda a todas las jurisdicciones y establecimientos que interoperen con el SNVS utilizando la V1 de WS400, que implementen a la mayor brevedad posible la V2, ya que de lo contrario se perdería información relevante para la vigilancia y control de las enfermedades arbovirales.

El alta del caso se realiza con los datos de la persona, que se identifican con RENAPER cuando el tipo de documento enviado es DNI. También se permite la carga de un nuevo domicilio y de un teléfono de contacto (utilizando la V2 del WS400). A su vez, se pueden cargar casos para personas indocumentadas o extranjeras. Para dar de alta una muestra se requiere contar con el IdEventoCaso y para dar de alta una determinación y resultado con el IdEventoMuestra. Si se utilizan los tres servicios, cada servicio devuelve el Id que debe utilizarse en el

siguiente. Si no se usan los tres servicios, el IdEventoCaso actualmente lo pueden rastrear en la lista de los casos ingresando al SNVS, y el IdEventoMuestra desde el listado de Derivaciones por contestar, si es que reciben muestras por derivación. El **WS81 de modificación** de la clasificación manual de un caso, se utiliza enviando el IdEventoCaso del caso a modificar y el Id de la clasificación manual.

Las herramientas de interoperabilidad disponibles hasta el momento están diseñadas para agilizar la carga en momentos de alta demanda, como lo es una epidemia o brote, y por tal motivo se priorizó el alta de casos y la información de laboratorio. Sin embargo, **es de suma importancia en cada caso grave y fallecido completar de forma manual la información correspondiente en la solapa clínica**, dado que actualmente no se dispone de un servicio para actualizar esos datos. Tampoco se dispone por el momento de un servicio para dar de alta información en la solapa epidemiología.

La documentación para operar cada servicio se encuentra publicada en la ayuda en línea del SISA:

-WS 400 V2: https://sisal.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050216/snvs_ws_400_v2.jsp

-WS 75:

https://sisal.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050216/snvs_api75_muestralaboratorio.jsp

-WS 76:

https://sisal.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050216/snvs_api76_determinacioneslaboratorio.jsp

-WS 81: https://sisal.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050216/snvs_api_81.jsp

Para consultas de interoperabilidad, enviar correo electrónico a interoperabilidadsnvs@gmail.com

FICHAS DE NOTIFICACIÓN

SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO (SFAI) EN ÁREA NO
ENDÉMICA PARA FHA.Link: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas>SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO (SFAI) en área NO endémica para FHA

Actualización 29/11/2024

DEFINICIÓN DE CASO	
Caso sospechoso: toda persona que presenta al momento de la consulta (o haya presentado en los últimos 45 días) fiebre aguda - de menos de siete (7) días de duración- mialgias o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.	
IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR	
Establecimiento notificador: _____	Provincia: _____ Departamento: _____
Fecha de notificación: ____/____/____	Apellido y nombre del notificador/a: _____
Teléfono: _____	Correo electrónico: _____
IDENTIFICACIÓN DEL CASO	
Nombre y Apellido: _____	Tipo de documento: _____ N° _____
Lugar de residencia: Provincia: _____	Departamento: _____ Localidad: _____
Domicilio: Calle / Manzana: _____	N° _____ Piso: _____ Depto.: _____ Cód. Postal: _____
Teléfono: _____	Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____
Sexo al nacer: Femenino ☐ Masculino ☐ Indeterminado ☐	Sexo legal: Femenino ☐ Masculino ☐ No Binario ☐
Género: Mujer CIS ☐ Varón CIS ☐ Mujer Trans ☐ Varón Trans ☐ Desconocido / Otro ☐	Ocupación: _____
¿Se declara pueblo indígena? Si ☐ Etnia: _____	
INFORMACIÓN CLÍNICA	
Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____	Fecha de inicio de la fiebre: ____/____/____
Ambulatorio ☐ Internado(*) ☐ Persona gestante ☐	
Fecha de consulta: ____/____/____	Establecimiento de 1ª consulta: _____
¿Consultó previamente?: NO ☐ SI ☐ Fecha ____/____/____	
TRATAMIENTO	
Hidratación parenteral SI ☐ NO ☐	
¿Recibió otro tratamiento previo a la toma de muestra?: SI ☐ NO ☐ No sabe ☐ ¿Cuál?: _____	
* Completar Datos de internación en la sección correspondiente.	
EMBARAZO Y PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN	
Fecha de última menstruación ____/____/____	Fecha probable de parto ____/____/____
Edad gestacional _____	
Embarazo múltiple SI ☐ NO ☐	
Nacido/s vivo/s SI ☐ NO ☐	Fecha de parto ____/____/____
Edad gestacional al nacer ____/____/____	
Si no es nacido vivo: Aborto ☐ Mortinato ☐	

SIGNOS Y SÍNTOMAS Y OTROS ANTECEDENTES CLÍNICOS			
Fiebre mayor o igual a 38°C ☐	Exantema* ☐	Disnea ☐	Síndrome meníngeo ☐
Cefalea ☐	Prurito ☐	Taquipnea (FR>25) ☐	Síndrome confusional ☐
Mialgias ☐	Púrpura ☐	Hipotensión postural/hipotimia (Signo de alarma) ☐	Letargo/irritabilidad (Signo de alarma) ☐
Artralgia ☐	Petequias ☐	Shock hipovolémico (Dengue grave) ☐	Aumento progresivo del hematocrito (Signo de alarma) ☐
Dolor retroocular ☐	Epistaxis (Signo de alarma) ☐	Oligoanuria ☐	Dolor abdominal intenso y continuo (Signo de alarma) ☐
Dolor abdominal ☐	Gingivorragia (Signo de alarma) ☐	Miocarditis (Dengue grave) ☐	Vómitos persistentes (Signo de alarma) ☐
Anorexia ☐	Hemoptisis (Signo de alarma) ☐	Esplenomegalia ☐	Derrame seroso (Signo de alarma) ☐
Náuseas/vómitos ☐	Hematemesis (Signo de alarma) ☐	Hepatomegalia > 2 cm (Signo de alarma) ☐	Malestar general (Astenia) ☐
Diarrea ☐	Melena (Signo de alarma) ☐	Trombocitopenia ☐	Metrorragia (Signo de alarma) ☐
Inyección conjuntival ☐	Leucopenia ☐	Ictericia ☐	
Acumulación de líquidos (Signo de alarma) ☐	Choque o dificultad respiratoria (Dengue grave) ☐	Sangrado grave (Dengue grave) ☐	
Sangrado de mucosas (Signo de alarma) ☐	Daño orgánico importante (Dengue grave) ☐	Encefalitis (Dengue grave) ☐	
RX de tórax (describir):			
Otros:			
<i>*Los casos con fiebre y exantema sin otra etiología definida constituyen casos de Enfermedad Febril Exantemática y deben ser estudiados para sarampión/rubéola</i>			

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD PREVIA - COMORBILIDADES			
Sin comorbilidades ☐	Diabetes ☐	Obesidad ☐	Hipertensión arterial ☐
Enfermedad cardíaca ☐	Enfermedad neurológica crónica ☐	Enfermedad respiratoria crónica ☐	Insuficiencia renal crónica ☐
Infección por VIH/SIDA ☐	Inmunocomprometido No VIH ☐	Enfermedad oncológica ☐	Enfermedad endocrinológica ☐
Enfermedad oncohematológica ☐	Alcoholismo ☐	Abuso de drogas ☐	Hemoglobinopatía ☐
Otra enfermedad metabólica ☐	Enfermedad reumatológica ☐	Otra.....	
LABORATORIO CLÍNICO			
Hto:.....%	GB:...../mm3. Fórmula: N...../L...../M...../B...../E.....	Plaquetas:...../mm3.	VSG:..... mm
Urea:.....mg/dl	Creatinina:.....mg/dl	ALT-GPT:.....UI/L	AST-GOT:.....UI/L
FAL:.....UI/L			
DATOS DE INTERNACIÓN			
Establecimiento internación:		Fecha de internación: ____/____/____	
Terapia intensiva: NO ☐ SI ☐		Requerimiento de ARM: NO ☐ SI ☐	
Médico/a tratante		Teléfono del médico/a tratante	
Fallecido: NO ☐ SI ☐		Fecha de fallecimiento: ____/____/____	
MUESTRAS PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO			
Establecimiento de toma de muestra:		Fecha de toma de la segunda muestra: ____/____/____	
Fecha de toma de la primera muestra: ____/____/____			
Muestra: Suero ☐	Tejidos ☐	Sangre entera ☐	Plasma ☐
Suero pareado ☐	LCR ☐	Orina ☐	Coágulo ☐
Otra:			
SOSPECHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA / SOLICITUD DE ESTUDIOS PARA DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO: (Calificar SOLO las patologías sospechadas y numerarlas según orden de sospecha siendo 1 la principal y los números subsiguientes)			
Dengue*	* Dengue SIN signos de alarma (DSSA) ☐ Dengue CON signos de alarma (DCSA) ☐ Dengue grave (DG) ☐		
Enfermedad del virus Zika	Fiebre amarilla	Hantavirus	Leptospirosis
Chikungunya	Encefalitis de San Luis	Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)	Rickettsiosis
Encefalitis Equina del Oeste	Fiebre del Nilo Occidental	Paludismo	Otros
Especificar.....			
*Consignar en la Solapa clínica del SNVS, en la sección Diagnóstico referido o constatado/Estado Clínico, la clasificación clínica del dengue.			
EPIDEMIOLOGÍA			
FACTORES DE RIESGO / VÍAS MÁS PROBABLES DE TRANSMISIÓN			
¿Viajó durante los últimos 45 días? NO ☐ SI ☐ Fecha de viaje ____/____/____ Destino/s: Fecha de regreso ____/____/____			
El caso es considerado: AUTÓCTONO ¹ ☐ EN INVESTIGACIÓN ☐ IMPORTADO ☐ (en ese caso consignar a continuación el sitio probable)			
Pais	Provincia	Departamento	Localidad
¿Este caso es parte del monitoreo de un brote en curso? NO ☐ SI ☐ ¿De qué localidad?			
¿Estuvo (vivió ☐ trabajó ☐ actividad recreativa ☐ en el campo, monte, lugar de recreación? NO ☐ SI ☐ Fecha: ____/____/____ Lugar			
¿Estuvo en contacto con animales? NO ☐ SI ☐ Especificar cuáles			
¿Conoce casos similares? NO ☐ SI ☐ ¿Quién/es?			
ANTECEDENTES			
¿Tuvo dengue previamente? NO ☐ SI ☐ Año:			
VACUNACIÓN			
Vacunación Dengue (vacuna tetravalente contra el Dengue – Odengra) NO ☐ SI ☐ Nro de dosis Fecha: ____/____/____			
Vacunación anti-malaria ☐ Fecha: ____/____/____			
Vacunación Fiebre Hemorrágica Argentina ☐ Fecha: ____/____/____			
Vacunación Leptospirosis ☐ Fecha: ____/____/____			

Fecha y aclaración del/la profesional responsable

FICHA ABREVIADA DE SFAI EN ESCENARIO DE BROTE.

Link [ficha_abreviada_de_dengue-26112024.pdf](#)



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Ficha epidemiológica en escenario de brote

Dengue y Chikungunya (No hospitalizados)

ACTUALIZACIÓN 26/11/2024

Caso sospechoso dengue: toda persona que vive o haya viajado en los últimos 14 días previos al inicio de los síntomas a zonas con transmisión de dengue o presencia del vector, y presenta fiebre aguda, habitualmente de 2 a 7 días de evolución, y dos o más de las siguientes manifestaciones: Náuseas o vómitos, exantema, cefalea o dolor retroorbitario, mialgia o artralgia, petequias o prueba de torniquete positiva (+), leucopenia. Con o sin cualquier signo de alarma o manifestación de gravedad.

Caso sospechoso de Fiebre Chikungunya: Toda persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de chikungunya o presencia del vector, 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. La fiebre habitualmente es de inicio súbito con una duración no mayor a 7 días

Caso probable por nexo epidemiológico: en una situación de brote o epidemia, luego de la confirmación de la circulación del virus por pruebas de laboratorio, los siguientes casos se clasificarán como probable por nexo según criterios clínico-epidemiológicos. En zonas con brotes simultáneos de dengue y Chikungunya la sospecha y notificación será orientada por la principal sospecha clínica-epidemiológica teniendo en cuenta las definiciones de caso de cada arbovirus y por la epidemiología del caso (perteneciente a un cluster de casos con diagnóstico confirmatorio, convivientes confirmados para un tipo de arbovirus, presentación clínica de dengue o chikungunya).

Datos del notificador

Fecha de consulta: ____/____/____

Establecimiento: _____

Firma y aclaración notificador/a: _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO - DATOS MÍNIMOS

D.N.I. _____ Apellido _____ Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo legal: Femenino ☐ Masculino ☐ No Binario ☐
 Lugar de residencia: Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Domicilio: Calle / Manzana: _____ N° _____ Piso: _____ Dpto.: _____ Teléfono: _____
 ANTECEDENTES ¿Tuvo dengue previamente? NO ☐ SI ☐ Año: _____
 Vacunación Dengue (vacuna Qdenga) NO ☐ SI ☐ Nro de dosis: _____ Fecha: ____/____/____
 Principal sospecha clínico epidemiológica: Dengue ☐ Fiebre Chikungunya ☐ Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____
 Probable por nexo epidemiológico ☐ Muestra derivada a laboratorio SI ☐ NO ☐ Fecha de toma de muestra: ____/____/____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES A TENER EN CUENTA DE ACUERDO A LA FASE CLÍNICA

Afección	Diagnóstico diferencial
Afecciones que se parecen a las de la fase febril del dengue	
Enfermedad tipo influenza	Influenza, sarampión, chikungunya, mononucleosis infecciosa, seroconversión VIH
Enfermedades con erupción cutánea	Rubéola, sarampión, escarlatina, infección meningocócica, chikungunya, toxicodermia, rickettsiosis, ehrlichiosis, infección por Zika
Enfermedades diarreicas	Rotavirus, otras infecciones entéricas
Enfermedades con manifestaciones neurológicas	Meningoencefalitis, convulsiones febriles
Afecciones que se parecen a la fase crítica del dengue	
Infecciones	Gastroenteritis aguda, paludismo, leptospirosis, fiebre tifoidea, tífus, hepatitis viral, seroconversión aguda VIH, sepsis grave, choque séptico, infección por hantavirus, leishmaniasis visceral, fiebre amarilla
Fiebres hemorrágicas	Leptospirosis, fiebre hemorrágica brasileña, fiebre hemorrágica argentina, fiebre hemorrágica boliviana, mayaro, otras
Neoplasias malignas	Leucemias, linfomas y otras neoplasias
Otros cuadros clínicos	Abdomen agudo (apendicitis, colecistitis), cetoacidosis diabética, acidosis láctica, leucopenia y trombocitopenia con y sin sangrado, trastornos plaquetarios (púrpura), daño renal, dificultad respiratoria (respiración de Kussmaul), lupus eritematoso sistémico, anemias hemolíticas

Fuente: Guías para la atención de enfermos en la región de las américas. Segunda edición 2015.

Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana (OPS).

