



PLAN DE VIGILANCIA INTEGRADA

PARA RESPUESTA RÁPIDA DE ARBOVIROSIS

AÑO 2025



DIRECCIÓN GENERAL
DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Ministerio de
Salud Pública



SALTA
GOBIERNO



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Federico Alejandro Javier Mangione
Ministro De Salud Pública

DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Dr. Francisco García Campos
Director General

CENTRO DE COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES E INTERVENCIONES TERRITORIALES

Dra. María Carolina Campo
Coordinadora

PROGRAMA SALA DE SITUACIÓN

Dra. Rocío Corrales
Jefa De Programa

PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Dra. Vanina Galván
Jefa De Programa

**PROGRAMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y
OR**

Dra. Sonia Guanica
Jefa De Programa

PROGRAMA DE VIGILANCIA POR REDES LABORATORIALES

Dra. Ruth Juárez
Jefa De Programa

Versión 1 – 06 de noviembre de 2025



SALTA
G O B I E R N O

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	3
ARBOVIRUS: CARACTERÍSTICAS GENERALES Y EPIDEMIOLÓGICAS EN LA PROVINCIA DE SALTA	4
Dengue	6
Fiebre Chikungunya	6
Fiebre por virus Zika	7
SISTEMA DE VIGILANCIA INTEGRADA PARA RESPUESTA RÁPIDA DE ARBOVIROSIS	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos	8
FASE I.A: FORTALECIMIENTO Y PREPARACIÓN.....	12
Objetivos de la Fase I.A	12
Equipos de capacidades integradas ECI	15
Organización de los servicios	19
Preparación para brote de Dengue y/o Chikungunya	19
FASE I.B: VIGILANCIA INTENSIFICADA.....	28
DEFINICIÓN DE CASO.....	28
Dengue en Población General	28
DENGUE EN TRANSMISIÓN VERTICAL	29
CLASIFICACIONES DE CASO SEGÚN SITIO PROBABLE DE CONTAGIO	32
FASE II: ALERTA TEMPRANA.....	33
Objetivos de la Fase II	33
FASE III: RESPUESTA A EPIDEMIAS	38
Objetivos de la Fase III.....	38
FASE IV: RECUPERACIÓN	42
Objetivos de la Fase IV	42
ANEXOS	44
ANEXO I. INCIDENCIAS DENGUE 2020-2024	44
ANEXO II. ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO	47
ANEXO III. PRESTACIONES – PLAN SUMAR.....	49
ANEXO IV. FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y ALGORITMO CLINICO DE DENGUE	51

INTRODUCCIÓN

El Dengue y otras Arbovirosis representan una amenaza creciente para la salud pública en las Américas, con un aumento sostenido de casos que genera alta carga sanitaria y social (OPS, 2024). En Argentina, y en particular en la provincia de Salta, la circulación endémica del virus y la presencia del *Aedes aegypti* requieren acciones anticipadas, sostenidas y coordinadas para proteger a la población (SALA¹, 2023; Nación, 2024²).

La Organización Panamericana de la Salud promueve la Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y Control de Enfermedades Arbovirales (EGI-Dengue), que propone fortalecer la vigilancia epidemiológica y entomológica, la gestión integrada de vectores, el manejo clínico oportuno de casos, la comunicación de riesgos y la participación comunitaria como pilares de intervención (OPS, 2023³). Estas líneas estratégicas se retoman en el Plan Estratégico de Prevención y Control de Dengue 2024-2025 de la Nación, que refuerza la articulación intersectorial y el trabajo en red entre jurisdicciones para reducir la morbilidad y el impacto sobre los sistemas de salud (Nación, 2024⁴).

En este marco, el **Plan Provincial Anual de Estrategia de Gestión Integrada de Dengue y Otras Arbovirosis** se formula como herramienta de planificación y acción para fortalecer la preparación, respuesta y recuperación ante escenarios de alerta y brote, con foco en la articulación entre niveles de gobierno, municipios, equipos de salud y comunidad. El plan incorpora la evidencia epidemiológica reciente (OPS, 2024⁴), priorizando la vigilancia activa, la detección temprana de casos, la respuesta rápida, la eliminación de criaderos y la comunicación efectiva con la población para reducir riesgos.

Figura 1. La Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales, EGI-Arbovirus³



De este modo, se busca consolidar una estrategia integral y sostenida que permita a la provincia anticiparse, contener y mitigar el impacto de las Arbovirosis, resguardando la salud de las comunidades y fortaleciendo la resiliencia del sistema de salud frente a este desafío.

¹SALA: http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/documentos/inicio/manual_sfai_v1.pdf

² NACIÓN: <https://www.argentina.gob.ar/plan-estrategico-de-prevencion-y-control-de-dengue-2024-2025>

³OPS: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-gestion-integrada-para-prevencion-control-enfermedades-arbovirales-americas>

⁴ OPS: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-aumento-casos-dengue-region-americas-18-junio-2024>



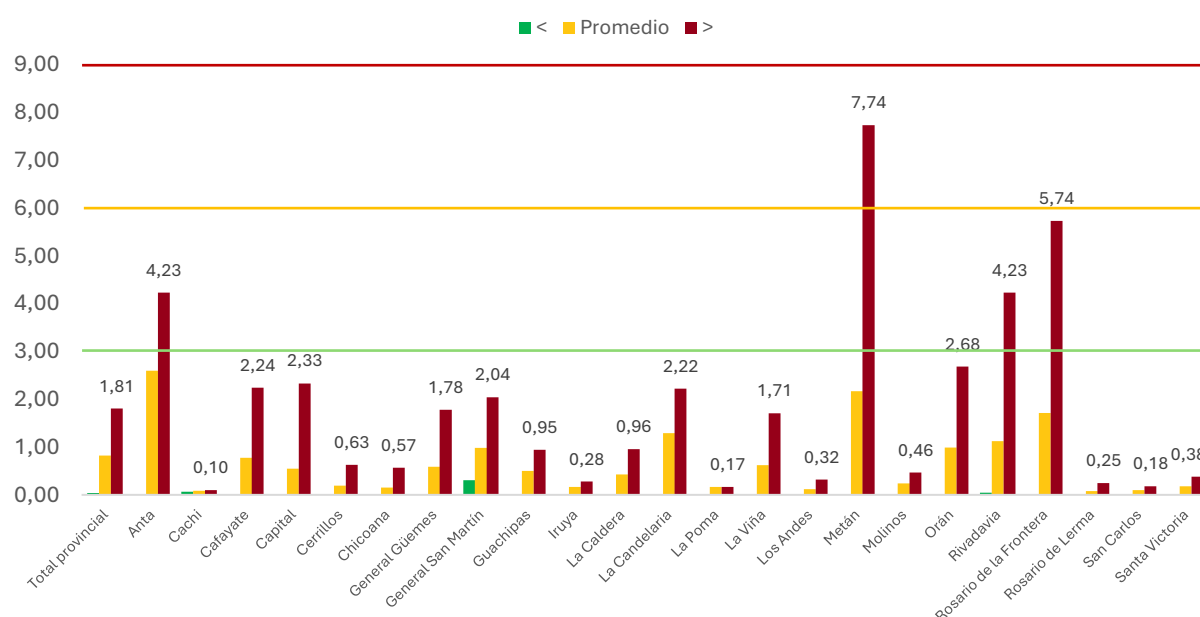
ARBOVIRUS: CARACTERÍSTICAS GENERALES Y EPIDEMIOLÓGICAS EN LA PROVINCIA DE SALTA

Desde un enfoque epidemiológico, la provincia de Salta adquiere una relevancia significativa debido a la presencia y distribución de diversas enfermedades endémicas, entre las que se destacan aquellas transmitidas por mosquitos, como el Dengue, Zika y Chikungunya, así como otras transmitidas por diferentes vectores, como el Hantavirus. Estas enfermedades representan un importante problema de salud pública por el considerable impacto que generan en la población, afectando tanto la morbilidad como la calidad de vida de las personas en los distintos departamentos de la provincia.

La vigilancia de las Arbovirosis en Salta se lleva adelante de manera integrada y sistemática, enmarcada en la vigilancia del Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI), permitiendo captar oportunamente casos febriles inespecíficos que luego puedan ser clasificados de acuerdo con las definiciones de caso específicas para cada Arbovirosis. Además, la notificación de los casos se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0), asegurando la carga y transmisión oportuna de la información para su análisis y la toma de decisiones en tiempo oportuno, dicha información se complementa con los registros de la Historia Clínica digital del sistema "Salud Federal Salta" (SAFESA).

Desde la perspectiva de riesgo epidemiológico, la provincia de Salta se encuentra estratificada en zonas de alto, mediano y bajo riesgo para la transmisión de Arbovirosis, lo que permite orientar las acciones de prevención, control y respuesta de manera diferenciada, con el fin de disminuir el impacto de estas enfermedades y proteger la salud de la población. En ANEXO I se detallan los datos de Incidencia históricos entre los años 2020 y 2024 por Departamento de la provincia de Salta, en mapa 2 se muestra el menor valor de Incidencia obtenido en los años analizados y en mapa 3 el valor más alto en los diferentes Departamentos. En Gráfica 1 se representan estos valores, en donde se visualiza que: el **83,3%** de los Departamentos de la provincia de Salta cursaron con Tasas de Ataque (TA) menores al 3%, tanto en su valor promedio como en su mayor valor, el **15,5%** entre una TA del 3 y 6% y el **4%** entre una TA del 6 y 9%.

Gráfico 1. Tasas de Incidencia de Dengue por Departamento por cada 100 habitantes entre los años 2020 y 2024 (menor, promedio y mayor) en la Provincia de Salta

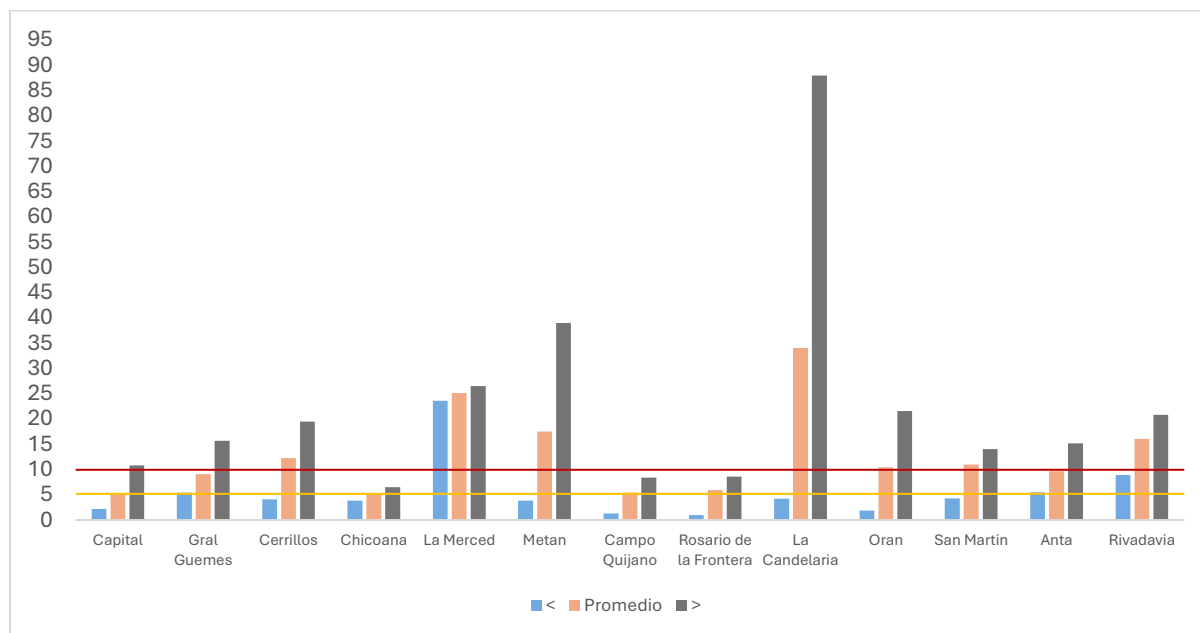


Fuente: Elaboración propia Centro de Coordinación de Actividades e Intervenciones Territoriales con datos del SNVS Años 2020-2024.



En Gráfico 2 se detallan los datos de Índice de Vivienda para Aedes históricos entre los años 2020 y 2024 expresado en el menor valor, el valor promedio y el mayor de los Departamentos de la provincia de Salta que efectuaron levantamiento a través del método LIRa.

Gráfico 2. Índice Aédico de Vivienda por Departamento de Salta expresando el menor, promedio y mayor valor establecido entre 2020 y 2024



Fuente: Elaboración propia Centro de Coordinación de Actividades e Intervenciones Territoriales con datos del SNVS Años 2020-2024.

Para la estratificación de zonas de riesgo se utilizaron el menor y el mayor valor de Incidencia de Dengue y del Índice de Vivienda logrado por método LIRa y obtenidos del análisis de estos indicadores entre los años 2020 y 2024; también el promedio ponderado entre ellos y el promedio del quinquenio. A éstos se les asignó puntajes según su magnitud que pueden visualizarse en Tabla1, sumándose el puntaje de la tasa de Incidencia (I) y el puntaje otorgado según Índice de Vivienda (I.V.).

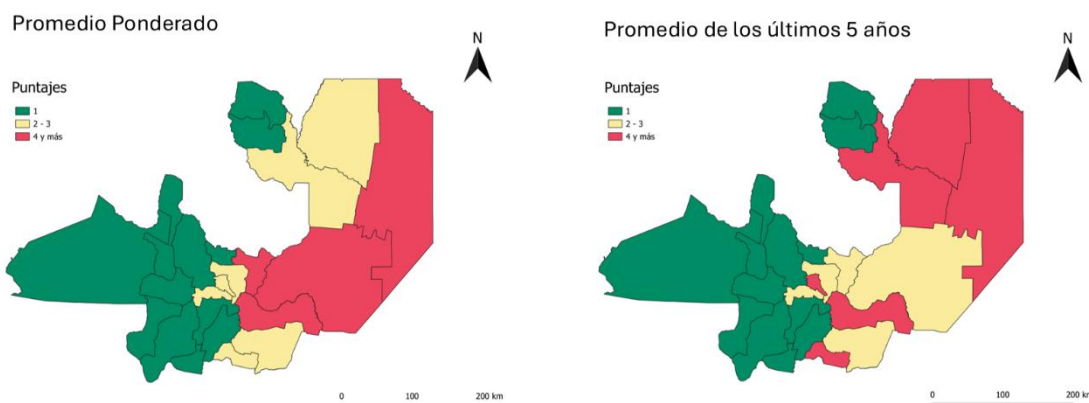
Tabla 1

Parámetros	I			IV		
Intervalos	<3%	entre 3% y 6%	entre 6% y 9%	<5%	entre 5% y 10%	> de 10%
Puntaje	1	2	3	1	2	3

Como criterios se utilizaron las siguientes consideraciones:

- ➡ Si la suma del puntaje obtenido de la Incidencia I y del Índice de Vivienda IV tomó el valor de uno (1) se clasifica al Departamento de Bajo Riesgo.
- ➡ Si el valor es de dos (2) o tres (3) se considera un Departamento de Mediano Riesgo y si toma el valor de cuatro (4) o más, de Alto Riesgo.

Mapa 1. Puntaje otorgado por Departamento al promedio ponderado y de los 5 años de Incidencia de Casos de Dengue e Índice de Vivienda entre los años 2020 y 2024.



Fuente: Elaboración propia Programa Sala de Situación con datos del SNVS Años 2020-2024.

Dengue

El dengue es una enfermedad viral transmitida por la picadura de mosquitos del género *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti*, que se caracteriza por sus hábitos domiciliarios, favoreciendo una transmisión mayormente en los hogares. El virus pertenece a la familia *Flaviviridae* y cuenta con cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4). La infección genera inmunidad de por vida contra el serotipo que causó la enfermedad (inmunidad homóloga), mientras que la protección frente a los otros serotipos (inmunidad heteróloga) es transitoria y limitada. Todos los serotipos pueden provocar cuadros graves, aunque los serotipos 2 y 3 se han vinculado con un mayor número de casos severos y defunciones.

La infección puede cursar de manera asintomática o manifestarse con síntomas de distinta intensidad. Tras un período de incubación de 5 a 7 días, pueden aparecer signos clínicos que orienten el diagnóstico⁵. Para el reconocimiento oportuno y la adecuada atención de las personas afectadas, resulta fundamental utilizar las definiciones de caso sospechoso⁶, especialmente en contextos de brote o epidemia.

Fiebre Chikungunya

La fiebre Chikungunya es una enfermedad viral transmitida por la picadura de mosquitos, siendo el *Aedes aegypti* el principal vector en nuestro país. Los síntomas suelen presentarse entre 3 y 7 días después de la picadura, iniciando con fiebre alta (mayor a 38 °C), similar a otras Arbovirosis. Se acompaña frecuentemente de dolor intenso en las articulaciones, uno de los signos más característicos de esta infección. También pueden presentarse dolor muscular, cefalea, náuseas, cansancio y erupciones en la piel. El dolor articular puede prolongarse durante semanas o incluso meses, dificultando la recuperación completa y el retorno a las actividades habituales⁷.

⁵ MSAL: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000062cnt-guia-dengue-2016.pdf>

⁶ MSAL: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-04/orientaciones-vigilancia-en-brotes-dengue_de.pdf

⁷ MSAL: <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/chikungunya>



Fiebre por virus Zika

El virus Zika produce una enfermedad transmitida principalmente por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*. Sin embargo, también puede transmitirse de una persona gestante al feto durante el embarazo y a través de relaciones sexuales. La infección por Zika en personas gestantes se asocia a anomalías cerebrales y otros defectos congénitos graves, por lo que se recomienda evitar viajar a zonas con transmisión activa del virus durante el embarazo.

Los síntomas suelen aparecer entre 3 y 14 días después de la picadura e incluyen fiebre, conjuntivitis no purulenta, dolor de cabeza, dolores musculares y articulares (especialmente en manos y pies), decaimiento, inflamación de miembros inferiores y erupciones en la piel. Además, la infección por Zika puede ocasionar complicaciones neurológicas⁸.

Fiebre por virus Oropouche

La fiebre de Oropouche ⁹(OROV - CIE-10 A93.0) es una enfermedad viral zoonótica, transmitida principalmente por la picadura de insectos llamados jejenos y producida por el virus Oropouche, un virus ARN del género Orthobunyavirus perteneciente a la familia Peribunyaviridae. Es transmitido a los humanos principalmente por la picadura del jején *Culicoides paraensis*. El virus Oropouche presenta dos ciclos de transmisión. Uno es silvestre, en el que los reservorios son vertebrados (primates, perezosos y roedores), con los mosquitos *Culex quinquefasciatus* y *Aedes serratus* y el jején *Cu. paraensis*, como sus principales vectores. El otro es el ciclo epidémico urbano, en el cual la infección se mantiene principalmente entre el ser humano y el vector *Cu. paraensis*.

Los síntomas son similares a otras enfermedades como dengue o chikungunya, cursando con fiebre elevada, dolor de cabeza, manchas rojas en la piel, sangrado nasal o de las encías y vómitos.

⁸ OPS: [Virus de Zika \(who.int\)](https://www.who.int/virus Zika)

⁹ <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/fiebre-de-oropouche>



SISTEMA DE VIGILANCIA INTEGRADA PARA RESPUESTA RÁPIDA DE ARBOVIROSIS

El **Sistema de Vigilancia Integrada para Respuesta Rápida de Arbovirosis** consiste en un conjunto de procedimientos técnicos y administrativos previamente establecidos para coordinar la detección temprana, alerta, movilización de recursos y respuesta oportuna ante la ocurrencia de brotes o situaciones inusuales de Arbovirosis que puedan afectar el normal funcionamiento de las comunidades y sus instituciones.

Objetivo General

Contribuir a la reducción del impacto sanitario, social y económico de las Arbovirosis en la provincia de Salta, priorizando la prevención, la vigilancia activa y la respuesta rápida ante brotes de Dengue, Zika y Chikungunya, a través de la acción coordinada de los equipos de salud y los equipos operativos intersectoriales.

Objetivos Específicos

1. Fortalecimiento de la vigilancia

- Capacitar y actualizar de manera continua al personal de salud en la prevención, vigilancia, diagnóstico, manejo clínico y respuesta rápida ante brotes de Arbovirosis.
- Monitorear de forma continua la situación epidemiológica del dengue y otros arbovirus en la provincia de Salta, mediante la notificación temprana y oportuna de casos sospechosos y confirmados.

2. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema de salud¹⁰

- Conformar Equipos con Capacidades Integradas (ECI)
- Coordinar el abastecimiento de insumos médicos esenciales, incluyendo sueros, medicamentos y equipos de diagnóstico, en centros de salud y hospitales de la provincia.
- Establecer protocolos de atención diferenciada para casos leves, moderados y graves, y un sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar la atención adecuada.

3. Coordinación intersectorial e interinstitucional

- Fortalecer la coordinación entre los sectores de salud, medio ambiente, educación, y autoridades locales para la implementación efectiva de las acciones de control y prevención.
- Fortalecer la articulación y coordinación entre el sistema de salud público y privado, para garantizar acciones conjuntas de prevención y respuesta ante brotes de Arbovirosis en la provincia.

¹⁰ NACION: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/orientaciones-vigilancia-en-brotes-dengue_1842024.pdf



4. Consolidar un sistema de vigilancia entomológica

- Promover hábitos de prevención del dengue mediante visitas domiciliarias con participación activa de APS y personal municipal.
- Identificar y registrar viviendas con presencia de criaderos de *Aedes aegypti*.
- Aplicar medidas de control mecánico mediante la eliminación de recipientes en viviendas y espacios públicos.
- Coordinar jornadas de descacharrado comunitario con recolección de residuos de gran volumen.
- Aplicar hipoclorito de sodio en recipientes que no puedan ser eliminados con fines ovicidas en fase invernal.
- Estratificación de los municipios según recurso humano destinado al control de foco y bloqueo en caso de sospechosos.
- Coordinar con la Dirección de APS para uso de BTI a fin de capacitar al personal de APS en la correcta aplicación.
- Asegurar la disponibilidad y distribución oportuna de BTI para control larvario en áreas prioritarias.
- Realizar control biológico mediante la utilización BTI según disponibilidad y características de los focos.

5. Prensa y concientización comunitaria

- Desarrollar campañas de comunicación masiva para informar a la población sobre las medidas preventivas contra el dengue y otros arbovirus, enfocándose en la importancia del control de criaderos y el reconocimiento de síntomas tempranos.

El presente **Sistema de Vigilancia Integrada para Respuesta Rápida de Arbovirosis en la provincia de Salta** se encuentra alineado con el "Plan de preparación y respuesta integral a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales 2024-2025", el cual retoma las recomendaciones regionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Este sistema se implementa considerando **cuatro fases** diferenciadas según la situación epidemiológica: Fortalecimiento y preparación conjuntamente con vigilancia activa, alerta temprana, respuesta y recuperación.





A continuación se detallan las condiciones¹¹ necesarias para pasar de una fase a otra.

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.

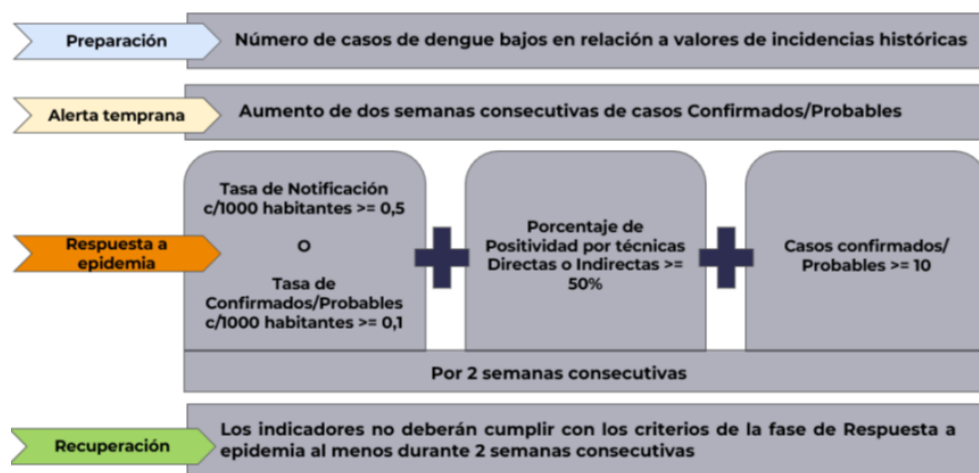
Para considerar cambio de fase se considerarán todas las semanas con casos confirmados y probables, debiendo tener al menos un confirmado por laboratorio en cada semana.

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.

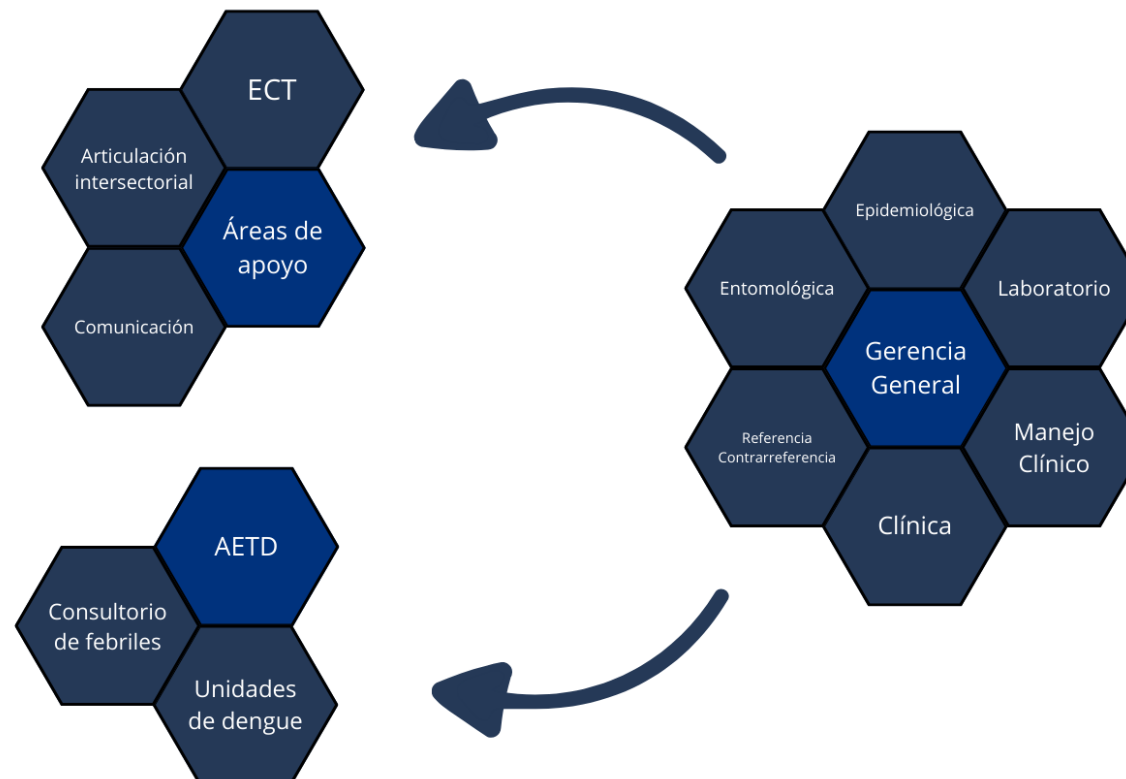


¹¹ Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otras Arbovirosis. Dirección de epidemiología de la nación. Marzo 2025

Además, se organiza en Unidades de Respuesta Integrada en Dengue (URID) compuesta por:

- 1- **Equipos de Capacidades Integradas ECI con seis componentes** (Vigilancia Epidemiológica y de Laboratorio, Manejo Clínico, Vigilancia Clínica, Sistema de Referencia / Contrarreferencia entre ámbito Público / Privado y Vigilancia Entomológica) que operacionalizan las distintas dimensiones necesarias para la gestión de las Arbovirosis. Los referentes de cada componente conformarán el Comité Local de Mortalidad por Dengue
- 2- **Área de Evaluación y Tratamiento de Dengue (AETD)** designada para los pacientes con dengue que cuenten con:
 - Consultorio de Febriles*: lugar para triage y seguimiento.
 - Unidades de Dengue UD*: para tratamiento adecuado y seguimiento más estricto que pueda constituirse en una sala de hidratación oral e intravenosa.
- 3- **Áreas de apoyo estratégico**: Articulación Interinstitucional, Comunicación y Escuelas Centinelas Territoriales ECT

Figura 1.





FASE I.A: FORTALECIMIENTO Y PREPARACIÓN

- Caracterizada por:
- Periodo inter-epidémico.
- Sin notificación de casos sospechosos o notificación de casos sospechosos sin presencia de casos confirmados.

La fase de Fortalecimiento y Preparación en un *Sistema de Vigilancia Integrada para Respuesta Rápida de Arbovirosis* es fundamental para garantizar que el sistema de salud, la comunidad y las autoridades estén listos para actuar rápidamente en caso de un brote. Esta fase incluye el desarrollo de capacidades, planificación, y la implementación de medidas preventivas antes de que ocurra una emergencia.

La fase de fortalecimiento dará comienzo en la Semana Epidemiológica SE número 28 y culminará en la 34 (06/07 al 23/08/2025) y la de preparación desde SE 35 a 39 (24/08 al 27/09/2025)

Resulta fundamental capacitar al personal de salud y de epidemiología para fortalecer la detección temprana de casos de Dengue y otras Arbovirosis, en el marco de los componentes que integrarán los **Equipos de Capacidades Integradas (ECI)**.

Asimismo, se establecerán circuitos de vigilancia destinados a identificar de manera oportuna brotes incipientes, a partir de la recolección y el análisis sistemático de datos epidemiológicos.

La vigilancia de las Arbovirosis se realizará de forma **integrada**, en el marco de la vigilancia de **Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI)** y de los casos que cumplen con definiciones específicas para cada una de las Arbovirosis, y la notificación se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (**SNVS2.0**), cuya información se complementa con los registros de la Historia Clínica digital del sistema provincial SAFESA.

La vigilancia integrada de Arbovirosis incluye el estudio de Dengue, Zika, Chikungunya, Fiebre Amarilla, Encefalitis de San Luis y Fiebre del Nilo Occidental, entre otros agentes etiológicos; así mismo, la vigilancia del SFAI incorpora patologías como Hantavirus, Leptospirosis, Oropouche, Mayaro y Paludismo, de acuerdo con el contexto epidemiológico del área y de los antecedentes epidemiológicos.

Objetivos de la Fase I.A

1. Constituir Equipos de Capacidades Integradas (ECI)
2. Reforzar la vigilancia epidemiológica de las Arbovirosis capacitando al personal de salud en diagnóstico oportuno y manejo adecuado de casos.
3. Adecuar al sistema de salud, asegurando el stock y la provisión de insumos médicos esenciales.
4. Coordinar acciones intersectoriales con la formación de comités de coordinación con salud pública, municipalidad, clínicas y laboratorios privados, educación, etc.
5. Implementar controles vectoriales preventivos mediante operativos de descacharrado y promoviendo el control focal de criaderos.
6. Concientizar a la comunidad con campañas educativas.
7. Preparar el Sistema de Vigilancia Integrada para Respuesta Rápida de Arbovirosis.

Conceptos para tener en cuenta

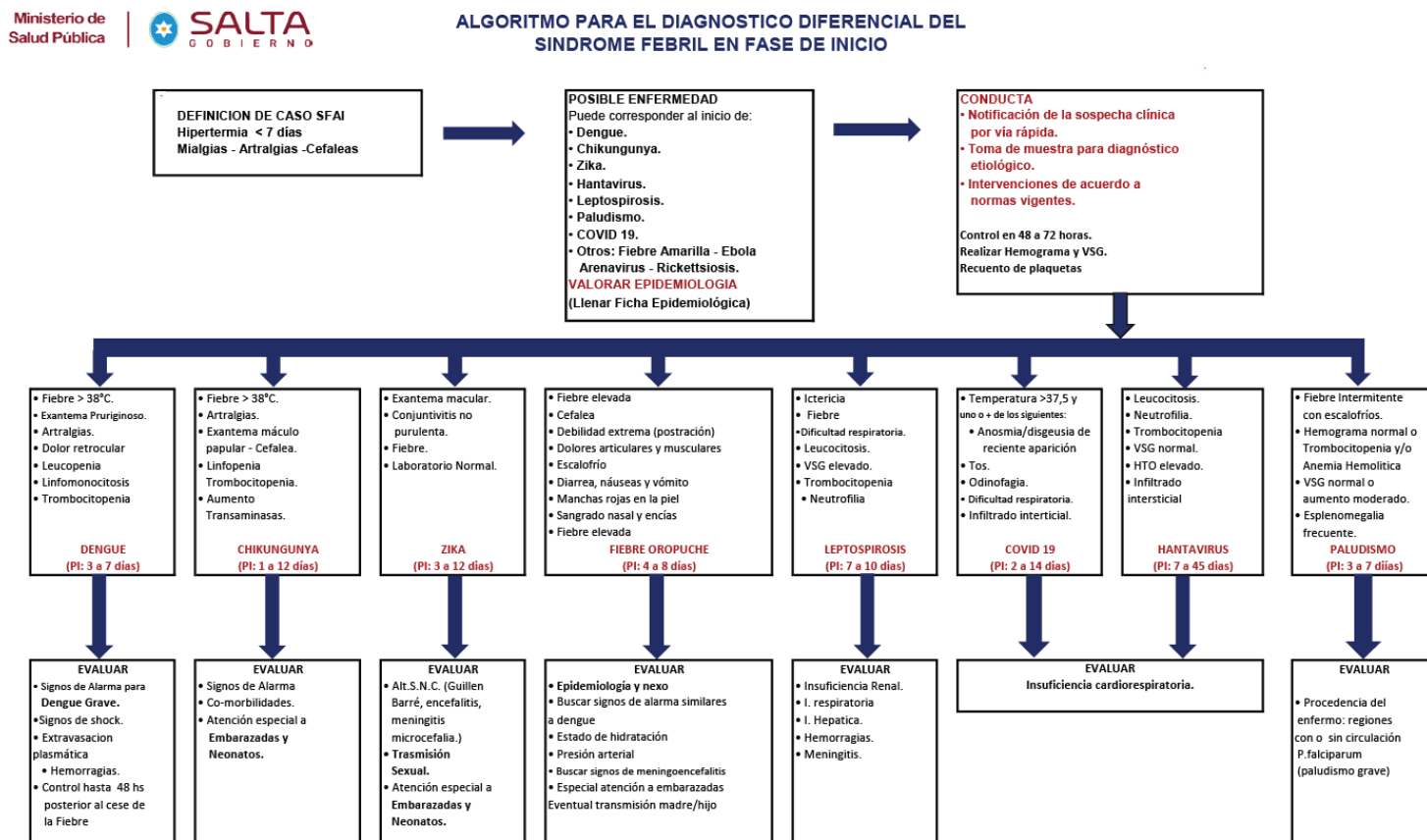
Síndrome febril agudo inespecífico

Todo paciente que presenta al momento de la consulta (o haya presentado en los últimos 15 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. Además, se puede acompañar de 2 o más de los siguientes signos¹²:

- dolor de cabeza y/o detrás de los ojos,
- malestar general,
- dolor articular y/o muscular,
- diarrea,
- vómitos,
- falta de apetito y náuseas,
- manchas en piel, petequias o prueba del torniquete positiva,
- leucopenia,
- plaquetopenia

Algoritmo ante la aparición de SFAI

Figura 2: Principales características para el diagnóstico diferencial del SFAI.



¹² NACIÓN: Definición de la Ficha de Notificación y pedido de análisis de laboratorio. Dirección de epidemiología. Ministerio de Salud Pública de la República Argentina. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-10/0000001526cnt-ficha-sfai_no-endemica.pdf



Fortalecimiento del sistema de salud

Rigau-Pérez y Clark¹³ han identificado las siguientes diez áreas de prioridad para la planificación de respuestas de emergencia al dengue:

1. Establecer un comité de acción multisectorial contra las enfermedades producidas por Arbovirus; 2-formalizar un plan de acción ante emergencias;
2. Mejorar la vigilancia epidemiológica de las enfermedades;
3. Hacer pruebas diagnósticas de laboratorio;
4. Mejorar la vigilancia y control de vectores;
5. Proteger las poblaciones especiales;
6. Garantizar la atención apropiada del paciente;
7. Educar a la comunidad y grupos profesionales respectivos acerca de los procedimientos actuales para el control de las enfermedades producidas por Arbovirus que usan las autoridades responsables en su jurisdicción (gobiernos locales, provinciales y nacionales, según corresponda), así como también sus funciones y responsabilidades en la prevención y control de estas enfermedades;
8. Investigar las epidemias, y
9. Manejar a los medios masivos de comunicación.

Para dar respuesta a lo propuesto por Rigau-Pérez y Clark en relación con las diez áreas de prioridad para la planificación, en el marco de la implementación del Plan Provincial para la prevención, control y manejo de enfermedades transmitidas por Arbovirus conforme a lineamientos del **Sistema Integrado de Vigilancia para respuesta rápida a las Arbovirosis** se propone la constitución en cada Área Operativa de **Equipos de Capacidades Integradas (ECI)**.

A fin de dar cumplimiento a los objetivos de la Fase I A de Fortalecimiento y Preparación:

- Para "Constituir Equipos de Capacidades Integradas (ECI)" el Gerente General deberá asignar referentes en cada componente.
- Para "Reforzar la vigilancia epidemiológica de las Arbovirosis capacitando al personal de salud" se efectuarán capacitaciones en los 6 componentes de los ECI desde Nivel central
- Para "Adecuar al sistema de salud, asegurando el stock y la provisión de insumos médicos esenciales"

Cada componente intervendrá en:

- La elaboración de un listado de recursos necesarios con previa consulta al Programa de Farmacia y Programa Enfermería.
- La evaluación de recursos actuales en cada AO: Materiales (stock) y RRHH.
- La estimación local de recursos necesarios de internación en Observación (Unidad de Dengue UD) e internación prolongada por paciente (parámetro de brotes anteriores) ajustándose a brechas pre-establecidas. Ver página N° 18

¹³Halstead SB, Suaya JA, Shepard DS. The burden of Dengue infection. Lancet, 2007, 369:1410–1411. En: Dengue, guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control, Edición 2009. Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Especial para Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales (TDR)



Para “Coordinar acciones intersectoriales con la formación de comités de coordinación (CO) con salud pública, municipalidad, clínicas y laboratorios privados, educación, etc.”, Las acciones se efectuarán con:

- Instituciones de salud públicas y privadas.
- Convenio con Municipios.
- Conformación de ECT (CAIT) con los establecimientos educativos.

Para “Implementar controles vectoriales preventivos mediante operativos de descacharrado y promoviendo el control focal de criaderos”, se clasificará a cada A.O. dentro de 5 estratos configurados según el personal capacitado para el uso de BTI y respuesta ante bloqueos (se describe en mayor detalle en Componente de Vigilancia Entomológica en Pags 16, 22 y 24) Cada A.O. Elaborará el circuito de la información para control focal y para bloqueo.

Para “Concientizar a la comunidad con campañas educativas”, se realizarán campañas de comunicación en toda la provincia sobre la importancia de las medidas preventivas durante todo el año.

Para “Preparar el Sistema de Vigilancia Integrada para Respuesta Rápida de Arbovirosis” cada A.O.

- Estimar las brechas según sean los Índices del vector y los antecedentes de las Arbovirosis.
- Elaborará un listado de recursos materiales necesarios para cada brecha considerada
- Desarrollará las actividades en cada componente del ECI en periodos pre-brote y Alerta temprana y brote.
- Elaborará un expediente con las pautas con la que planifica su Sistema Integrado de Vigilancia para respuesta rápida a las Arbovirosis

Equipos de capacidades integradas ECI

Se define a ECI como un grupo multidisciplinario e interdisciplinario capaz de articular los componentes vectoriales y no vectoriales de las mismas para fortalecer las vigilancias epidemiológica, clínica, entomológica, laboratorial y el manejo clínico de los pacientes reforzando el sistema de referencia y contrarreferencia entre los subsectores público y privado a los fines de contribuir con una respuesta integral, coordinada y oportuna en todo el territorio provincial.

Misiones de los Equipos de Capacidades Integradas (ECI)

1-Fortalecer la capacidad local de respuesta integral, oportuna y articulada frente al Dengue y otras Arbovirus, para contribuir a la reducción de la morbimortalidad y la transmisión comunitaria mediante el manejo integrado (vigilancia clínica, epidemiológica, laboratorial y entomológica).

2-Propiciar el acceso a la atención de calidad y la adecuada estratificación de riesgo de pacientes con dengue, optimizando los circuitos de referencia y contrarreferencia entre efectores públicos y privados.

3-Contribuir al sistema de vigilancia de la salud pública, generando información confiable y oportuna para la toma de decisiones y la activación de respuestas comunitarias e intersectoriales en el territorio.

Coordinación y organización del ECI

La Coordinación estará a cargo del Gerente General de cada A.O.

El mismo tendrá la responsabilidad de designar a los referentes de los componentes del ECI y deberá participar en la planificación, organización, supervisión y evaluación de las actividades de cada uno.

Igualmente articulará con los programas correspondientes para la facturación ANEXO III y la provisión de insumos que se requerirán para asistir a pacientes con Dengue y otras Arbovirosis.

Propiciará la articulación Intersectorial coordinando con:

- Municipios y actores comunitarios
- Instituciones educativas.
- Medios de comunicación

Cada ECI estará constituida por los siguientes componentes:

1-Vigilancia Epidemiológica.

2-Vigilancia del Laboratorio.

3-Vigilancia Clínica.

4-Manejo Clínico.

5-Sistema Referencia / Contrarreferencia entre ámbitos Público / Privado.

6-Vigilancia Entomológica

Figura 3: Equipos de Capacidades Integradas ECI con seis componentes





Funciones de los componentes del ECI

1. En Vigilancia Epidemiológica:

- Notificar en tiempo y forma a las autoridades sanitarias según la normativa vigente.
- Investigar los casos y realizar la búsqueda activa de febriles en el área.
- Identificar conglomerados y áreas de transmisión activa para el bloqueo de foco.
- Participar en la generación de informes epidemiológicos locales.

2. En Vigilancia Laboratorial:

- Garantizar la toma de muestras adecuadas según el día de evolución.
- Asegurar la conservación, transporte y envío de muestras al laboratorio de referencia.
- Gestionar el registro y seguimiento de resultados para la clasificación de casos.

3. En Vigilancia Clínica:

- Nominalizar todos los casos sospechosos, probables y confirmados.
- Clasificar los casos sospechosos según sea la fase de la enfermedad (Febril, Crítica, Convalecencia)
- Realizar seguimiento clínico de los mismos en su evolución.
- Reportar de manera inmediata casos graves o fallecidos.

4. En Manejo Clínico de Pacientes con Dengue:

- Capacitar continuamente a los equipos locales de salud.
- Aplicar protocolos vigentes de diagnóstico y manejo clínico.
- Identificar signos de alarma y criterios de derivación.
- Realizar seguimiento ambulatorio de casos leves.

5. En el Componente de Referencia y Contrarreferencia Público/Privado:

- Operacionalizar la red provincial de derivación de pacientes según niveles de complejidad.
- Coordinar con efectores privados la vigilancia de casos y la notificación obligatoria en el AO para seguimiento y acciones en terreno.
- Asegurar la retroalimentación de información sobre pacientes derivados para continuidad de cuidados.
- Articular la utilización eficiente de recursos disponibles en el territorio.

6. En Vigilancia Entomológica:

- Coordinar y participar en relevamientos de índices larvarios y captura de adultos.
- Identificar áreas de riesgo para acciones focalizadas de control vectorial.
- Monitorear la efectividad de las intervenciones de control de vectores



Alcance de los Equipos de Capacidades Integradas (ECI)

Los Equipos de Capacidades Integradas tendrán como ámbito de acción:

1-Cobertura territorial:

- Intervención en toda el Área Operativa, incluyendo áreas urbanas y rurales, con especial foco en zonas de riesgo epidemiológico incluso en ausencia de *Aedes aegypti*.
- Articulación con los municipios, efectores públicos y privados, instituciones educativas y comunitarias de su territorio.

2-Cobertura poblacional:

- Atención de todas las personas con sospecha, confirmación o antecedentes de dengue, sin distinción de edad, género, condición social o cobertura de salud.
- Alcance a población general en acciones de prevención, educación y control vectorial.

3-Áreas de intervención:

El ECI actuará en las siguientes áreas específicas:

- Vigilancia clínica, epidemiológica, laboratorial y entomológica, integrando datos para la toma de decisiones locales.
- Manejo clínico: desde el nivel ambulatorio hasta el nivel de derivación de alta complejidad según criterios de riesgo.
- Activación de protocolos de respuesta rápida ante brotes y contingencias sanitarias.
- Articulación de referencia y contrarreferencia entre efectores públicos y privados para garantizar continuidad de cuidados.
- Participación en la educación comunitaria y comunicación de riesgo.

4-Nivel de actuación en la red de salud:

- Su acción se extiende desde el primer nivel de atención hasta hospitales de referencia, coordinando la derivación de pacientes y la gestión de camas según la demanda epidemiológica.
- Interacción con el nivel central de la jurisdicción para reportes de vigilancia, recepción de insumos y lineamientos técnicos.

5-Temporalidad:

- Actuación permanente durante todo el año con intensificación de actividades durante alerta temprana y brotes.

6-Adaptabilidad:

- Capacidad de reconversión de funciones ante emergencias por otras Arbovirus u otras contingencias sanitarias que requieran vigilancia integrada.



Organización de los servicios

Preparación para brote de Dengue y/o Chikungunya¹⁴

La pregunta que debe abordarse para la preparación del equipo de salud ante la amenaza de ingreso y propagación de enfermedades transmitidas por mosquitos es:

¿Cómo afectará un brote a los servicios de salud o sea cuántos habitantes se enfermarán?

Según lo expuesto en Gráfica 1 se sugiere considerar tres brechas a fin de organizar los servicios de salud del A.O.

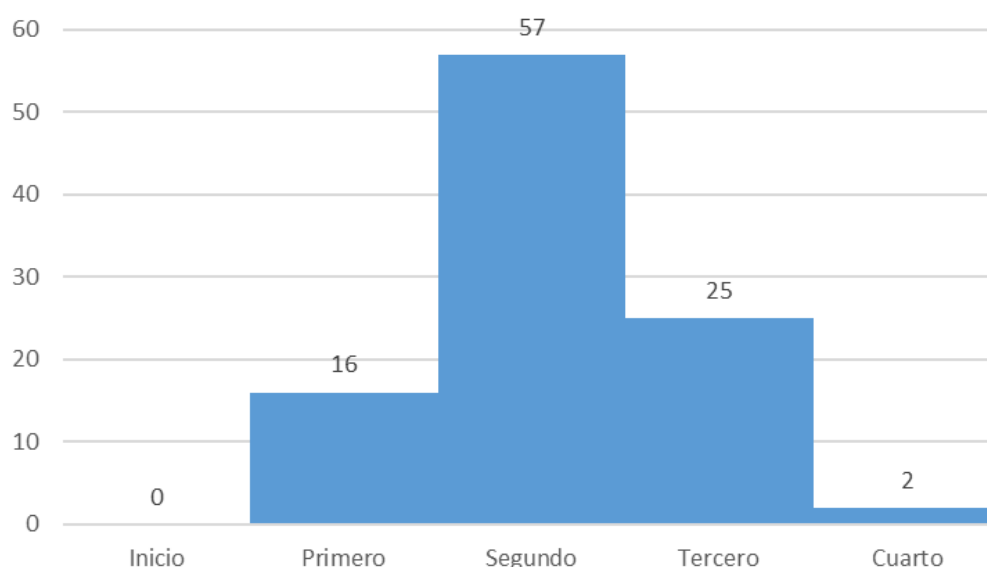
- Brecha 1: corresponde al 3% de la población total que puede verse afectada por Dengue en un período de aproximadamente 120 días.
- Brecha 2: corresponde al 6%.
- Brecha 3: corresponde al 9%.

Ejemplo de personas afectadas para brecha 1:

En una población de 10.000 habitantes, el 3% representa a 300 personas que se enfermarán en un periodo aproximado de 4 meses o 120 días.

Distribuyendo el número de casos notificados entre el 2020 y 2024 por mes, se estimó que aproximadamente el 16% de ellos se presenta en el primer mes, el 57% en el segundo, el 25% en el tercero y el 2% en el cuarto. (Gráfico 2)

Gráfico 2: Proporción estimada de casos por mes



En aquellas A.O. que su historial registre Tasas de Ataque o Incidencia superiores a las de brecha 1 propuesta, podrán utilizar otras tasas para sus Brechas 1, 2 y 3 a fin de que sus cálculos estén más cerca de los escenarios que ellos estiman pueden desarrollarse en sus territorios.

También se estableció que aproximadamente el 11,5 % de los casos serán internados con un promedio de 4 días de estada y de ellos el 20% serán menores de 15 años. Además aproximadamente el 30% de los casos serán internados de manera abreviada (horas) para su hidratación y seguimiento.

¹⁴ NACION: [orientaciones-vigilancia-en-brotes-dengue_1842024.pdf](#)



¿Cómo organizará la respuesta a la demanda por SFAI?

La organización del triage y de la atención en cualquier nivel donde los pacientes sean evaluados por primera vez es fundamental para lograr un adecuado manejo clínico del dengue. Una respuesta rápida y bien organizada no solo evita hospitalizaciones innecesarias, sino que también reduce el riesgo de complicaciones y de fallecimientos en las personas afectadas.

El triage consiste en clasificar de manera rápida a los pacientes apenas ingresan al hospital o centro de salud, con el objetivo de identificar de inmediato:

- los casos con dengue grave, que requieren atención de emergencia para evitar el fallecimiento;
- los casos con signos de alarma, que deben ser priorizados para su evaluación y tratamiento oportuno mientras esperan;
- los casos no urgentes, que no presentan dengue grave ni signos de alarma.

Si es posible, debe disponerse de un **Área de Evaluación y Tratamiento de Dengue (AETD)** designada para los pacientes con dengue que cuenten con:

-**Consultorio de Febriles:** lugar para triage y seguimiento.

-**Unidades de Dengue UD:** que son instalaciones provisionales que pueden ser creadas en cualquier área física que tenga las condiciones de seguridad para el paciente y el personal (unidad o servicio nuevo o a existente y ahora reprogramado para este fin). Las unidades de dengue se habilitan para proteger la situación de los distintos puntos de atención de los establecimientos para tratamiento adecuado y seguimiento más estricto que pueda constituirse en una sala de hidratación oral e intravenosa.

Insumos necesarios:

- Tensiómetro
- Soluciones de rehidratación oral y parenteral
- Venoclisis y accesos de venopunción
- Paracetamol
- Antihistamínicos
- Analgésicos (1 y 2 línea para chikv)
- Material para información de los pacientes y familiares para la detección de signos de alarma
- Acceso a laboratorio mínimo (hemograma, función renal, química)

Para elaborar el Sistema Integral de Respuesta Rápida por Arbovirus de cada A.O. puede utilizar los archivos que se comparten en el siguiente link:

https://drive.google.com/drive/folders/1FS0gc8iXbdFQ_sfrQbxEcPXf6dHXVVDj?usp=drive_link

A. AGENTES SANITARIOS (A.P.S.)

En la provincia de Salta, el Agente Sanitario desempeña un papel crucial en la prevención y control de la enfermedad del Dengue y otras Arbovirosis, especialmente en el contexto de un brote. Sus intervenciones en terreno generan información valiosa para las intervenciones preventivas y deben articularse con el vigilante epidemiológico y el referente municipal si hubiese en pos de interrumpir el ciclo biológico del *Aedes aegypti*.

Las acciones Permanentes y sostenidas en el año, a realizarse durante la visita domiciliar planificada en presencia del morador con el objeto de informar e instruir sobre la actividad que se está realizando. Estas son:



- Relevamiento en el entorno de la vivienda en la visita diaria con registro de recipientes según clasificación: A, B, C, D, E y focos. El registro podrá ser efectuado con el uso de herramientas que favorezcan la georreferenciación y que beneficie el espacio y tiempo. La inspección se inicia por la parte externa o peri domicilio (jardín y/o patio), comenzando siempre por la mano derecha hasta finalizar el predio. Luego, se procede a visitar el interior de la vivienda iniciando el recorrido desde el cuarto más alejado de la entrada, inspeccionando cada uno recorriendo a la derecha, finalizando en la entrada de la vivienda.
- Control focal: Contar con equipo de dengue: pipeta, tubo de ensayo, frasco transparente para identificar las larvas. Está dirigido a la fase inmadura acuática del mosquito, considerando como "foco" a todo recipiente con agua que contiene larvas de *Aedes aegypti* y sobre los que se realizará:
 - Tratamiento mecánico (neutralización o eliminación). En el caso de recipientes útiles que contienen o pueden contener agua, se debe intentar primero impedir la entrada del mosquito o de agua de lluvia o riego (neutralización), tapando o colocando la boca de los mismos hacia abajo, reemplazando el agua de los floreros por arena, etc. (Ordenamiento de patio). Se deben eliminar del domicilio todos los recipientes que no se usen y disponerlos para ser recogidos cuando se realicen los operativos de descacharrado.
 - Tratamiento químico de criaderos: la aplicación de BTI en los recipientes que se convirtieron en criaderos de *Aedes aegypti* que presenten larvas en cualquier estadio, para eliminarlas. Control y sellado de Pozos Ciegos: Identificar y ubicar el o los pozos ciegos de la vivienda. (Georreferenciar por app de alcance provincial, informe al vigilante / municipio para intervención). Verificar el estado de la estructura del pozo. (Tapa, la base del respiradero u orificio para desagote, salida del respiradero). Verificar el estado de la Cámara Séptica, determinar si está en buen estado la tapa. Identificar los lugares de entrada y salida de mosquitos, aberturas, roturas o fisuras de los elementos componentes. El sellado consiste en que, no quede ningún agujero o rotura en las estructuras ni que la tapa quede descalzada. Se debe colocar una tela mosquitera en el extremo del tubo de ventilación. Cuando no se puede sellar el pozo/letrina se realizará el tratamiento larvicida. En general son recipientes con aguas que permanecen sin recambio y a la sombra; el tratamiento se hace de acuerdo a las indicaciones de LIBIOC. Presentación: Líquido; Goteros x 30 ml. No aplicar en recipientes con agua para consumo humano. **Solicitar Capacitación e Insumos al Laboratorio Mail: libioc2018@gmail.com - Tel.: 3875355438.**
- Mantener las acciones de prevención y control todo el año ya que los huevos pueden sobrevivir durante el invierno, recomendar el uso de hipoclorito de sodio en el lavado y cepillado de recipientes en especial en época seca.
- Educación sobre ordenamiento y saneamiento ambiental: Fortalecer las actividades de tratamiento de residuos (en domicilios) por parte de agentes sanitarios en poblaciones específicas. Gestión integral del agua, excretas, residuos sólidos urbanos, vigilancia permanente de "Puntos críticos" en cada sector (gomerías, cementerios, chatarrerías, desarmaderos, etc.), participación en la eliminación de "inservibles domiciliarios, comúnmente denominado "descacharrado" articulado con municipio.
- Promoción de la Salud: Realizar talleres y charlas educativas en escuelas, centros comunitarios y centros de salud. Reforzar las estrategias de sensibilización y comunicación a la población a fin de mantener sus viviendas libres de criaderos de mosquitos (campañas televisivas, radiales etc).
- Planificar la mesa de gestión (intersectorial e interinstitucional) en logística y disposición final de residuos que se originan durante las acciones de prevención, control focal y bloqueo de casos.



Actividades y Roles de los Integrantes del ECI según componente

En PRE-BROTE

1-Componente: Vigilancia epidemiológica

Responsables: Referente de epidemiología local.

Roles y actividades:

- Efectuará la Notificación Negativa diaria del Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI) desde SE 40.
- Realizará la vigilancia integrada de sospechosos en la que se vigile conjuntamente los casos de enfermedades transmitidas por vectores y otros virus como Sarampión-Rubeola, SARS-CoV 2 e Influenza.
- Compilará la población de riesgo en especial la de embarazadas en caso de circulación de virus como Chikungunya y Zika.
- Mantendrá actualizado el registro de las dosis de Q-Denga aplicadas en su Área Operativa, integrando esta información a la vigilancia de coberturas de vacunación contra el dengue.
- Deberá contar con copia de cartografía de la localidad con puntos críticos georeferenciados (Predios con pozos ciegos, gomerías, cementerio, etc.)
- Contará con la nómina de unidades de notificación del ámbito privado.

2-Componente: Vigilancia laboratorial

Responsables: Bioquímicos/laboratoristas.

Roles y actividades:

- Garantizar la provisión de los insumos para toma de muestras, procesamiento y derivación.

3-Componente: Vigilancia clínica

Responsables: Médicos, enfermeros, agentes sanitarios, administrativos.

Roles y actividades:

- Capacitar a los responsables de la vigilancia clínica.

En el consultorio de Febriles, los responsables de la vigilancia clínica lo prepararán para tal fin:

- Contará con una copia del Plan de Contingencia de Arbovirosis 2024.
- Existirá un panel con el flujograma de pacientes según se encuentren en fase febril, crítica o de convalecencia.
- También de un flujograma de todas las patologías incluidas en la vigilancia del SFAI.
- Constatará la existencia de recursos como computadora, impresora, fichas de notificación, pedidos de laboratorio, biblioratos, otros.

4-Componente: Manejo clínico de pacientes con dengue

Responsables: Médicos, enfermeros.

Roles y actividades:



- Entrenar al personal médico y no médico en el diagnóstico clínico y manejo de los pacientes con Arbovirus, con especial atención a los casos graves que requieren hospitalización y/o derivación a un centro de mayor complejidad.
- Preparación de consultorios externos e internos, con cartelería de algoritmo de enfermedades incluidas en el SFAI y Virus Respiratorios.
- Constatar la existencia de Insumos para tratamiento según normativas considerando que la presencia de febriles puede estar asociada no solo a ETM sino también a virus respiratorios, incluso a ambos.

5-Componente: Referencia y contrarreferencia público/privado

Responsables: Referentes de red. (Perfil: personal con capacidad de coordinación y articulación con efectores públicos y privados).

Roles y actividades:

- Actualizar las unidades de notificación públicos / privados que asisten pacientes con SFAI
- Establecer contactos con referentes en cada centro o laboratorio
- Conocer la capacidad instalada en cada centro y laboratorio (camas disponibles en los diferentes niveles de complejidad, técnicas diagnósticas)
- Transferir las normas provinciales sobre Manejo clínico, vigilancia clínica y vigilancia laboratorial.
 - Algoritmo clínico de dengue (2025) Clasificación de Caso
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/09/algoritmo_clasificacion_de_casos-562025.pdf
 - Guía de Práctica Clínica sobre diagnóstico y tratamiento del dengue
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/09/gpc_dengue_vc_1012025.pdf
 - Ficha Epidemiológica
http://saladesituacion.salta.gov.ar/php/includes/etm/documentos/ficha_epidemiologica_SF_A_2017_2018.pdf
- Difundir flujogramas de referencia y contrarreferencia de casos sospechosos y confirmados de dengue en efectores públicos y privados.
- Efectuar capacitaciones conjuntas con equipos de salud públicos y privados sobre criterios de referencia y manejo de dengue.
- Establecer canales de comunicación inmediata (teléfono, WhatsApp institucional) para la derivación oportuna de casos con signos de alarma.

6-Componente: Vigilancia entomológica

Responsables: Agentes Sanitarios, Agentes Socio Ambientales/ municipales, Técnicos en control de vectores.

Roles y actividades:

Vinculadas con el Manejo Integral de las poblaciones de Aedes, considerando las etapas Invernal (ovicida), Primavera (Adulticida) y Estivo-otoño (Larvicida).

Para definir cuáles actividades deberá desarrollar primeramente será necesario identificar a cuál estrato pertenece el A.O. La estratificación surge de la configuración en función del recurso humano capacitado para tareas de control de foco con BTI (*Bacillus thuringiensis* var. *israelensis*) y bloqueo



(Agentes sanitarios, Agentes socio ambientales municipales, Agentes municipales, técnicos de la Dirección de Zoonosis y Enfermedades transmitidas por Vectores):

Tabla 2: Estratos según recurso humano capacitado para el Uso de biocontroladores

Estrato	Municipales ASA	Municipales No ASA	Agentes Sanitarios	Técnicos de ZyETV
1	Con personal	Sin personal	Parcial	Con personal
2	Con personal	Sin personal	Con Personal	Sin personal
3	Sin Personal	Con personal	Parcial	Con personal
4	Sin personal	Con personal	Parcial	Sin personal
5	Sin personal	Sin personal	Parcial	Sin personal

Si el A.O. se encuentran en estrato 1 y 2, deberán efectuar talleres de actualización sobre control focal y bloqueo y monitoreo de tipos de recipientes y focos.

Si el AO se encuentra en Estrato 3, 4 y 5 en primer lugar deberá planificar conjuntamente con Nivel central la capacitación del recurso humano con el que se cuente. Posteriormente continuará con las actividades que abajo se detallan

- Elaboración de mapas de riesgo entomológico con puntos críticos.
- Elaboración de circuito de información de tratamiento focal según estrato
- Elaboración de circuito de información ante bloqueo
- Inspección de los domicilios y peridomicilios en las viviendas en búsqueda de focos aélicos con identificación de recipientes removibles. (Descacharrable)
- Relevamientos de pozos ciegos para su control y sellado y recipientes no removibles para su tratamiento.
- Realización de levantamiento de índices de recipientes, Índices de Vivienda (IV) e Índices de Breteau (IB).

-En aquellas A.O. que aún no cuentan con la presencia del vector o que su aparición fue reciente se efectuarán monitoreo entomológico con el uso de ovitrampas. Esta metodología es sencilla. Se utiliza un dispositivo hecho con un pote plástico de color negro de 10 cm de diámetro, con atrayente suele colocarse un papel secante en las paredes de los recipientes o gaza o una paleta (bajalenguas), estos se retiran semanalmente y se cuentan y registran la cantidad de huevos depositados. La presencia de huevos nos indica la población residual o la actividad del Aedes aegypti adulto. Se registra en App el control y seguimiento con elaboración de reporte e informe respectivo.

-En aquellas A.O. con antecedentes sostenidos de presencia de Aedes deberán realizar el relevamiento periódico de recipientes, Índices Aélicos (Índice de Vivienda e Índice de Breteau). La utilización de estos índices proporciona una evaluación satisfactoria de la densidad vectorial, ofreciendo un parámetro de riesgo de transmisión de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos; siempre que los índices sean adecuadamente interpretados.

Además de ello se aconseja efectuar 2 veces al año (1 vez entre octubre y diciembre y la otra vez entre enero y marzo, época húmeda) un levantamiento de Índices con método LIRaA u otro método (Epi 7). Esto permitirá, entre otras actividades, establecer el riesgo epidémico y estimar la brecha poblacional.

También deberá:



- Advertir al municipio sobre en cuál estrato se encuentra el A.O. a fin que el Plan de Contingencia Municipal, contemple la organización de equipos operativos para realizar la búsqueda activa de febriles, la inspección de viviendas y la eliminación de criaderos, y coordinar de manera eficiente las actividades de respuesta rápida en el territorio, en articulación con los referentes municipales, a fin de contener de forma temprana la transmisión viral en caso de detección de casos sospechosos.
- En todos los casos sospechosos de SFAI notificados, se deberá realizar el informe de bloqueo dentro de las 72 hs, siendo el vigilante epidemiológico quien deberá adjuntarlo en la solapa documento del SNVS 2.0 y marcará en la solapa de epidemiología el ítem investigación en terreno (según modalidad vigente informada para cada temporada).
- Informar al Municipio acerca del avance de la Escuelas Centinelas Territoriales ECT en la localidad
- Establecer un sistema de vigilancia de presencia de Aedes en los servicios de salud.

En ALERTA TEMPRANA Y BROTE

1-Componente: Vigilancia epidemiológica

- Coordinar la carga y envío de notificaciones al nivel central (SISA).
- Analizar diariamente los casos notificados para identificar brotes.
- El vigilante epidemiológico deberá, ante cada caso sospechoso de dengue, verificar y registrar el estado vacunal del paciente respecto a la vacuna Q-Denga. Esta información se integrará al análisis de cada caso en el sistema de vigilancia, permitiendo evaluar la efectividad y calidad de la vacuna Q-Denga.
- Declarar el brote en caso que se presente
- Realizar búsqueda activa de febriles en áreas de casos confirmados.
- Coordinar bloqueos de foco con APS, operarios municipales y Control de Vectores si hubiera posibilidad.
- Actualizar de manera permanente los pacientes internados o derivados del ámbito privado por SFAI.
- Elaborar informes semanales de situación local.

2-Componente: Vigilancia laboratorial

- Bioquímicos y técnicos: Recepción, procesamiento y registro de muestras según protocolos.
- Garantizar la conservación y el envío oportuno al laboratorio de referencia.
- Derivar de manera virtual de las muestras.

3-Componente: Vigilancia clínica

- Establecerán en cuál de las tres fases de la enfermedad se encuentra el sospechoso al momento de la primera consulta: Febril, Crítica o Recuperación y en qué categoría clínica se encuentra (A,B,C) según criterios de OPS.
- Completará la ficha de notificación nominal con datos completos y oportunos.
- Visualizará la presencia de signos de alarma
- Solicitará estudios complementarios (ejemplo de laboratorio).
- Vincularán los resultados hematológicos con la fase de la enfermedad en que se encuentren los casos
- Realizar seguimiento activo de casos ambulatorios.
- Notificar inmediatamente casos con signos de alarma o gravedad.



4-Componente: Manejo clínico de pacientes con dengue

- Médicos: Evaluar casos sospechosos, estratificar riesgo, indicar tratamiento según guías, determinar necesidad de internación o derivación, evolucionar en internación a los pacientes y completar historia clínica de internación.
- Enfermeros: Control de signos vitales, identificación de signos de alarma, administración de hidratación oral y parenteral según indicación médica, educación al paciente y familia.

5-Componente: Referencia y contrarreferencia público/privado

- Actualizar diariamente a la coordinación de ECI sobre los traslados, derivaciones y disponibilidad de camas.
- Gestionar obstáculos operativos relacionados con derivaciones, transporte y recepción de pacientes.
- Brindar asesoramiento al equipo de salud que lo requiera durante la atención de casos.

6-Componente: Vigilancia entomológica

- Coordinación entre agentes sanitarios, personal de municipios y control de vectores las acciones de bloqueo y control focal ante la notificación diaria de casos sospechosos.
- Verificación que las actividades de eliminación, neutralización y tratamiento de recipientes se lleve a cabo correctamente en tiempo y forma.
- Notificación virtual del informe de bloqueo(SNVS 2.0)
- Documentar y reportar resultados al área de epidemiología local.

Contacto con el PROGRAMA DE VIGILANCIA DE ETV Y OR DE LA PROVINCIA DE SALTA:

-Correo electrónico: vigivectores@gmail.com

Áreas de apoyo estratégico: Articulación Interinstitucional y Comunicación.

ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL

- **Conformar un comité de coordinación intersectorial** que incluya a representantes de salud pública, municipal (medio ambiente), educación, etc., para asegurar una respuesta coordinada ante un brote.
- Fortalecimiento de la interacción interinstitucional entre el hospital y las escuelas en el marco del Plan de Dengue. El hospital coordinará con directivos y docentes la conformación de la Escuela Centinela Territorial, seleccionada dentro de su área de referencia, para articular acciones de promoción, prevención y vigilancia comunitaria de dengue. Se capacitará al personal escolar en identificación de criaderos, signos de alarma y notificación temprana de casos sospechosos en la población escolar, integrando estas acciones a la red de vigilancia comunitaria. Además, se realizarán talleres con estudiantes y familias para reforzar la eliminación de criaderos en el hogar y la comunidad, consolidando la participación escolar como nodo activo en la respuesta local frente al dengue.



- Solicitar el Plan de contingencia Municipal para mitigar las ETM¹⁵ al municipio local.

CONTACTO CON EL PROGRAMA SALA DE SITUACIÓN (elaboración y manejo de planes de contingencia):

-Correo electrónico: saladesituacion.dgce@gmail.com

COMUNICACIÓN

- **Lanzar campañas educativas** sobre la prevención del dengue y otros arbovirus, promoviendo prácticas como el uso de repelentes, mosquiteros, y la eliminación de criaderos de mosquitos en los hogares.
- **Capacitar a líderes comunitarios** y a personal de las escuelas para actuar como promotores de salud, asegurando que la información llegue a toda la comunidad.
- **Desarrollar materiales de comunicación accesibles** (volantes, videos, redes sociales) que se difundan en medios masivos para alcanzar a todos los sectores de la población^{16, 17}.

Se asegurará la difusión oportuna de las recomendaciones de prevención y control, a través de diversos recursos, priorizando grupos y zonas de mayor riesgo.

Se coordinarán las intervenciones de los actores con los medios, para asegurar la homogeneidad de los mensajes a la población, por parte de los funcionarios o voceros designados. Para alcanzar este objetivo, se propone la participación de un referente del área de prensa a las actividades.

¹⁵ SALA: [sfai_municipios.pdf \(salta.gov.ar\)](http://sfai_municipios.pdf(salta.gov.ar))

¹⁶ SALTA: [Prevención del Dengue \(edusalta.gov.ar\)](http://Prevención del Dengue (edusalta.gov.ar))

¹⁷ NACION: Materiales para población | Argentina.gob.ar



FASE I.B: VIGILANCIA INTENSIFICADA

La vigilancia de las E.T.M (Enfermedades transmitidas por mosquitos) en la provincia se realiza de forma integrada. Desde el año 2015, ante los cambios en el comportamiento epidemiológico de las ETM, el período de vigilancia se extiende desde el 1 de octubre, al 30 de mayo del año siguiente. Las estrategias utilizadas deben incluir todos los componentes del ECI, a través de:

- Notificación negativa diaria.
- Elaboración de Ficha Epidemiológica cuyo modelo se encuentra en ANEXO IV
- Notificación nominal en el SNVS 2.0 (componentes clínicas, epidemiológico, de laboratorio y anexos de investigación epidemiológica y bloqueo en terreno) diaria de casos de SFAI compatible con la definición de Dengue, Chikungunya, Zika, Fiebre Amarilla, Paludismo y COVID-19.
- Declaración de brote a través del formulario de notificación de brote. En este punto es importante tener presente, que la provincia realiza sistemáticamente, la vigilancia activa de Paludismo y EFE (enfermedades febriles exantemáticas).

https://docs.google.com/forms/d/1vZiYxGT7RruKNp0zif9VDpGUS_B_nUltg5AHfWxOpR8/viewform?edit_requested=true

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 (página 31)

Caso probable: todo caso *sospechoso* y *que presenta*:

- Por laboratorio: detección de IgM (Elisa o inmunocromatografía) o NS1 (inmunocromatografía) en una sola muestra de suero (recogida durante la fase aguda o convalecencia) o
- Por Nexo 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 de dengue: todo caso con:

- 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 conclusivos 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.

Caso confirmado por nexo epidemiológico: en una situación de brote o epidemia, luego de la confirmación de la circulación del virus por pruebas de laboratorio, los casos posteriores, se considerarán casos de dengue confirmados por criterios clínico-epidemiológicos.

Caso no conclusivo de dengue: Caso sospechoso con resultados negativos para la detección de genoma viral o para la detección de antígeno NS1 o para anticuerpos IgM en una muestra temprana (con menos de 5 días de evolución), los cuales no permiten descartar la infección.

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**¹⁸.

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; o

¹⁸ 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



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).

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 períodos 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 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 temprana) o que ya se encuentre en fase de respuesta a epidemia.



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

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.

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.

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.

Los signos de alarma y criterios de gravedad son:

- Signos de alarma
 1. Dolor abdominal intenso o dolor a la palpación del abdomen
 2. Vómitos persistentes
 3. Acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico)
 4. Sangrado de mucosas
 5. Letargo / irritabilidad
 6. Hipotensión postural (lipotimia)



7. Hepatomegalia >2 cm
8. Aumento progresivo del hematocrito

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

CLASIFICACIONES DE CASO SEGÚN SITIO PROBABLE DE CONTAGIO

Caso importado: se considerará importado cuando el sitio posible de contagio corresponde a áreas de transmisión fuera de su jurisdicción de residencia (en el que haya permanecido dentro de los 15 días previos al inicio de los síntomas).

Caso autóctono: se considerará autóctono cuando el sitio posible de contagio corresponde a la jurisdicción de residencia habitual donde se comprobó circulación viral (sin viaje fuera de la misma).
Definición de brote de dengue: Dos casos relacionados en lugar y tiempo con al menos uno sin antecedentes de viaje y al menos uno confirmado por laboratorio; o un caso confirmado por laboratorio sin antecedentes de viaje en el que la autoridad sanitaria provincial pueda certificar el carácter de autóctono. Para la definición de casos de las demás Arbovirosis, consultar en:

http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/vigilancia/documentos/manual_eno_2022.pdf
VIGILANCIA LABORATORIAL. (Ver CAPÍTULO 1. RECURSOS DIAGNÓSTICOS)



FASE II: ALERTA TEMPRANA

Caracterizada por:

- Casos confirmados importados.
- Casos confirmados autóctonos aislados (sin presencia clara de conglomerados geográficos)
- Sin circulación autóctona de Dengue u otros arbovirus.

Luego de la finalización del período inter epidémico, se puede comenzar a evidenciar un aumento en el registro de los casos sospechosos y la aparición de los primeros casos confirmados.

En este momento son claves las señales de alerta:

- ⊖ aumento de hospitalizaciones,
- ⊖ incremento de casos probables y confirmados,
- ⊖ aumento de la positividad,
- ⊖ introducción de serotipo o el cambio de un serotipo predominante,
- ⊖ rumores sobre incremento de cuadros compatibles con dengue, zika y chikungunya,
- ⊖ aumento en la presencia de mosquitos detectados por las personas e incluso detectados por la vigilancia entomológica.

Objetivos de la Fase II

- Reducir la posibilidad de una epidemia de ETM en la provincia.
- Asegurar el bloqueo de todos los focos de casos importados y primeros casos autóctonos (públicos y privados).
- Detectar la circulación de serotipos de virus dengue u otros arbovirus.
- Asegurar la toma de muestras para la vigilancia epidemiológica.
- Garantizar el tratamiento clínico adecuado de los pacientes.

A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA CLÍNICA

En esta fase es muy importante la identificación, estudio y notificación de todos los casos con sospecha de Síndrome Febril Agudo Inespecífico, a fin de realizar actividades de control focal.

En la provincia de Salta, luego del periodo interepidémico, se inicia la vigilancia intensificada de las ETM. Ante los cambios en el comportamiento epidemiológico de las ETM, desde el año 2015, el período de vigilancia se extiende desde el 1 de octubre, al 30 de mayo del año siguiente.



Las estrategias utilizadas durante esta fase deben incluir la Vigilancia Clínica, Epidemiológica y por Laboratorio, a través de:

- Ficha epidemiológica de síndrome febril agudo inespecífico (anexo 1).
- **Notificación nominal en el SNVS 2.0** (componentes clínicas, epidemiológico, de laboratorio y anexos de investigación epidemiológica en terreno) diaria de casos de SFAI compatible con la definición de Dengue, Chikungunya, Zika, Fiebre Amarilla, Paludismo y COVID-19.
- Búsqueda activa de casos.
- **Declaración de brote** a través del formulario de notificación de brote¹⁹.

En este punto es importante tener presente, que la provincia realiza sistemáticamente, la vigilancia activa de Paludismo y EFE (enfermedades febriles exantemáticas).

Todos los establecimientos públicos y privados (hospitales, centros de salud, sanatorios y laboratorios) de la Provincia deben notificar inmediatamente, al detectar cualquier caso con sospecha de Dengue, CHIKV, Zika, etc.

Desde esta fase la Dirección General de Coordinación Epidemiológica presentara semanalmente la situación provincial y local de los casos de ETM mediante la publicación y difusión del **Boletín Epidemiológico Provincial**²⁰ realizado por el Programa Sala de Situación.

Búsqueda activa de casos

- Notificación del caso a A.P.S. para que se realicen las visitas domiciliarias (búsqueda de nuevos febriles/rastrillaje en el barrio y/o zona en donde reside el caso notificado)
- Indicación de repelente al caso y a los convivientes.
- Investigación de campo (esta actividad estará a cargo del Vigilante Epidemiológico, Agentes Sanitarios, Enfermeros y/o personal del equipo de salud que se haya determinado en el Plan de Contingencia local)
- Visita al domicilio del paciente, a los fines de realizar una entrevista minuciosa al enfermo y/o familiares, para establecer con la mayor precisión posible el o los sitios probables de infección.
- Indagar sobre los lugares frecuentados por el enfermo durante el período de incubación más el periodo de viremia, para determinar otros posibles sitios a bloquear.
- Buscar otras personas con fiebre en el lugar (aún si fueran rumores o comentarios) y tomar nuevas muestras ante sospecha.
- Reportar por escrito el evento al responsable local de control focal y bloqueo, indicando los domicilios a intervenir. El informe de bloqueo deberá ser adjuntado en el SNVS
- Reiterar el rastrillaje entre los 12 y 24 días después de la intervención (búsqueda de febriles e intervenciones de bloqueo). Este cronograma debe quedar registrado en un panel o "bolsillo de revisitas".

¹⁹ VIGILANCIA: https://docs.google.com/forms/d/1vZiYxGT7RruKNp0zif9VDpGUS_B_nUltg5AHfWxOpR8/viewform?edit_requested=true

²⁰ SALA: [Sala de Situación \(salta.gov.ar\)](http://sala.de.situacion(salta.gov.ar))



B. VIGILANCIA POR LABORATORIO

En esta fase epidemiológica se deberá estudiar por laboratorio a todos los pacientes según definición de caso (ANEXO 2).

La provincia cuenta con un laboratorio de referencia ubicado en el Hospital Señor del Milagro y cuatro laboratorios de referencia regional con diferentes capacidades diagnósticas:

Tabla 3. Capacidades diagnósticas de los laboratorios de referencia provinciales y regionales para las distintas ETM.

Establecimiento	HSM (Hospital Señor del Milagro)	L. E. T. Orán (Laboratorio de Enfermedades Tropicales de Orán)	Hospital de Embarcación	Hospital de Tartagal	Hospital de Salvador Mazza
Dengue	PCR-RT NS1 MAC ELISA IGM COMERCIAL	PCR CONVENCIONAL NS1 MAC ELISA IGM COMERCIAL	NS1 IGM COMERCIAL	NS1 IGM COMERCIAL	NS1 IGM COMERCIAL
Chikungunya	PCR MAC ELISA	IGM COMERCIAL	IGM COMERCIAL	IGM COMERCIAL	-
Zika	PCR MAC ELISA	IGM COMERCIAL	-	-	-
Hantavirus	ELISA IGM IGG	ELISA IGM IGG	-	-	-
Leptopirosis	ELISA IGM	ELISA IGM	-	-	-
Paludismo	GOTA GRUESA	GOTA GRUESA	-	GOTA GRUESA	GOTA GRUESA
Chagas	PCR CONVENCIONAL	PCR CONV. HAI- ELISA	HAI ELISA	HAI ELISA	HAI ELISA
Virus respiratorio y COVID	TEST RAPIDO LAM	TEST RAPIDO LAM	TEST RAPIDO	TEST RAPIDO LAM	TEST RAPIDO
	PCR	RT-PCR			
LEISHMANIA	ELISA PCR FROTIS	ELISA PCR	-	FROTIS	FROTIS

Fuente: Elaboración propia Programa Redes de Laboratorio. DGCE. MSP: Salta

El Hospital Sr del Milagro, es el Centro de Referencia Provincial para todas las patologías encuadradas de SFAI, de Virus Respiratorio y Covid-19 entre otras enfermedades de notificación obligatoria, que da respuesta a toda la provincia.

El objetivo de los laboratorios regionales es dar respuesta a su área y localidades cercanas para favorecer el diagnóstico y mejorar la calidad de servicio en tiempo y seguimiento del paciente, salvo en situaciones especiales que debidamente tienen la obligación de notificar a cada lugar y en este caso se realiza la derivación correspondiente al Centro de Referencia Provincial. En este contexto, cada laboratorio debe tener una cobertura organizada de manera que las muestras sean recibidas con un amplio margen de horarios, y procesadas a la brevedad.

CONTACTO CON EL PROGRAMA DE VIGILANCIA POR REDES DE LABORATORIO DE LA PROVINCIA DE SALTA:

Correo electrónico: vigilanciaredes@gmail.com



RED DE LABORATORIO

- Laboratorio de Referencia provincial: Laboratorio de Virología, Hospital Sr. Del Milagro, Sarmiento 557 Salta CP 4.400 TE: 0387-4317400/20 y 4213148 Interno 283 MAIL: labvirushdm@gmail.com
- arbovirus.hantasalta@gmail.com.
- Laboratorio de Enfermedades Tropicales. Orán Pueyrredón 701. San Ramón de la Nueva Orán Tel. 03878-427790 Correo electrónico: labtrop.oran@yahoo.com.ar
- Laboratorio Hospital Juan D. Perón. Tartagal Avda. Alberdi 855. Tartagal. Tel. 03873-421648
Laboratorio Hospital San Roque. Embarcación Entre Ríos S/N. Embarcación Tel. 03878-471015
- Laboratorio Hospital Salvador Mazza Bioquímico Responsable: Raúl Britos Mail: rolyh45@yahoo.com.ar

Figura 4.





C. CENTROS ASISTENCIALES DE 1ER Y 2DO NIVEL DE ATENCIÓN

Se tomarán las siguientes medidas a fin de satisfacer los siguientes puntos:

- Contemplar la colocación de telas mosquiteras en ventanas de los servicios.
- En los hospitales de 2do nivel de atención, las camas de pacientes con sospecha de cualquiera de las enfermedades ETM, deberán contar con mosquiteros.
- Deberán realizar un estricto control de criaderos de mosquitos, dentro y fuera del establecimiento de salud.
- El equipo de salud estará capacitado en la detección de todos los de SFAI, y para la atención y manejo de pacientes.
- Es necesario definir criterios claros de derivación a Hospitales de mayor complejidad ante la aparición de signos de alarma.
- Se verificará que los servicios cuenten con insumos necesarios para hidratación, y tratamiento sintomático de pacientes.
- Se instalará mensajes preventivos orientados a ETM.
- Se coordinará en conjunto con otros referentes, la conformación de equipos de respuesta rápida para control y bloqueo de todos los focos de casos importados o aislados.
- Los agentes sanitarios, deben contar con medidas de protección (repelentes, ropa adecuada) para realizar tareas de bloqueo, educación sanitaria y recopilación de información para construcción de indicadores (Lira).
- Se sugiere mantener la Notificación Negativa diaria, de centros de salud seleccionados.
- Es necesario facilitar la toma de muestra para estudio de laboratorio, de todos los casos sospechosos según definición de caso.

D. HOSPITALES DE 3ER NIVEL DE ATENCIÓN

- Deberán asegurar la capacitación del personal de salud afectado a la asistencia de casos de SFAI.
- Deberán contemplar la colocación de telas mosquiteras en ventanas.
- Las camas de pacientes con sospecha de cualquiera de las ETM, deberán contar con mosquiteros.
- Deberán realizar un estricto control de criaderos de mosquitos, dentro y fuera del establecimiento de salud.
- Notificarán todos los casos febriles sin foco, con sospecha de Dengue u otras ETM.
- Realizan toma de muestra y derivan el suero al laboratorio de Referencia.
- Estarán en condiciones para la recepción y tratamiento de casos de dengue clásico, grave, CHIK y Zika.
- En ésta fase no se encuentran habilitados consultorios de febriles; por lo cual es necesario reforzar las normativas de vigilancia, notificación y atención de casos, en todas las áreas asistenciales del hospital.
- El manejo de pacientes con dengue grave, en las unidades de cuidados intensivos, debe realizarse en base a protocolos basados en evidencia científica.



FASE III: RESPUESTA A EPIDEMIAS

Caracterizada por:

- Predominio de Casos Autóctonos.
- Clara evidencia de conglomerados o brotes en la población.

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 de la transmisión de dichas arbovirosis y los cambios en la adaptación del vector a la vida doméstica, en muchas ocasiones la transmisión no cesa y actúa de manera tan intensa que no se puede evitar la epidemia. Por lo tanto, haber realizado un plan que esté bien definido y ejecutado puede atenuar los riesgos y disminuir la intensidad con la que se transmite, traerá como resultado una reducción de los daños que puede producir.

Objetivos de la Fase III

- Reducir el impacto en la población de la epidemia por Dengue, CHIK o Zika.
- Reforzar acciones para la reducción de la densidad de mosquitos en zonas epidémicas.
- Vigilar la circulación viral, mediante la identificación por laboratorio.
- Fortalecer la vigilancia de febriles, considerando casos en general, internados y fallecidos, como también la afectación de grupos poblacionales específicos.
- Asegurar el abordaje terapéutico oportuno de los pacientes.
- Adecuar la organización de los servicios en función de la situación epidemiológica.

A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA CLÍNICA

Se debe sostener el **monitoreo de la notificación** activa de todos los servicios y consultorios de febriles.

En todos los casos, se promueve la **notificación nominal al SNVS2.0**, por parte de los efectores de salud.

La **ficha epidemiológica de SFAI** correctamente llenada es imprescindible para el procesamiento de la muestra, la técnica de laboratorio a emplear y la clasificación posterior del caso.

Se habilitarán **panel o salas de situación de contingencia de SFAI**, en caso de ser necesario como herramienta de monitoreo y seguimiento del brote.

Las decisiones se tomarán en el marco del grupo de trabajo.

En esta etapa, se prevé la **confirmación de casos con criterio clínico – epidemiológico** en aquellas localidades en las que se haya documentado la circulación viral, manteniendo la confirmación por laboratorio en grupos priorizados por criterios clínicos y/o epidemiológicos, que se actualizarán de manera periódica siguiendo lineamientos provinciales.



Se realizará **vigilancia intensificada de casos internados y fallecidos**, para documentar el impacto de la epidemia en términos de morbilidad y mortalidad.

En esta etapa, se consideran las siguientes definiciones de caso:

- ✓ **CASO CONFIRMADO POR LABORATORIO:** Toda persona que cumpla con la definición de caso sospechoso y presente al menos una prueba de laboratorio positiva, independientemente del método utilizado (PCR, ELISA, Inmunocromatografía, etc). No se requerirá de 2das muestras para la confirmación de casos.
- ✓ **CASO CONFIRMADO POR CLÍNICA Y NEXO EPIDEMIOLÓGICO:** se considerará a las personas que cumplan con la definición de caso de SFAI, residentes áreas con circulación autóctona documentada y alta incidencia de casos.

B. VIGILANCIA POR LABORATORIO

Según recomendaciones nacionales, en un área en la que ya se ha confirmado la circulación autóctona de Dengue, CHIK o Zika, el diagnóstico de laboratorio se debe sostener con criterio de vigilancia de circulación viral en una muestra de pacientes. No está destinado para el manejo clínico de los casos.

La toma de muestras se adecuará según el comportamiento epidemiológico.

En contexto de **circulación autóctona de casos**, se sugiere sostener la toma de muestra para diagnóstico de laboratorio con el siguiente criterio:

- En zonas CON CIRCULACIÓN comprobada y alta incidencia:

si se bien considera el criterio de confirmación por nexo, se sostiene la toma de muestras, ante las siguientes situaciones:

- 📍 Pacientes internados.
- 📍 Personas con comorbilidades (enf. crónicas como diabetes, HTA, Obesidad, enf. renal, entre otras).
- 📍 Embarazadas
- 📍 Niños menores de 5 años o Adultos mayores de 65.
- 📍 Personas con antecedente de viaje a otra zona con circulación activa de dengue u otras enfermedades transmitidas por mosquitos.
- 📍 Antecedente de Dengue previo.
- 📍 Pacientes inmunocomprometidos.
- 📍 Personal de salud.
- 📍 1/10 personas que cumplan con la definición de caso, que consulten en servicios de atención ambulatoria.

- En zonas SIN circulación comprobada o con menor incidencia de casos:

se mantiene la confirmación por Laboratorio, por lo cual es necesario tomar muestra a todas las personas que cumplan con la definición de caso.



C. CENTROS ASISTENCIALES DE 1ER Y 2DO NIVEL DE ATENCIÓN

- Se dispone habilitar **estrategias asistenciales** para optimizar la accesibilidad a la consulta médica:
 - organizar triage orientado a Dengue y otras ETM
 - instalar consultorios de febriles
 - apertura de estaciones de hidratación
 - refuerzo de personal médico y enfermería.
- En situación de mayor demanda, se contemplará la **reorganización de servicios y especialidades**. Se coordinará para que los equipos de salud den respuesta en la atención de los enfermos, la aplicación de protocolos de abordaje clínico, basados en guías de práctica clínica nacionales e internacionales.
- Los agentes sanitarios reforzarán las rondas en la comunidad, para que la población realice la eliminación u ordene los criaderos del vector. Es necesario el refuerzo de educación comunitaria de signos de alarma.
- Se habilitarán sectores, consultorios y RRHH orientados al control evolutivo a la cronicidad de los pacientes en el caso de epidemias de Chikungunya.
- Los establecimientos deberán mantener una fluida comunicación con los Hospitales de Referencia de mayor complejidad. Asegurar el traslado adecuado de pacientes, según criterios de gravedad y circuito de referencia y contrarreferencia.

D. HOSPITALES DE 3ER NIVEL DE ATENCIÓN

- Se deberá asegurar la atención adecuada de pacientes derivados desde los establecimientos según el circuito establecido de referencia-contrarreferencia.
- Se habilitará consultorios de febriles y equipos de triage.
- Se requiere asegurar la provisión de todos los insumos necesarios para el tratamiento de pacientes y para la prevención de picaduras.
- Serán el destino de la derivación de los pacientes con Dengue grave, por lo cual se deberá reforzar el abordaje protocolizado en Unidades de Cuidados Críticos. En casos de pacientes con diagnóstico de Chikungunya o Zika, se priorizarán acciones destinadas al abordaje de síntomas más frecuentes y abordaje de complicaciones y secuelas.
- Dada la importancia de las estrategias de hidratación, es necesario prever los insumos necesarios, para su aplicación, considerando el incremento de la demanda asistencial. Todos los Hospitales adecuarán la atención de los pacientes en función de la demanda de atención.

E. AGENTES SANITARIOS

- Sostendrán otras acciones previstas en la Fase II.
- Continuará con capacitación en prevención, signos de alarma y control de mosquitos, en la comunidad.



F. PRENSA Y CONCIENTIZACIÓN COMUNITARIA

- Se deberá gestionar la emisión de mensajes oportunos y claves para los medios y la comunidad, en función de la situación epidemiológica y con criterio de comunicación de riesgos.
- Continuará con la campaña de difusión masiva, respecto al descacharrado, prevención de Dengue, CHIK y Zika, consulta precoz y signos de alarma.
- Se difundirán las recomendaciones de prevención y control, a través de diversos recursos y poner al alcance de todos los sectores de la población, priorizando grupos y zonas de mayor riesgo. Para alcanzar este objetivo, se propone la participación de un referente del área de prensa.
- Coordinarán las intervenciones de los actores con los medios, para asegurar la homogeneidad de los mensajes a la población.



FASE IV: RECUPERACIÓN

Caracterizada por

- Se evidencia una disminución en la transmisión.
- Se comienza a disminuir la intensidad de las acciones realizadas en el escenario anterior hasta que pueda desactivarse el operativo.

Una vez que se brindó una respuesta frente a la epidemia, se pasa a la fase de recuperación en donde hay que garantizar la continuidad de los servicios de salud y de las actividades claves en términos de prevención del evento, teniendo como meta el estado de Inter epidemia para luego comenzar nuevamente con las fases planteadas. Lo expuesto anteriormente sucederá si se evidencia una disminución en la transmisión de acuerdo con los criterios epidemiológicos establecidos.

Objetivos de la Fase IV

- Reforzar acciones para la reducción de la densidad de mosquitos.
- Sostener la vigilancia epidemiológica clínica y por laboratorio.
- Mantener la capacitación continua del equipo de salud para el abordaje clínico de ETM.
- Analizar el impacto global de las epidemias, para reflexionar acerca de las acciones implementadas y proponer nuevas estrategias.

A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA CLÍNICA

- Se retomarán los criterios de vigilancia y confirmación de casos, basados en confirmación por laboratorio.
- Se realizarán publicaciones como cierres de temporada o campaña de ETM enfatizando la dinámica de la epidemia.
- Se encaminará la vigilancia e investigación de casos secuelares.

B. VIGILANCIA POR LABORATORIO

- Se estudiará por algoritmo completo, considerando la toma de 1era y 2da muestra, a casos con SFAI, en contexto de interrupción de la circulación viral.

C. CENTROS ASISTENCIALES Y HOSPITALES

- Se re-evaluarán las medidas asistenciales, y desactivarán estrategias de contingencia, aunque deberá sostenerse la alerta ante posible reintroducción de las dolencias o documentación de circulación endémica.
- En epidemias de Chikungunya, se deberá contemplar un incremento de las consultas por poliartritis distal, tenosinovitis hipertrófica subaguda, artropatía destructiva, rigidez, y otros



cuadros articulares de hasta 2 años de duración; como también efectos en la salud mental, con cuadros de depresión fatiga, deterioro de la calidad de vida.

- En epidemias de Zika, deberá contemplarse y organizarse el funcionamiento de servicios en los 3 niveles de atención, orientados a la asistencia de secuelas neurológicas en niños.
- Ante cualquiera de estas situaciones, será importante definir el accionar de equipos multidisciplinarios

BIBLIOGRAFIA

Amenaza de introducción de Fiebre Chikungunya. Bases para la elaboración del Plan de contingencia. Dirección General de Coordinación Epidemiológica. MSP de Salta. Año 2015.
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/php/planesestrategicos.php>



ANEXOS

ANEXO I. INCIDENCIAS DENGUE 2020-2024

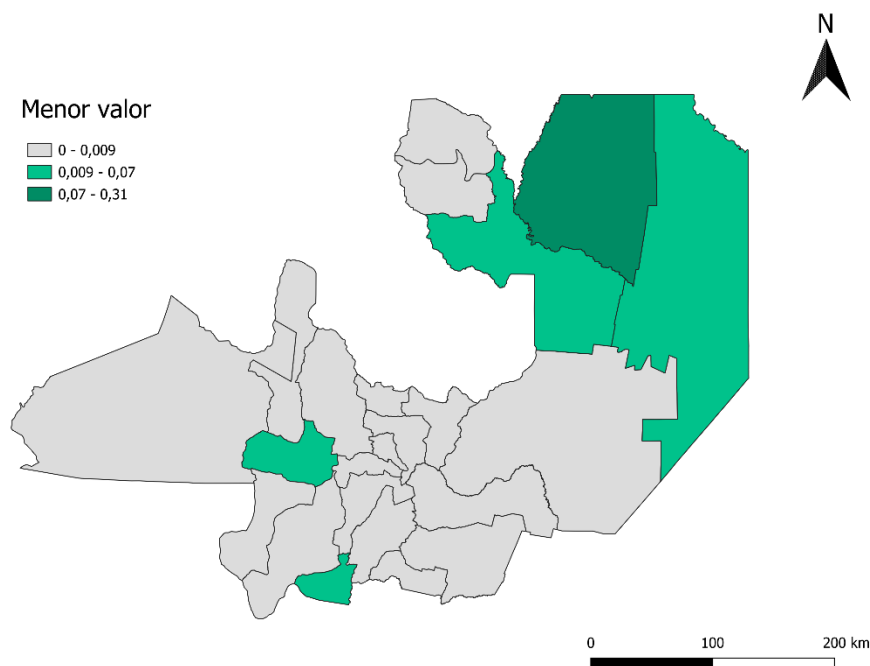
Tabla 4: Incidencias por Departamento de Salta entre los años 2020 y 2024.

Departamento	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024
Anta	2,66	0,44	0	3,06	4,23
Cachi	0	0	0	0,06	0,10
Cafayate	0	0,01	0	0,07	2,24
Capital	0,03	0,03	0,00	0,34	2,33
Cerrillos	0,00	0,01	0	0,11	0,63
Chicoana	0,00	0,01	0	0,02	0,57
General Güemes	0,08	0,03	0	1,78	0,47
General San Martín	2,04	0,47	0,31	1,79	0,31
Guachipas	0	0	0	0,06	0,95
Iruya	0	0,05	0	0,28	0,16
La Caldera	0	0,04	0	0,27	0,96
La Candelaria	0	0,03	0	2,22	1,62
La Poma	0	0	0	0,00	0,17
La Viña	0	0,01	0	0,15	1,71
Los Andes	0	0,01	0	0,03	0,32
Metán	0,35	0,10	0	0,50	7,74
Molinos	0	0	0	0,02	0,46
Orán	0,88	1,23	0,01	2,68	0,14
Rivadavia	0,05	0,76	0,09	4,23	0,47
Rosario de la Frontera	0,02	0,02	0	1,07	5,74
Rosario de Lerma	0,00	0,02	0	0,06	0,25
San Carlos	0	0	0	0,01	0,18
Santa Victoria	0	0,05	0	0,38	0,11
Total provincial	0,50	0,26	0,04	1,50	1,81

Fuente: Sala de situación

Mapa 2.

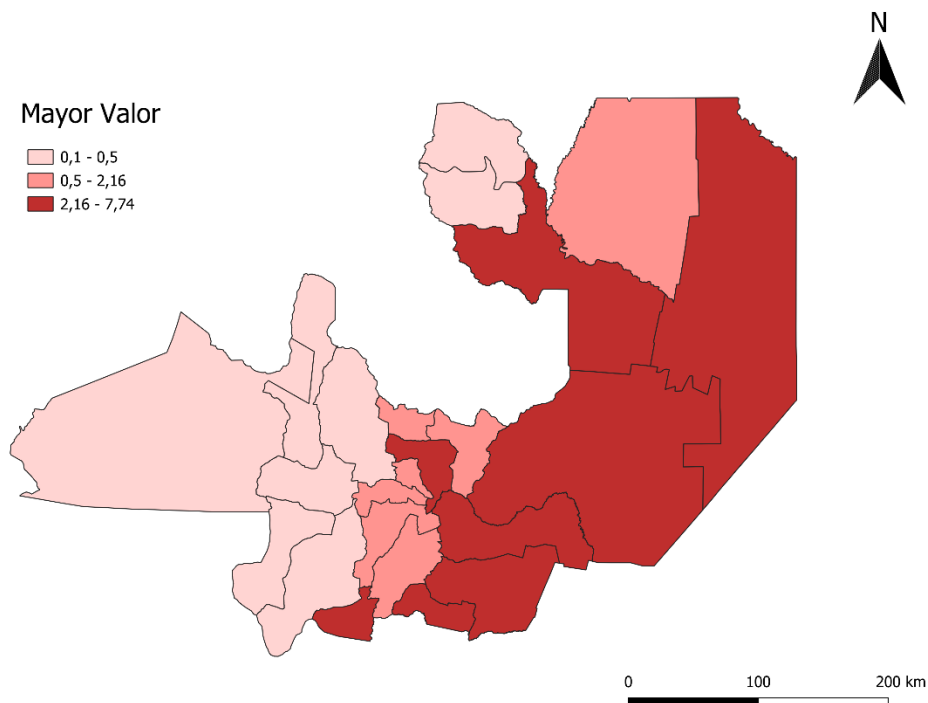
Mapa del menor valor de Incidencia por Departamento de Salta entre los Años 2020 y 2024.



Fuente: Informes de Cierre de brotes de Dengue-Sala de Situación

Mapa 3

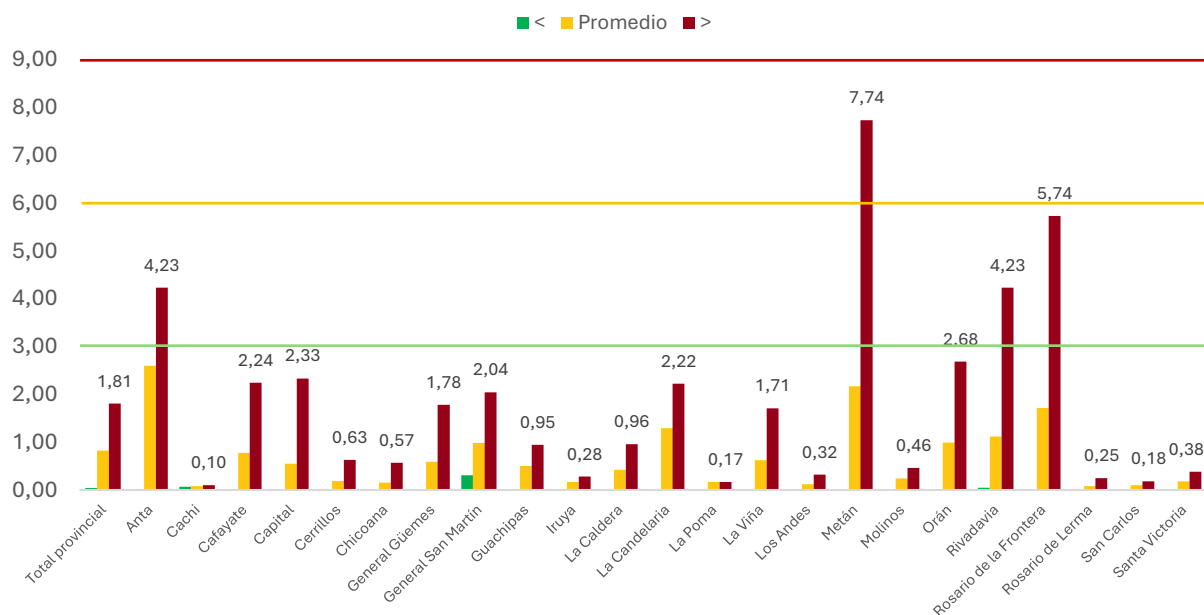
Mapa del mayor valor de Incidencia por Departamento de Salta entre los Años 2020 y 2024



Fuente: Informes de Cierre de brotes de Dengue-Sala de Situación



Gráfico 3. Tasas de Incidencia de Dengue por Departamento por cada 100 habitantes entre los años 2020 y 2024 (menor, promedio y mayor) en la Provincia de Salta

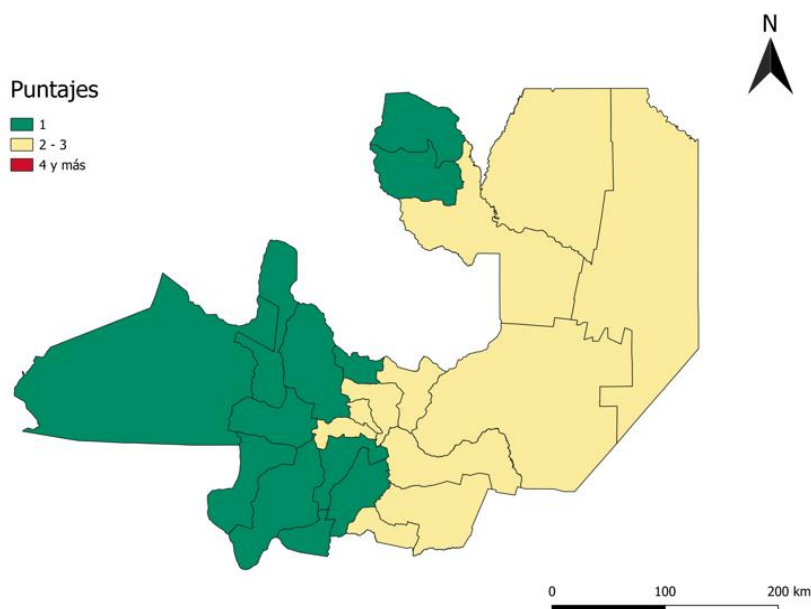


Fuente: Informes de Cierre de brotes de Dengue-Sala de Situación



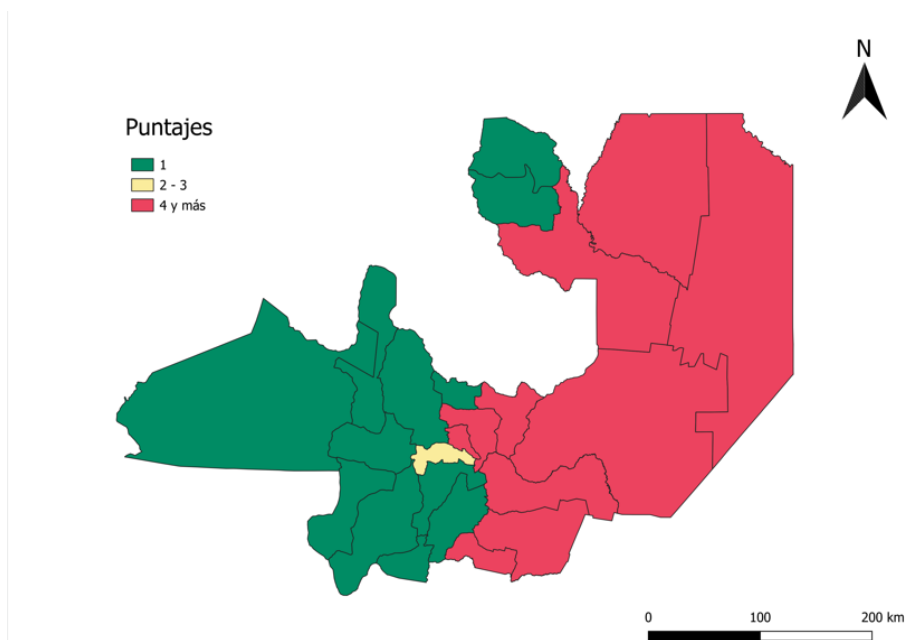
ANEXO II. ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

Mapa 4. Puntaje otorgado por Departamento a los menores valores de Incidencia e Índice de Vivienda entre los años 2020 y 2024.



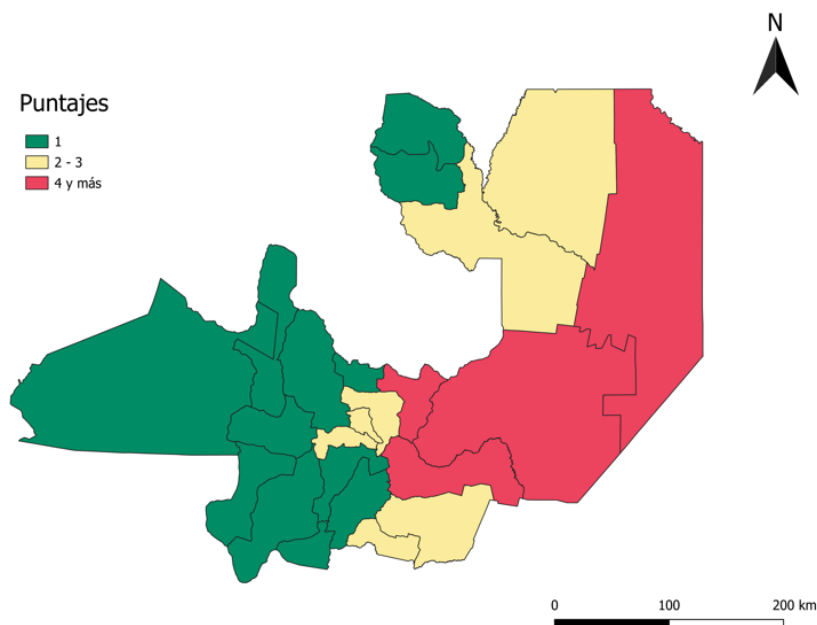
Fuente: Sala de Situación elaborado con datos del SNVS Años 2020-2024.

Mapa 5. Puntaje otorgado por Departamento a los mayores valores de Incidencia e Índice de Vivienda entre los años 2020 y 2024.



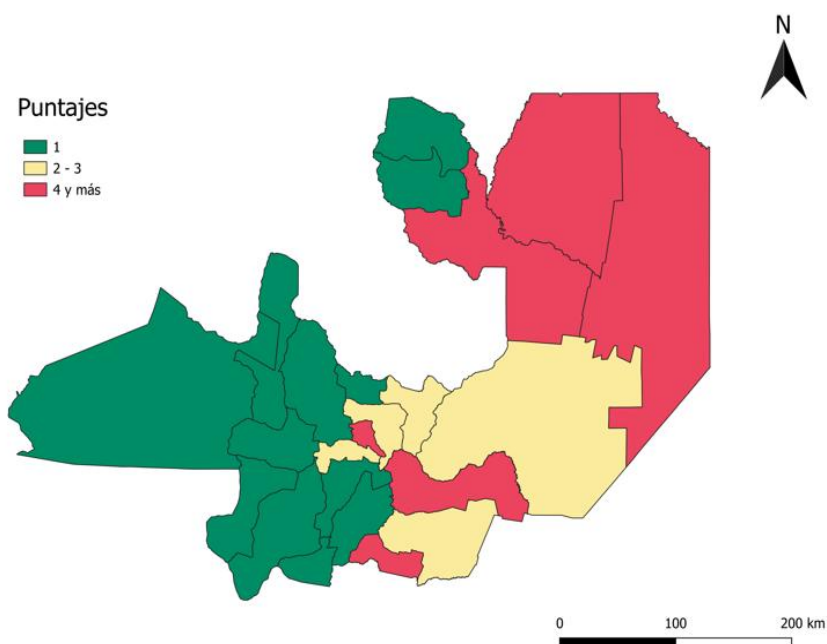
Fuente: Sala de Situación elaborado con datos del SNVS Años 2020-2024.

Mapa 6. Puntaje otorgado por Departamento a los promedios ponderados de los valores menores y mayores de Incidencia e Índice de Vivienda entre los años 2020 y 2024.



Fuente: Sala de Situación elaborado con datos del SNVS Años 2020-2024.

Mapa 7. Puntaje otorgado por Departamento al promedio de Incidencia e Índice de Vivienda entre los años 2020 y 2024.



Fuente: Sala de Situación elaborado con datos del SNVS Años 2020-2024.



ANEXO III. PRESTACIONES – PLAN SUMAR

En relación a la Línea de cuidado DENGUE no se encuentra dentro de Las Trazadoras de SUMAR+, pero sí dentro de la CEB (Cobertura Efectiva Básica) tenemos las prestaciones de nuestro PSS (Plan de Servicios de Salud) que se detallan en Tabla N°....

El PSS es una herramienta que define las prestaciones y servicios que el programa cubre para garantizar el acceso a la atención de salud de calidad a las personas *sin cobertura social*. La misma se estructura en líneas de cuidado que abarcan diferentes etapas de la vida y condiciones de salud desde la promoción y prevención hasta el tratamiento y seguimiento de enfermedades. Dichas prestaciones son 12 en total y a continuación se detallan las mismas:

Tipo de Prestación	Nombre de la Prestación	Personal de salud sugerido por Nación para brindar la prestación	Ámbito de realización sugerido	Descripción de la prestación financiada por Sumar	Tasa de uso	Atributos de registro obligatorio (Datos Obligatorios Mínimos para facturación)
Consejería	Consejería en domicilio para prevención y control de Dengue	Persona de APS, técnicos de campo de control de vectores, agentes comunitarios, áreas de promoción y protección. Se requiere CUIE.	Domicilio	Educación domiciliar sobre eliminación de criaderos de A. Aegypti y reconocimiento de síntomas y medidas de protección personal.	2	Fecha de prestación Registro de educación sobre Dengue en domicilio Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación Usuario HCE (si se registra en HCE) Registro en fuente válida: HC, Ficha médica
Tele-educación	Tele-taller sobre Dengue a equipos de salud	médicos/as-entomólogos/as	Establecimiento de salud	Taller remoto sobre Dengue para equipos de salud Temas sugeridos: a) notificación de caso sospechoso b) control entomológico c) manejo clínico de paciente con Dengue d) evaluación entomológica	4	Fecha de prestación Registro de temática "Dengue" brindada en el taller Registro en fuente válida: o Plataforma Nacional de Telesalud o Sistemas de Registro Provinciales o Planillas adicionales en formato Excel
Notificación	Notificación de Caso Sospechoso de Dengue	Médico/a que asiste al paciente/bioquímico que recibe la muestra y carga al sistema SNVS personal administrativo-médico-bioquímica	1er nivel de atención	Prestación que permite facturar la notificación de caso con sospecha de Dengue. Es importante aclarar que el sistema de salud no sólo notifica la sospecha, sino que están obligados a notificar los médicos, bioquímicos y referentes epidemiológicos locales, provinciales y nacionales que participen del diagnóstico, tratamiento o investigación epidemiológica de casos de dengue. La notificación debe cargarse en el sistema SNVS. Las instancias de notificación de dengue son la detección, la internación o cualquier otro cambio en la condición clínica del paciente. La modalidad de vigilancia y periodicidad de la notificación dependerá del escenario epidemiológico (con o sin circulación viral confirmada). De no haber circulación confirmada, se debe notificar nominalmente de forma inmediata, incluyendo a las solapas Identificación del Ciudadano, Evento, Clínica, Laboratorio, Epidemiología. De haber circulación confirmada, en contexto de brote, se puede realizar nominal o agrupada de forma semanal.	2 a 3 veces por año	Fecha de notificación Carga de notificación de caso sospechoso de Dengue al sistema SNVS Registro en fuente válida: SNVS
Captación	Búsqueda activa de febriles ante Caso Sospechoso de Dengue	APS, técnicos de campo de control de vectores, agentes comunitarios, áreas de promoción y protección	Comunidad	Búsqueda de personas febriles con clínica compatible con Dengue en las viviendas de la manzana del caso sospechoso de Dengue y las ocho manzanas circundantes a ésta. Se factura para el DNI con notificación de caso sospechoso.	2 a 3 veces por año	Fecha de prestación Registro de búsqueda activa de febriles Georeferencia del domicilio del caso sospechoso Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación Sello del profesional que realiza la prestación (si corresponde) Usuario HCE (si se registra en HCE) Registro en fuente válida: HC, Ficha médica, Planilla de registro de actividades



Práctica	Visita domiciliaria al Caso Sospechoso de Dengue para acciones de control vectorial	APS, técnicos de campo de control de vectores, agentes comunitarios, áreas de promoción y protección	Domicilio	Prestación de visita domiciliaria a personas con Notificación de caso sospechoso de Dengue. Implica la inspección minuciosa del interior de la vivienda y eliminación de criaderos y/o potenciales criaderos. Debe realizarse fumigación intra y peri domiciliaria con autorización del usuario, según las directrices para la prevención y control de Aedes Aegypti. Puede facturarse únicamente a DNI que tenga "Notificación de Caso Sospechoso de Dengue" cargada a SNVS. El control focal debe realizarse antes de las 24 – 48 hs de la notificación en el SNVS. Debe reportarse la Georreferencia del domicilio.	2 a 3 veces por año	Fecha de prestación Registro de inspección y eliminación de criaderos y/o potenciales criaderos en la vivienda Registro de Fumigación intra y peri domiciliaria Georreferencia del domicilio Fecha de carga de la "Notificación de Caso Sospechoso de Dengue" a SNVS Firma y aclaración de un habitante de la familia Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación Sello del profesional que realiza la prestación (si corresponde) Usuario HCE (si se registra en HCE) Registro en fuente válida: HC, Ficha médica
Laboratorio	IgG para Dengue	laboratorio	2do nivel de atención	Análisis clínico para dengue en laboratorio diagnóstico. Detección de anticuerpos IgG específicos para virus de dengue en muestra del paciente. Conforme a lo indicado en la Guía para el equipo de salud Nro. 2 (4ta. edición) ISSN 1852-1819 / ISSN 1852-219X (en línea).	1 a 4 veces por año	Fecha de prestación Informe o transcripción de estudio solicitado Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación Sello del profesional que realiza la prestación Usuario HCE (si se registra en HCE) Registro en fuente válida: HC, registros de laboratorio
Laboratorio	IgM para Dengue	laboratorio	2do nivel de atención	Análisis clínico para dengue en laboratorio diagnóstico. Detección de anticuerpos IgM específicos para virus de dengue en muestra del paciente. Conforme a lo indicado en la Guía para el equipo de salud Nro. 2 (4ta. edición) ISSN 1852-1819 / ISSN 1852-219X (en línea).	1 a 4 veces por año	Fecha de prestación Informe o transcripción de estudio solicitado Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación Sello del profesional que realiza la prestación Usuario HCE (si se registra en HCE) Registro en fuente válida: HC, registros de laboratorio
Laboratorio	PCR para Dengue	laboratorio	2do nivel de atención	Análisis clínico para dengue en laboratorio diagnóstico. Detección molecular del genoma viral del virus de dengue por PCR (siglas en inglés de Reacción en Cadena de la Polimerasa) convencional y/o en tiempo real en muestra del paciente. Conforme a lo indicado en la Guía para el equipo de salud Nro. 2 (4ta. edición) ISSN 1852-1819 / ISSN 1852-219X (en línea).	1 a 4 veces por año	Fecha de prestación Informe o transcripción de estudio solicitado Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación Sello del profesional que realiza la prestación Usuario HCE (si se registra en HCE) Registro en fuente válida: HC, registros de laboratorio
Consulta	Consulta en efector para seguimiento de caso sospechoso o confirmado de Dengue	médicos/as	1er nivel de atención	Prestación de seguimiento brindada en el efector a persona con Dengue o sospecha de Dengue. Incluye: Solicitud de estudios serológicos (estos se solicitan si no se encuentran en periodo de brote. En periodo de brote no se hacen y se toma al paciente por nexo epidemiológico) Solicitud de estudios bioquímicos de laboratorio Asignación de turno de seguimiento	3 a 4 consultas por caso	Fecha de prestación Registro del diagnóstico de sospecha o de confirmación de Dengue. Registro de solicitud de estudios serológicos (si corresponde) Registro de solicitud de estudios bioquímicos Indicaciones médicas realizadas Plan de seguimiento Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación Sello del profesional que realiza la prestación (si corresponde) Usuario HCE (si se registra en HCE) Registro en fuente válida: HC, Ficha médica
Teleconsulta	Teleconsulta para seguimiento de caso sospechoso o confirmado de Dengue	médicos/as-enfermeros/as	Establecimiento de salud	Prestación de seguimiento remoto brindada a persona con Dengue o sospecha de Dengue. Se realiza la caracterización del caso en el registro: sospechoso/confirmado/descartado. Se deberá registrar la evolución del paciente y del alta del seguimiento.	3 a 4 consultas por caso	Fecha de prestación Registro del diagnóstico de sospecha o de confirmación de Dengue. Registro de seguimiento de caso. Registro en fuente válida: o Plataforma Nacional de Telesalud o Historia Clínica (papel o electrónica) o Sistemas de Registro Provinciales o Planillas adicionales en formato Excel



ANEXO IV. FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y ALGORITMO CLÍNICO DE DENGUE

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA . PROVINCIA DE SALTA. DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA. 2017/2018

VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL. PLANILLA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

SF

1. DATOS DEL DECLARANTE												
Provincia.....				Departamento.....				Localidad.....				
Establecimiento Notificante.....								Fecha de notificación...../...../.....				
Apellido y nombre del profesional.....								Firma:.....				
Tel:.....				Fax.....				e-mail.....				
2. IDENTIFICACIÓN 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:.....				
Embarazo: SI () NO ()												
F.U.M:...../...../.....				F.P.P:...../...../.....								
Observaciones:.....												
3. DATOS CLÍNICOS												
Fecha de inicio de la fiebre:...../...../.....				Fecha de consulta:...../...../.....				Fecha de toma de muestra:...../...../.....				
T.A:.....mm/Hg.				Pulso:...../min.				F. Respiratoria:...../min				
	si	no	ign		si	no	ign		si	no	ign	
Fiebre > 38				Dolor abdominal				Hepatoesplenomegalia				
Cefalea				Síntomas gastrointestinales				Ictericia				
Mialgias				Inf. Conjuntival/ conjuntivitis				Oligoanuria				
Artralgias				Tos				S. Confusional				
Dolor retro-ocular				Taquipnea				S. Hemorrágico (*)				
Exantema pruriginoso				Debilidad muscular bilateral				Ausencia de ROT				
Microcefalia y/u otras anomalías congénitas				Embarazada asintomática				Sínd. Guillain Barre				
4. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS												
Ocupación:.....Lugar de trabajo: Urbana (), periurbana (), rural (), silvestre ()												
Viajó durante los últimos 45 días?: SI () NO () Fecha:...../...../..... Destino:.....												
ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN (confirmar con carnet)												
Antiamarilica SI () NO () ign () Última fecha de vacunación:...../...../.....												
5. DIRECCIÓN DE BLOQUEO												
Domicilio completo:.....												
6. SOSPECHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA												
Calificar por número de orden. Paludismo () Dengue () Zika () Chikungunya () Leptospirosis () FHA () Hantavirus () Rickettsiosis () Virus del Oeste del Nilo () Encefalitis de San Luis () Otros.....												
7. EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL CASO												
Hospitalizado: SI () NO () ign ()				Fecha de hospitalización:...../...../.....								
Condición al alta:.....				Fecha de alta:...../...../.....								
				Fecha de defunción:...../...../.....								
Diagnóstico final:.....				Fecha:...../...../.....								



ALGORITMO CLÍNICO DENGUE (2025)



CASO SOSPECHOSO EN POBLACIÓN GENERAL*

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/vómitos; exantema/sarpullido; cefalea/dolor retroocular; mialgia/artralgia; petequias o prueba de torniquete positiva (+); leucopenia (con o sin ningún signo de alarma o manifestación de gravedad).

- PONDERAR:**
- ¿En qué fase del dengue se encuentra? (Febril/crítica/recuperación).
 - ¿Tiene signos de alarma?
 - ¿Cuál es el estado hemodinámico y de hidratación?
 - ¿Está en choque?
 - ¿Tiene enfermedad o condición asociadas o riesgo social?
 - ¿Requiere hospitalización?

"CHECK LIST" para control clínico

- 1) Nivel de conciencia.
- 2) Frecuencia cardíaca.
- 3) Frecuencia respiratoria.
- 4) Presión arterial.
- 5) Presión y característica pulso periférico.
- 6) Llenado capilar.

SIGNOS DE ALARMA

- **Dolor abdominal:** intenso y sostenido o dolor a la palpación.
- **Trastorno del sensorio:** irritabilidad o somnolencia.
- **Sangrado de mucosas:** gingivorragia o epistaxis persistentes, sangrado vaginal no asociado a la menstruación o sangrado menstrual mayor de lo habitual y hematuria.
- **Acumulación de líquidos:** por clínica y/o por estudios.
- **Hepatomegalia:** de instalación brusca.
- **Vómitos:** persistentes (tres o más en una hora o cuatro en seis horas).
- **Aumento progresivo del hematocrito:** en al menos dos mediciones consecutivas.

ATENCIÓN: un único signo es indicativo de una mala evolución.

COMORBILIDADES O CONDICIONES ASOCIADAS

- Embarazo.
- ≤ 1 año.
- ≥ 65 años.
- Enfermedad Renal.
- Obesidad mórbida.
- Diabetes.
- Enfermedades hemolíticas.
- Hepatopatía crónica.
- Enfermedad úlcero péptica o gastritis de cualquier etiología.
- En tratamiento con anticoagulantes.
- Presentan riesgo social.

CRITERIOS PARA EVALUAR HOSPITALIZACIÓN

- Dengue con presencia de uno o más signos de alarma.
- Dengue con presencia de algún signo de gravedad (choque, dificultad respiratoria, sangrado grave o compromiso de órganos).
- Intolerancia a la vía oral.
- Dificultad respiratoria.
- Acortamiento de la presión de pulso.
- Hipotensión arterial.
- Insuficiencia renal aguda.
- Aumento del tiempo de llenado capilar.
- Embarazo.*
- Coagulopatía.
- Menores de 6 meses.
- Evaluar situación social.

*En el caso de embarazadas que no posean otro factor de riesgo adicional y especialmente en escenarios de brote o saturación del sistema de salud, evaluar un control ambulatorio en aquellas gestantes candidatas a un control diario.

CLASIFICAR

GRUPO A

Dengue sin signos de alarma (DSSA). Persona que cumple criterios de caso sospechoso o confirmado de dengue.

GRUPO B1

Dengue sin signos de alarma (DSSA). Persona que cumple criterios de caso sospechoso o confirmado de dengue y tenga alguna **comorbilidad o condición asociada**.

GRUPO B2

Dengue con signos de alarma (DCSA). Persona que cumple criterios de caso sospechoso o confirmado de dengue y tenga al menos un signo de alarma.

GRUPO C

Dengue grave (DG). Persona que cumple criterios de caso sospechoso o confirmado de dengue y tenga al menos un signo de gravedad.

Escaneá el código
para acceder a los
algoritmos de
tratamiento según
clasificación de
casos



