



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO



Gobernador

Dr. Gustavo Sáenz

Ministro de Salud

Dr. Federico Alejandro Javier Mangione

Director General de Coordinación Epidemiológica

Dr. Francisco Manuel García Campos

Staff de la DGCE

PROGRAMA SALA DE SITUACIÓN

Rocío Corrales
Facundo Risso
Liliana Estrada
Julio Agüero

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Vanina Galván
María Valdez
Horacio Kalriar
Maximiliano Biberos

PROGRAMA DE ZONOSIS

Nicolás Ruiz de Huidobro
José Serrat

PROGRAMA EDIS

Emilce Tapia

PROGRAMA DE VIGILANCIA POR REDES DE LABORATORIO

Ruth Juárez
Nilsa Coronado
Luis Guaymas

PROGRAMA DE VIGILANCIA DE ETV Y OR

Sonia Guanca
Roque Vélez
Jairo Martínez
Paulo Maldonado

PROGRAMA BROMATOLOGÍA

Marta Chuchuy
Belén Carrión
Jorge Escalante
Roberto Pérez
Natalia Pastrana
Alejandra Choque
Andrea Escalante
Marcelo Madariaga
Marcelo Chocobar
Gustavo Talevi
Verónica Casarez
Laura Beltrán
Nora Gutiérrez

PROGRAMA IACS

Paula Herrera

RESIDENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA

María de la Cruz Plaza
Stella Pérez Arana
Cynthia Villagómez
Paula Di Filippo
Mariel Flores
Natalí Medina
Patricia Espejo
Noelia Olea
Daniela Burgos
Belén Miranda

LABORATORIO DE ENFERMEDADES TROPICALES

Manuela Bono
Agostina Bruno
Carolina Herrero
María Barbagallo
Andrés Escalada
Viviana Álvarez

ADMINISTRACIÓN

Lorena Isaac
Belén Montenegro
Hugo Mendoza

Imagen de tapa: Personal de la Dirección General de Coordinación Epidemiológica y el Programa de Inmunizaciones en curso de manejo de brote dictado por la OPS en la provincia de Salta.



DIRECCIÓN GENERAL
DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Ministerio de
Salud Pública



SALTA
GOBIERNO

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	2
VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS.....	3
Dengue.....	4
VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.....	8
Vigilancia clínica.....	9
Enfermedad Tipo Influenza(ETI).....	9
Bronquiolitis.....	11
Neumonía.....	12
IRA.....	13
Vigilancia por laboratorios.....	14
Covid-19.....	15
Internados por IRAG.....	18
VIGILANCIA DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS.....	19
Enfermedades prevenibles por vacunas.....	20
EFE.....	20
Meningitis/Meningoencefalitis.....	21
VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS, AGUA O RUTA FECAL ORAL	22
Enfermedades transmitidas por alimentos.....	23
Fiebre tifoidea y paratifoidea.....	23
Enfermedades diarreicas agudas.....	25
VIGILANCIA DE ENFERMEDADES ZOOTICAS HUMANAS.....	26
Enfermedades zoonoticas humanas.....	27
VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DE INTERÉS SANITARIO.....	29
Enfermedades dermatológicas.....	30
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.....	31
COMUNICACIÓN EPIDEMIOLOGICA.....	32
HEPATITIS A.....	32
Recolección de muestras clínicas para diagnóstico de infecciones respiratorias de origen viral.....	39
2a edición del curso "Sistema Nacional de Vigilancia de Salud SNVS 2.0".....	40
Tratamiento para Influenza: Oseltamivir.....	40
Diagnóstico y manejo clínico del dengue.....	41
Manual de normas y procedimientos de vigilancia.....	41
NÓMINA DE VIGILANTES EPIDEMIOLOGICOS.....	42

INTRODUCCIÓN

El Boletín Epidemiológico de la Provincia de Salta es confeccionado por el programa Sala de Situación, dependiente de la Dirección General de Coordinación Epidemiológica de la Provincia de Salta.

El contenido de este documento es el resultado de la consolidación de datos recolectados y trabajados por los diferentes programas que conforman la estructura organizacional de esta dirección y de los 53 vigilantes responsables de las áreas operativas y hospitales del sistema de salud provincial. La fuente de donde se extrae la información es el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

La información presentada a continuación se sustenta en la notificación regular y oportuna de los diferentes efectores, la cual es importante para la Vigilancia de la Salud, la toma de decisiones, el control y la prevención de los eventos de notificación obligatoria.

Agradecemos a todas las personas usuarios del SNVS: Vigilantes Epidemiológicos, bioquímicos, médicos, enfermeros y otros, que de manera sistemática aportan los datos y la información necesaria para la elaboración de este Boletín.

Para consultas o sugerencias comunicarse vía mail a saladesituacion.dgce@gmail.com

***ACLARACIÓN:** Las cifras volcadas en las tablas y gráficos de este boletín, rectifican los valores expresados en los boletines anteriores, debido a la actualización constante de carga en el Sistema Nacional de Vigilancia de Salud de la Argentina (SNVS 2.0), sitio del que se extrae TODA la información publicada.

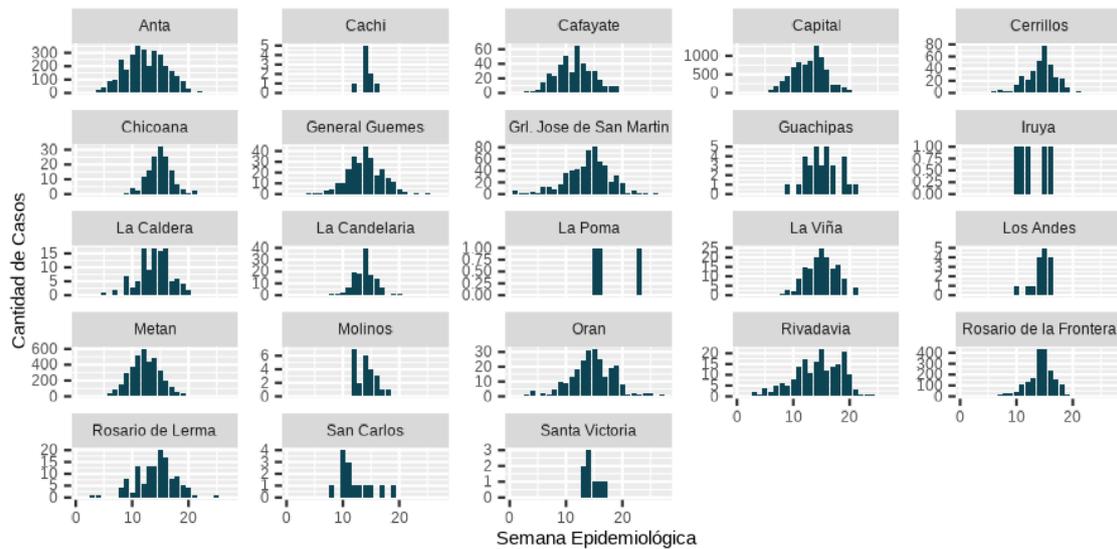


VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS

Dengue

Entre las SE 1/2024 a 32/2024 en curso, período comprendido entre 01 de enero hasta el 10 de agosto de 2024, se han confirmados 26.016 casos de Dengue, de los cuales 155 casos son importados, 25.508 autóctonos y 357 se encuentran en investigación. Los serotipos circulantes son DEN 1 y DEN 2. La tasa de incidencia acumulada para el periodo analizado es de 1.805 casos/100.000 habitantes. Para el mismo periodo se presentaron 33 fallecidos (tasa de letalidad de 1,3 fallecidos/1.000 casos).

GRÁFICO 1. DENGUE. CASOS CONFIRMADOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA SEGÚN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. PROVINCIA DE SALTA. SE 1/2024 A 32/2024. AÑO 2024.



Fuente: Elaboración propia del Prog. De Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

En el gráfico 1 podemos observar la curva de brote de dengue por cada uno de los departamentos de la provincia de Salta, el inicio del mismo en cada jurisdicción, la semana epidemiológica en el que los casos llegaron a su pico máximo y el progreso de la curva hasta la SE 32/24.

El análisis de la Tasa de Incidencia de casos por cada 100.000 habitantes arroja la siguiente información:

- La Tasa de incidencia a nivel provincial es 1805 casos/100.000 habitantes.
- Los Departamentos Metán, Rosario de la Frontera, Anta, Cafayate y Capital tienen una Tasa de Incidencia mayor que la provincial.

TABLA 1. CASOS CONFIRMADOS DE DENGUE POR LABORATORIO Y NEXO EPIDEMIOLÓGICO SEGÚN DEPARTAMENTO DESDE SE 1/2024 HASTA SE 32/2024. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2024.

	Autóctono	Importado	Total Confirmados	Incidencia X 100.000 hab
Anta	2955	8	2968	4229,7
Cachi	0	8	9	100,6
Cafayate	397	3	400	2243,5
Capital	14342	35	14640	2332,3
Cerrillos	332	4	353	630,9
Chicoana	139	1	141	570,2
General Güemes	260	2	264	470,0
General San Martín	523	11	543	305,1
Guachipas	29	2	33	945,3
Iruya	0	4	10	163,5
La Caldera	105	1	118	959,4
La Candelaria	107	8	117	1623,9
La Poma	0	3	3	167,7
La Viña	149	1	152	1707,9
Los Andes	0	16	23	320,3
Metán	3725	8	3733	7737,6
Molinos	12	10	27	463,9
Orán	201	10	218	135,7
Rivadavia	170	5	179	469,7
Rosario de la Frontera	1936	1	1939	5735,2
Rosario de Lerma	114	5	125	245,0
San Carlos	12	1	14	179,5
Santa Victoria	0	8	10	106,2
Total provincial	25508	155	26019	1805,2

Fuente: Elaboración propia del Programa E.T.V. y O.R. de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

TABLA 2. DEFUNCIONES ASOCIADAS AL EVENTO DENGUE. DISTRIBUIDAS POR GRUPOS DE EDADES Y POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. TASA DE LETALIDAD POR CADA 1000 CASOS NOTIFICADOS. DESDE SE 1 AL SE 32 - AÑO 2024. PROVINCIA DE SALTA.

DEPARTAMENTO	Defunciones vinculadas al evento dengue					Total	Tasa de letalidad por 1000 casos
	0 - 9 años	10 -19 años	20 - 49 años	50 - 69 años	70 y más años		
Anta	0	0	2	0	0	2	0,7
Cachi	0	0	0	0	0	0	0,0
Cafayate	0	0	1	0	0	1	2,5
Capital	1	0	7	4	2	14	1,0
Cerrillos	0	0	1	0	0	1	2,8
Chicoana	0	0	1	0	0	1	7,1
General Güemes	1	0	2	0	1	4	15,2
General José de San Martín	0	0	0	0	1	1	1,8
Guachipas	0	0	0	0	0	0	0,0
Iruya	0	0	0	0	0	0	0,0
La Caldera	0	0	0	0	0	0	0,0
La Candelaria	0	0	0	0	0	0	0,0
La Poma	0	0	0	0	0	0	0,0
La Viña	0	0	0	0	0	0	0,0
Los Andes	0	0	0	0	0	0	0,0
Metán	0	0	2	0	3	5	1,3
Molinos	0	0	0	0	0	0	0,0
Orán	1	0	0	0	0	1	4,6
Rivadavia	0	0	0	0	0	0	0,0
Rosario de la Frontera	0	0	0	1	2	3	1,5
Rosario de Lerma	0	0	0	0	0	0	0,0
San Carlos	0	0	0	0	0	0	0,0
Santa Victoria	0	0	0	0	0	0	0,0
Total	3	0	16	5	9	33	1,3

Fuente: Elaboración propia de la D.G.C.E. en base a información proveniente de la guardia de epidemiología y del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Las muestras derivadas hasta SE 32 para subtipificación de serotipo de Dengue, arrojaron los siguientes resultados:

TABLA 3. SEROTIPOS DE VIRUS DENGUE CIRULANTES POR DEPARTAMENTO HASTA SE 32/2024. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2024.

DEPARTAMENTOS	SEROTIPOS (2024)			
	DEN 1	DEN2	DEN 3	DEN4
Anta				
Cafayate				
Capital				
Cerrillos				
Chicoana				
General Güemes				
General José de San Martín				
Guachipas				
Metán				
Iruya				
Molinos				
La Caldera				
La Viña				
Oran				
La Candelaria				
Rivadavia				
Rosario de la Frontera				
Rosario de Lerma				
San Carlos				
Santa Victoria				

SEROTIPO DETECTADO =

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).



VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) constituyen una importante causa de morbimortalidad, fundamentalmente entre los niños menores de cinco años, las personas mayores de 65 años y aquellas que presentan ciertas condiciones que aumentan el riesgo para desarrollar complicaciones que pueden derivar en formas graves.

La vigilancia epidemiológica de las IRAs resulta esencial para detectar precozmente el ascenso estacional del número de casos en cualquier época del año y lugar del país, o la ocurrencia de eventos inusitados; la identificación de los grupos poblacionales afectados; y la frecuencia, distribución y características de los agentes etiológicos involucrados. Dicha información permite direccionar las acciones de promoción, prevención y control, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios de atención en particular, y del sector salud en su conjunto.

Los eventos bajo vigilancia universal de IRAs se agrupan bajo tres modalidades:

- Vigilancia Clínica – Modalidad agregada/numérica
- Vigilancia por Laboratorios – Modalidad agregada/numérica
- Vigilancia Nominal de Casos (Clínica, laboratorio, epidemiología)

Vigilancia clínica

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. SE 1-32. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2024

Evento	Cantidad
Bronquiolitis menores de 2 años	5861
Neumonía	5278
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	19295

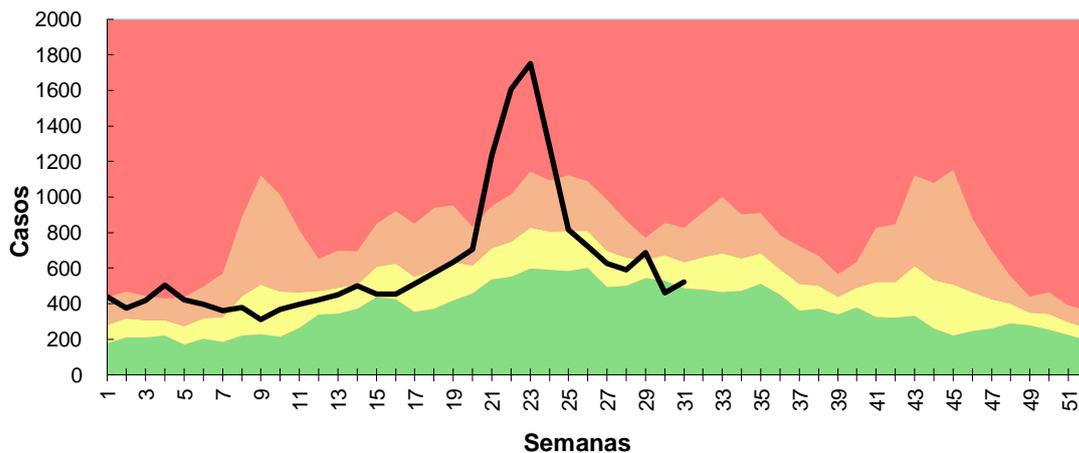
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Enfermedad Tipo Influenza(ETI)

CASOS SEMANA 31/2024
521

Podemos observar un ascenso en los casos de ETI con respecto a la semana anterior, ingresando el corredor en zona de seguridad.

GRÁFICO 2. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI) - AÑOS: 2017 A 2023. SE 01-31 DE 2024. PROVINCIA DE SALTA.



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI) DIAGNOSTICADOS POR CRITERIO CLÍNICO SEGÚN DEPARTAMENTO. SE 1 A 32. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2024

Departamentos	Total general
Anta	357
Cachi	516
Cafayate	363
Capital	3722
Cerrillos	80
Chicoana	646
General Güemes	298
General José de San Martín	1143
Guachipas	51
Iruya	6
La Caldera	26
La Candelaria	1135
La Poma	0
La Viña	22
Los Andes	1132
Metán	1869
Molinos	6
Orán	4027
Rivadavia	3531
Rosario de la Frontera	132
Rosario de Lerma	80
San Carlos	9
Santa Victoria	144
Total general	19295

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes de la vigilancia nominal de casos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En relación a la edad, los grupos de edad más afectados son de 5 a 9 años, seguido de 25 a 34 y de 10 a 14 años respectivamente (tabla 6).

TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ETI POR GRUPO DE EDADES. SE 1-32. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2024.

Grupo de Edad	Casos	Proporción
< 6 meses	411	2.1
6 - 11 meses	370	1.9
12 a 23 meses	805	4.2
2 a 4 años	1732	9.0
5 a 9 años	2813	14.6
10 a 14 años	2169	11.2
15 a 19 años	1674	8.7
20 a 24 años	1457	7.6
25 a 34 años	2267	11.7
35 a 44 años	1815	9.4
45 a 64 años	2085	10.8
65 a 74 años	612	3.2
>= 75 años	374	1.9
Edad sin especificar	711	3.7
Total general	19295	100

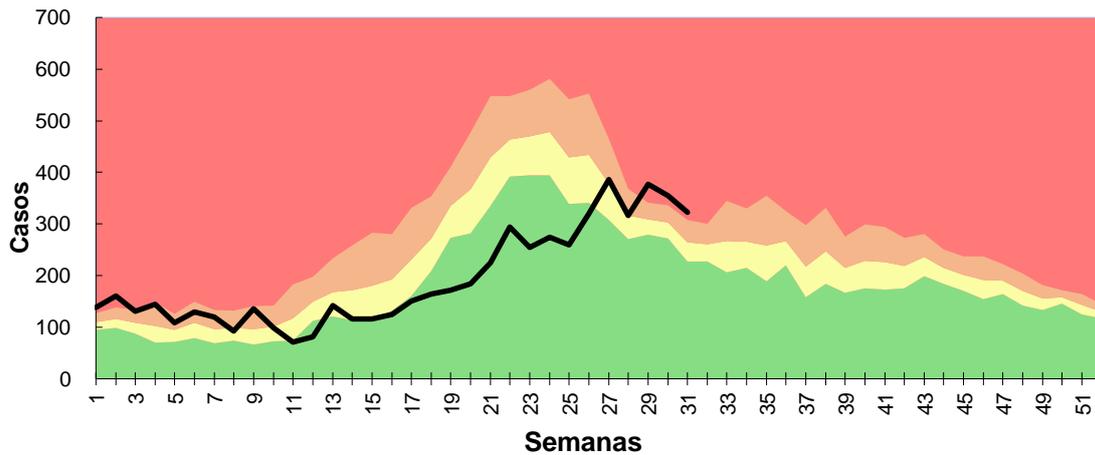
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes de la vigilancia nominal de casos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Bronquiolitis

CASOS SEMANA 31/2024
323

Si bien observamos un leve descenso en las notificaciones de bronquiolitis respecto a la semana anterior, el correspondiente corredor endémico continúa en zona de brote.

GRÁFICO 3. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS
AÑOS: 2017 A 2023. SE 01-31 DE 2024. PROVINCIA DE SALTA.



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Las bronquiolitis en menores de 2 años, el grupo más afectado es el de 12 a 23 meses de edad (ver tabla 7).

TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS POR GRUPO ETARIO. SE 1-32. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2024

Evento: Bronquiolitis	Casos	%
Menores de 6 meses	1672	29
De 6 a 11 meses	1927	33
De 12 a 23 meses	2203	38
Edad sin especificar	59	1
Total de Casos notificados	5861	100

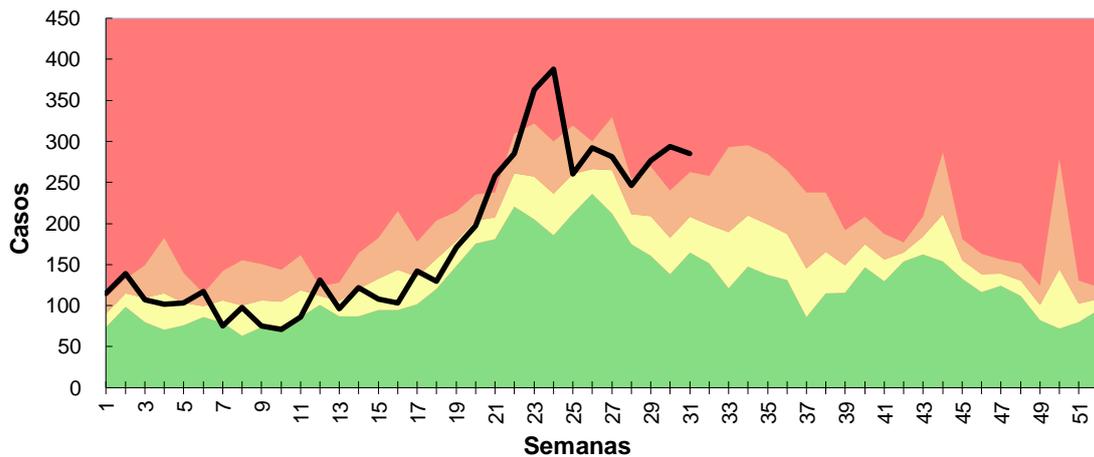
Fuente: Elaboración propia del Prog. De Vigilancia Epidemiológica de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Neumonía

CASOS SEMANA 31/2024
285

En SE 31, se observa un leve descenso en las notificaciones de neumonía, sin embargo, el corredor endémico permanece en zona de brote.

GRÁFICO 4. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE NEUMONIA AÑOS: 2017 A 2023. SE 01-31 DE 2024. PROVINCIA DE SALTA.



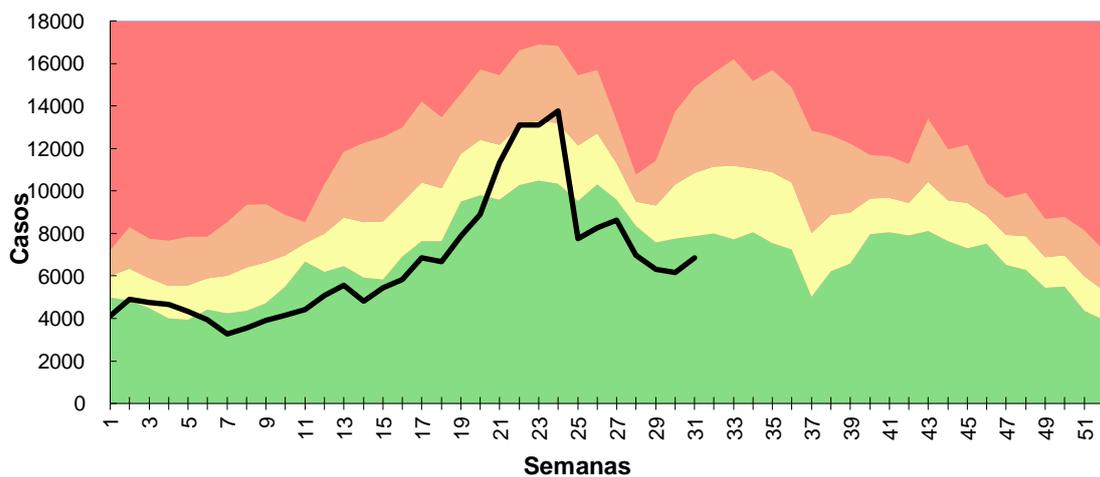
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

IRA

CASOS SEMANA 31/2024
6848

Las notificaciones de IRA registraron un leve ascenso, permaneciendo el corredor endémico en la zona de éxito.

GRÁFICO 5. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE IRA AÑOS: 2017 A 2023. SE 01-31 DE 2024. PROVINCIA DE SALTA.



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

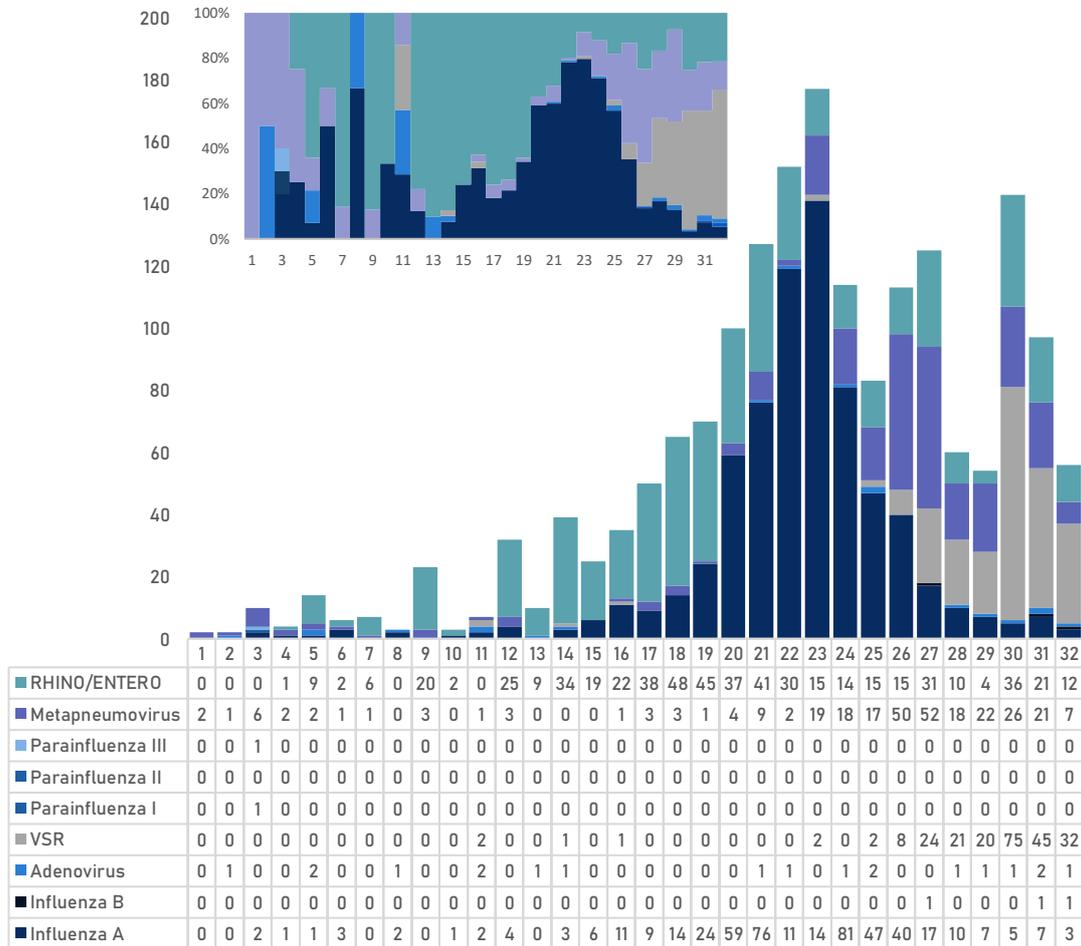
Vigilancia por laboratorios

TABLA 8: FRECUENCIA ACUMULADA DE DETERMINACIONES POSITIVAS POR LABORATORIO DE VIRUS RESPIRATORIOS. SE 1 A 32. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2024.

Metapneumovirus	Influenza A	Influenza B	RHINO/ENTERO	VSR
295	695	3	561	233
Parainfluenza I	Parainfluenza II	Parainfluenza III	Adenovirus	
1	0	1	19	

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ref. VSR (Virus sindical respiratorio). OVR (otros virus respiratorios).

GRÁFICO 6. FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA PORCENTUAL DE VIRUS INFLUENZA Y OVR. PROVINCIA DE SALTA. HASTA SE 32. AÑO 2024.



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ref. VSR (Virus sindical respiratorio). OVR (otros virus respiratorios).

TABLA 9: FRECUENCIA ACUMULADA DE DETERMINACIONES POSITIVAS POR LABORATORIO DE VIRUS RESPIRATORIOS. SE 1 A 31. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2024.

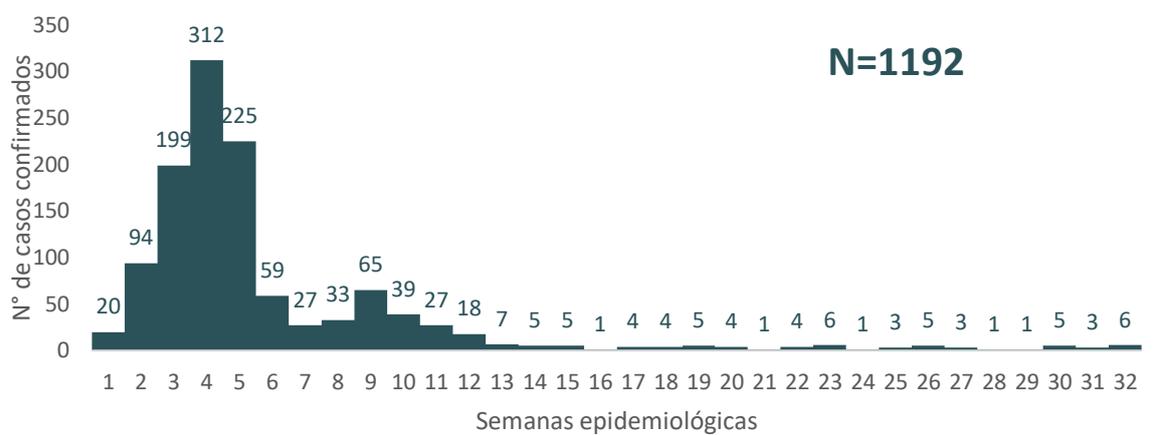
Grupo de Edad	Influenza A	Influenza B	Adenovirus	VSR	Parainfluenza I	Parainfluenza II	Parainfluenza III	Metapneumovirus	Rhino/Enterovirus
Neonato (hasta 28 días)	1	0	0	1	0	0	0	0	5
Posneonato (29 hasta 365 días)	37	1	2	78	0	0	1	69	86
13 a 24 meses	25	0	4	38	0	0	0	37	62
2 a 4 años	52	0	5	42	0	0	0	86	134
5 a 9 años	105	0	1	26	0	0	0	55	187
10 a 14 años	72	0	1	7	0	0	0	15	66
15 a 19 años	42	0	0	1	0	0	0	4	8
20 a 24 años	44	0	1	1	0	0	0	2	4
25 a 34 años	81	0	2	10	0	0	0	4	2
De 35 a 44 años	60	0	0	4	0	0	0	6	6
De 45 a 65 años	101	2	0	12	1	0	0	12	1
Mayores de 65 años	75	0	3	13	0	0	0	5	0
Total	695	3	19	233	1	0	1	295	561

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ref. VSR (Virus sindical respiratorio). OVR (otros virus respiratorios).

Covid-19

El actual contexto epidemiológico caracterizado por una menor gravedad y letalidad de los casos de COVID-19 y la circulación de influenza y otros virus respiratorios, refuerza la necesidad de mantener una vigilancia fortalecida que integra los componentes epidemiológicos, clínico y laboratorial, incluyendo la vigilancia genómica, compuesta por diferentes estrategias que responde a diferentes preguntas que deben ser respondidas de forma permanente.

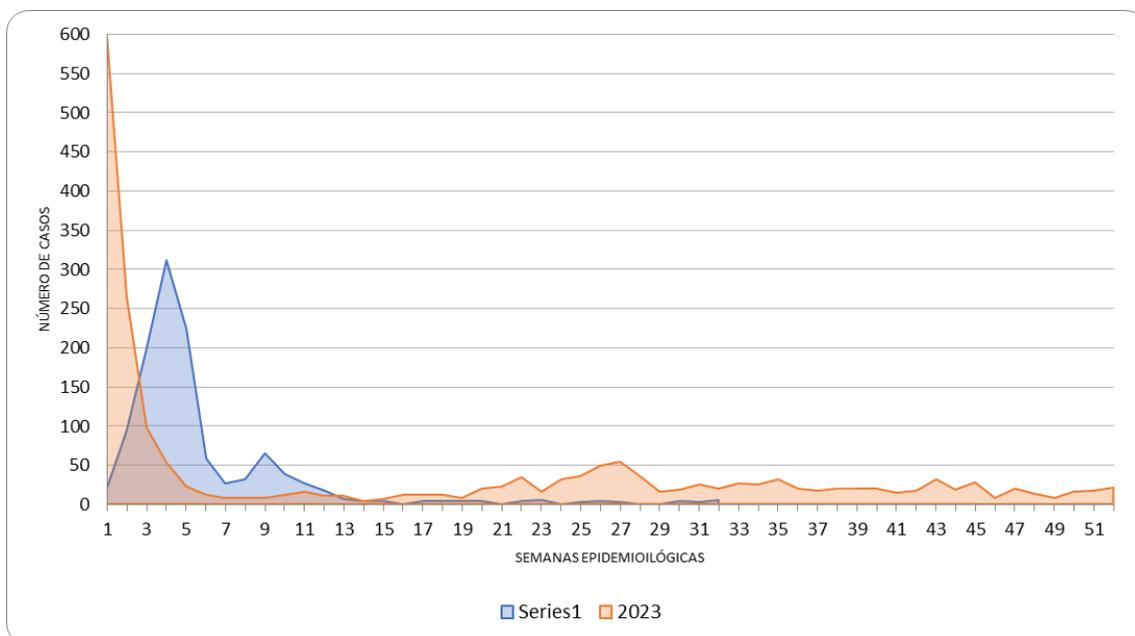
GRÁFICO 7. CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 HASTA SE 32/2024. AÑO 2024. PROVINCIA DE SALTA



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes de la vigilancia nominal de casos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Si bien el número de casos confirmados de COVID-19 por semana epidemiológica durante el año 2023 y las primeras semanas de 2024 es menor en comparación con años previos, se observó un ascenso pronunciado desde la SE01/24 hasta la SE04/24, con tendencia descendente durante las siguientes semanas. Durante la SE09 se observa nuevamente un pico de casos, aunque de menor magnitud que el de inicio de año.

GRÁFICO N° 8. CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. COMPARACIÓN AÑOS 2023 Y 2024 HASTA SE 32. PROVINCIA DE SALTA



Fuente: Elaboración propia del Prog. De Vigilancia Epidemiológica de la D.G.C.E. en base a información proveniente de la vigilancia nominal de casos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

TABLA 10. CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 ACUMULADOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA HASTA SE 32/2024. AÑO 2024. PROVINCIA DE SALTA

Departamentos	Total general	INCIDENCIA
Anta	39	55,6
Cachi	4	44,7
Cafayate	8	44,9
Capital	628	100,0
Cerrillos	41	73,3
Chicoana	21	84,9
General Güemes	54	96,1
Gral. José de San Martín	44	24,7
Guachipas	7	200,5
Iruya	3	49,0
La Caldera	36	292,7
La Candelaria	18	249,8
La Poma	1	55,9
La Viña	22	247,2
Los Andes	4	55,7
Metán	13	26,9
Molinos	32	549,8
Orán	90	56,0
Rivadavia	15	39,4
Rosario de la Frontera	46	136,1
Rosario de Lerma	54	105,8
San Carlos	3	38,5
Santa Victoria	9	95,6
Total general	1192	82,7

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes de la vigilancia nominal de casos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

La vigilancia centinela se realiza en establecimientos seleccionados, implica actividades metodológicas e información diferente a la que se recolecta en la vigilancia universal, y está compuesta por un componente nominal y uno numérico.

Bajo este concepto, en la provincia de Salta continúa la vigilancia a través de una Unidad de monitoreo ambulatorio de SARS-CoV-2, influenza y OVR (UMA) ubicada en la localidad Capital y dependiente del Hospital Señor del Milagro.

TABLA 11. PORCENTAJE DE POSITIVIDAD DE SARS CoV-2 EN LA UMA. PROVINCIA DE SALTA S.E. 30/2024 a 32/2024.

SE	Total de Muestras	Muestras positivas para COVID-19	% de positividad
30	7	0	0
31	4	1	25
32	10	1	10

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes de la vigilancia nominal de casos de evento UMA del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Internados por IRAG

En la SE 32, se notificaron 106 casos de internados con clínica compatible con infección respiratoria aguda. Del total, 4 requirieron cuidados intensivos.

En relación a la edad, los grupos etarios más afectados son de 5 a 9 años, seguido de mayores de 65 años.

TABLA 12: NOTIFICACIONES DE INTERNADOS POR SOSPECHA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA ACUMULADO SEGÚN DEPARTAMENTO. SE 32 Y ACUMULADOS. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2024

Departamento	SE 32	%	ACUMULADOS
Anta	5	4,72	167
Cachi	0	0,00	15
Cafayate	1	0,94	59
Capital	42	39,62	2163
Cerrillos	9	8,49	222
Chicoana	1	0,94	77
General Güemes	9	8,49	226
Gral. José de San Martín	10	9,43	285
Guachipas	0	0,00	12
Iruya	0	0,00	6
La Caldera	0	0,00	34
La Candelaria	0	0,00	17
La Poma	0	0,00	1
La Viña	0	0,00	21
Los Andes	0	0,00	7
Metán	5	4,72	90
Molinos	1	0,94	11
Orán	5	4,72	322
Rivadavia	4	3,77	81
Rosario de la Frontera	6	5,66	183
Rosario de Lerma	5	4,72	147
San Carlos	1	0,94	14
Santa Victoria	2	1,89	15
Total general	106	100	4175

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes de la vigilancia nominal de casos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).



VIGILANCIA DE
ENFERMEDADES
PREVENIBLES
POR VACUNAS

Enfermedades prevenibles por vacunas

En el marco de la Ley de Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación N° 27.491, se declara de interés nacional la investigación, vigilancia epidemiológica, toma de decisiones basadas en la evidencia, adquisición, almacenamiento, distribución, provisión de vacunas.

La mencionada Ley entiende a la vacunación como una estrategia de salud pública, que permite la detección, notificación, investigación y documentación de todo caso sospechoso de enfermedad prevenible por vacunación, que se presente en cualquier nivel de la red de servicios públicos y privados, para la ejecución de medidas de prevención y control.

TABLA 13. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS. SE 32/2024. PROVINCIA DE SALTA.

E.N.O.	Casos S.E. 32	Acumulados 2024
Difteria	0	0
Coqueluche	5	35
Caso confirmado de Sarampión	0	1
Meningoencefalitis	1	42
PAF	0	0
Parotiditis	0	24
Varicela	3	190

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

EFE

TABLA 14. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS SOSPECHOSOS DE EFE. SE 32/2024. PROVINCIA DE SALTA

E.N.O.	CASOS SOSPECHOSOS S.E. 32	Total Notificados con sospecha año 2024
Enfermedad Febril Exantemática (EFE)	2	74

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Meningitis/Meningoencefalitis

La meningitis/meningoencefalitis es una enfermedad del sistema nervioso central (SNC) que consiste en la inflamación de las meninges (aracnoides y piamadre) sin o con (respectivamente) compromiso de sus estructuras adyacentes, como el encéfalo. Esta inflamación meníngea puede obedecer tanto a causas infecciosas como no infecciosas (lesiones traumáticas, cáncer, ciertos medicamentos y las hemorragias).

Las etiologías bacterianas y virales son las más frecuentes tanto en individuos sanos como en poblaciones de riesgo y las más importantes desde la perspectiva de salud pública, no sólo por la magnitud de casos ocurridos anualmente, sino también por su potencial para producir brotes.

TABLA 14. CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITIS SEGÚN CLASIFICACIÓN Y ETIOLOGÍA. SE 1 A SE 32. AÑO 2024. PROVINCIA DE SALTA. (N=42)

Clasificación	Casos SE 1 - 32
Caso confirmado de meningoencefalitis viral sin especificar agente	2
Caso confirmado de Encefalitis por herpes simple	2
Caso confirmado de meningitis fúngica	7
Caso confirmado de meningitis parasitaria	1
Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana - otros agentes	2
Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana - sin especificar agente	2
Caso confirmado de meningoencefalitis por Haemophilus influenzae	1
Caso confirmado de meningoencefalitis por Streptococcus pneumoniae	4
Caso confirmado de meningoencefalitis viral - enterovirus	7
Meningitis tuberculosa (notificar al evento TBC)	1
Meningoencefalitis secundaria	7
Meningoencefalitis sin especificar etiología	7
Total	42

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).



VIGILANCIA DE
ENFERMEDADES
TRANSMITIDAS
POR ALIMENTOS,
AGUA O RUTA
FECAL ORAL

Enfermedades transmitidas por alimentos

La vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos (VETA) comprende las acciones de recolección sistemática de la información pertinente, producto de la notificación o investigación, consolidación, evaluación e interpretación de los datos, las cuales posibiliten conocer la conducta o historia natural de las enfermedades y detectar o prever cambios que puedan ocurrir debido a alteraciones en los factores condicionantes o determinantes, con el fin de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, las medidas indicadas y eficientes para su prevención y control.

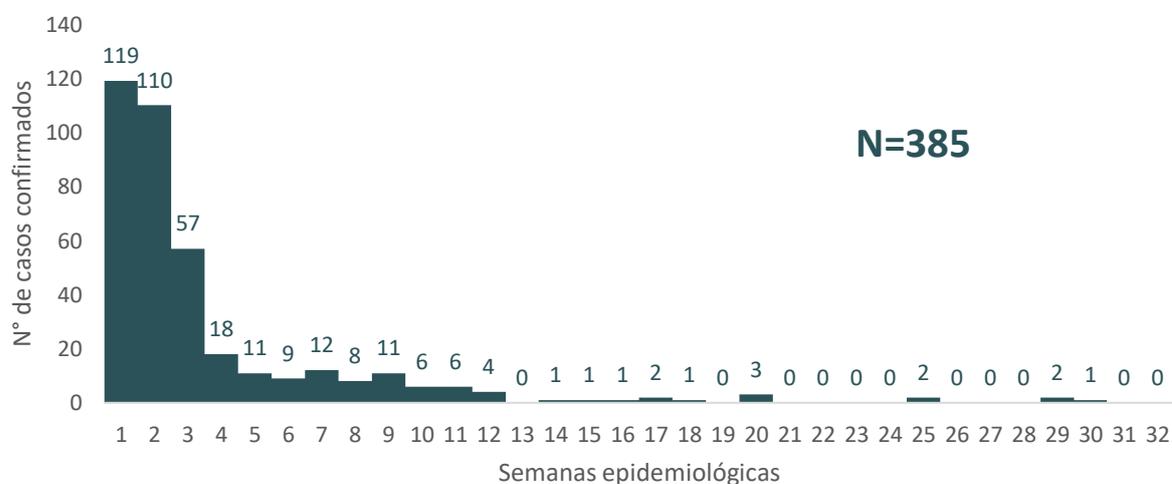
TABLA 15. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDA POR ALIMENTOS, AGUA O RUTA FECAL-ORAL. S.E 32/2024. PROVINCIA DE SALTA.

E.N.O.	Casos S.E. 32	Acumulados 2024
Botulismo del lactante	0	0
Botulismo	0	0
Síndrome Urémico Hemolítico	0	2
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	385
Brote asociado a Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA)	0	3

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Fiebre tifoidea y paratifoidea

GRÁFICO 9. CASOS CONFIRMADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA SEGÚN S.E. HASTA S.E. 32/2024. AÑO 2024. PROVINCIA DE SALTA.



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

TABLA 16. CASOS CONFIRMADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA ACUMULADOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA HASTA S.E. 32/2024. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2024.

Departamentos	Acumulado 2024
Anta	1
Cachi	1
Cafayate	4
Capital	299
Cerrillos	17
Chicoana	2
General Güemes	3
General José de San Martín	3
Guachipas	1
Iruya	0
La Caldera	5
La Candelaria	0
La Poma	0
La Viña	4
Los Andes	2
Metán	1
Molinos	0
Orán	3
Rivadavia	0
Rosario de la Frontera	0
Rosario de Lerma	22
San Carlos	0
Santa Victoria	1
Total general	369

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

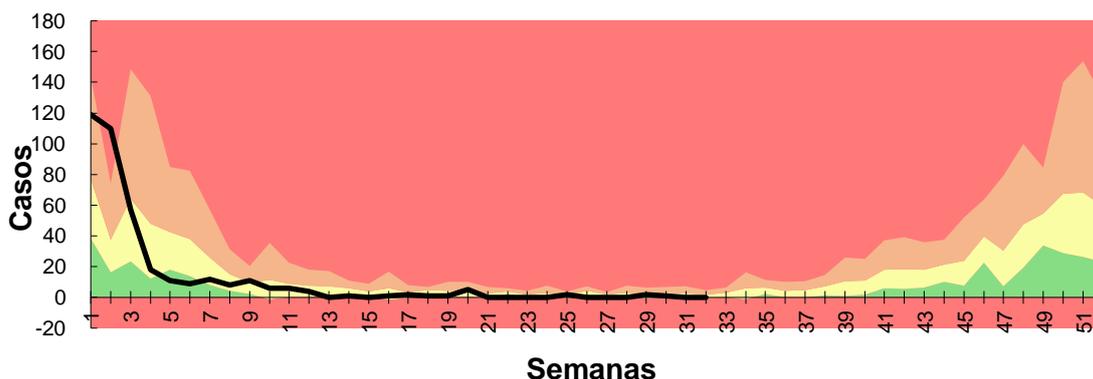
TABLA 17. CASOS CONFIRMADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA ACUMULADOS HASTA S.E. 32/2024 Y POR RESIDENCIA EN OTRAS PROVINCIAS. AÑO 2024.

Residencia	Acumulados 2024
Otras provincias	16

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Se elaboró el corredor endémico de Salmonella para la provincia de Salta. Podemos observar que, para la primera semana epidemiológica del año, la incidencia se encontraba en zona de alerta y se mantuvo en descenso hasta la SE 05 donde se mantuvo en área de éxito hasta la SE 32/24.

GRÁFICO 10. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA
AÑOS: 2017 A 2023. SE 01-32 DE 2024. PROVINCIA DE SALTA.



Fuente: Elaboración propia del Programa de Sala de Situación con datos de vigilancia nominal provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

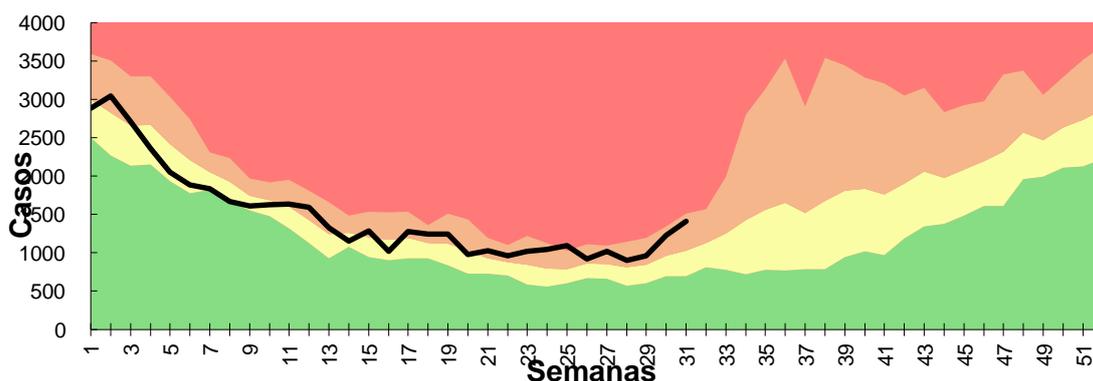
Enfermedades diarreicas agudas

CASOS SEMANALES 31/24
1413

CASOS ACUMULADOS 2024
46034

Se evidencia un aumento sostenido de casos notificados durante SE 29 Y 30 al analizar el corredor endémico de enfermedades diarreicas agudas, permaneciendo el mismo en zona de alerta.

GRÁFICO 11. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE DIARREAS
AÑOS: 2017 A 2023. SE 01-31 DE 2024. PROVINCIA DE SALTA.



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).



VIGILANCIA DE
ENFERMEDADES
ZOO NOTICAS
HUMANAS

Enfermedades zoonoticas humanas

La vigilancia de Enfermedades Zoonoticas en humanos se encuentra entre los objetivos actuales de salud pública como un pilar imprescindible para la toma acciones de prevención y control de forma oportuna a los fines de construir un ambiente sano y sustentable poniendo foco en la sanidad, el bienestar, la calidad y la seguridad alimentaria para todos los seres vivos.

TABLA 18. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES ZONÓTICAS HUMANAS. 32/2024. PROVINCIA DE SALTA.

ENO	Casos S.E. 32	Acumulado 2024
Accidente potencialmente rábico (APR)	24	442
Alacranismo	1	319
Araneísmo sin especificar especie	0	2
Araneísmo-Envenenamiento por Latrodectus (Latrodectismo)	1	9
Araneísmo-Envenenamiento por Loxosceles (Loxoscelismo)	1	10
Araneísmo-Envenenamiento por Phoneutria (Foneutrismo)	0	1
Brucelosis	0	5
Brucelosis en embarazadas	0	0
Hantaviriosis	1	13
Hidatidosis	1	29
Leishmaniasis visceral	0	2
Leishmaniasis visceral canina	2	51
Leptospirosis	0	1
Ofidismo sin especificar especie	0	1
Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	0	42
Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	0	3
Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	0	0
Psitacosis	0	0
Rabia animal	0	0

Fuente: Elaboración propia del Programa de Zoonosis con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

APR

- Capital: 18
- Cerrillos: 1
- San Martín: 4
- Rosario de Lerma: 1

Alacranismo

- Capital: 1

Latrodectismo

- Rivadavia: 1

Leishmaniasis visceral canina

- San Martín: 2

Loxoscelismo

- Capital: 1

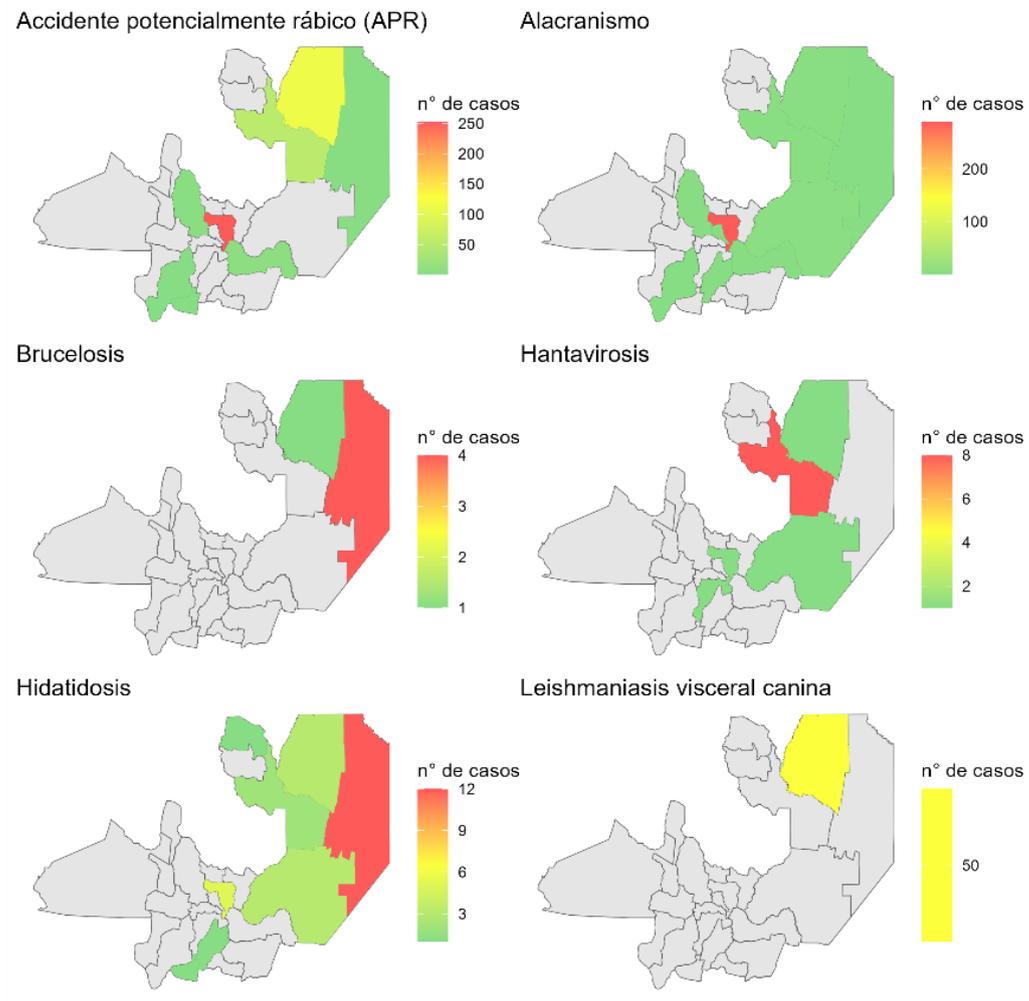
Hantavirus:

- Orán: 1

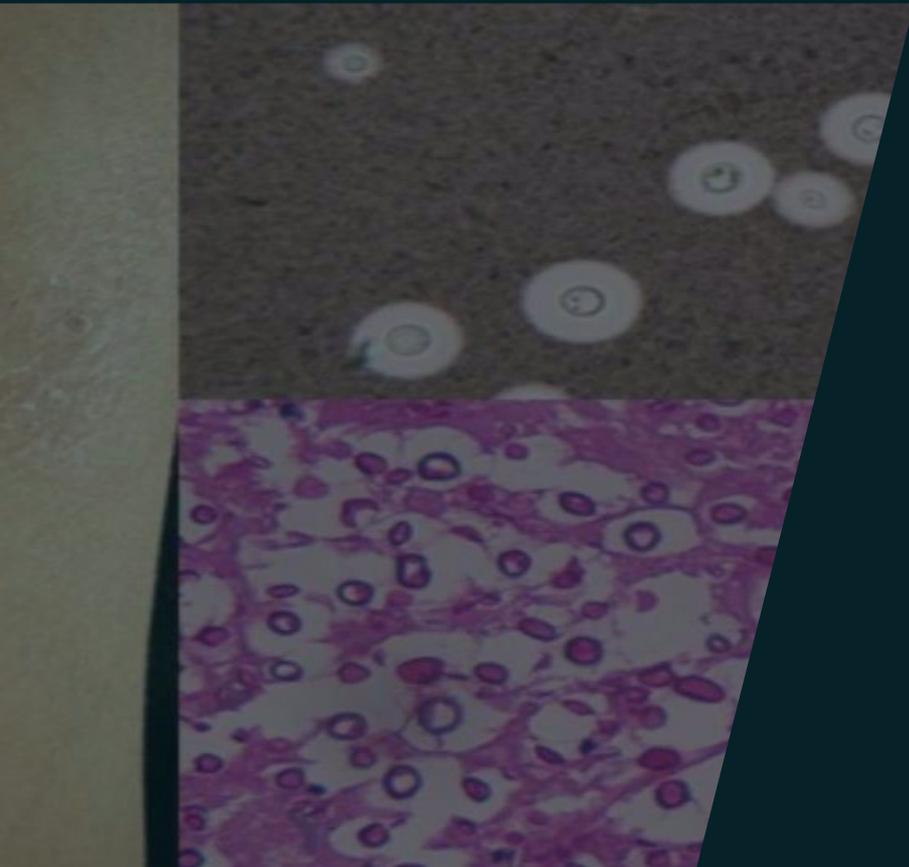
Hidatidosis

- Rivadavia: 1

GRÁFICO 12. FRECUENCIA ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES ZONÓTICAS HUMANAS POR DEPARTAMENTO HASTA 32/2024. PROVINCIA DE SALTA.



Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Prog. de Zoonosis.



VIGILANCIA DE
ENFERMEDADES
DERMATOLÓGICAS DE
INTERÉS SANITARIO

Enfermedades dermatológicas

En el marco de Resolución 2827/2022 NOMINA DE EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA las enfermedades dermatológicas persisten dentro del listado de eventos bajo vigilancia. Desde la Dirección General de Coordinación Epidemiológica se vigilan las tendencias de estos eventos posibilitando la obtención de líneas de base acerca de los cambios, impactando directamente en la implementación de medidas de control y prevención.

TABLA 19. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DE INTERÉS SANITARIO. SE 32/24. PROVINCIA DE SALTA.

ENO	Casos S.E. 32	Acumulado 2024
Leishmaniasis (mucosa, cutánea)	2	33
Leishmaniasis visceral humana	1	4
Lepra	1	2
Micosis profunda	0	14

Fuente: Elaboración propia del Programa de EDIS con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).



HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



JUEVES 15 DE AGOSTO DE 2024

Ante la confirmación de un caso de Hepatitis A, en un paciente con residencia en la ciudad de Salta Capital, la Dirección General de Coordinación Epidemiológica, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia, emite la presente comunicación epidemiológica con el objetivo de informar sobre la situación e instar a los equipos de salud a fortalecer la vigilancia de las Hepatitis virales en general y de la HEPATITIS A en particular, monitoreando coberturas de vacunación para completar esquemas, sensibilizando la población sobre la importancia de la consulta temprana ante la aparición de síntomas compatibles con hepatitis como fiebre e ictericia acompañada con malestar, dolor abdominal y asociado coluria y acolia.

Adequar la organización de los servicios de salud, instar a los equipos que ante la sospecha clínico-epidemiológica (Fiebre + Ictericia) se debe realizar la notificación inmediata ante sospecha clínica con la aplicación de las medidas preventivas dentro del ámbito sanitario y proporcionar un manejo clínico eficiente y el tratamiento oportuno de las complicaciones asociadas y control de los casos graves. Reforzar medidas necesarias para la prevención y comunicar a la población.

Antecedentes de interés

La hepatitis A fue la causa principal de fallo hepático fulminante en la Argentina en niños menores de 10 años, llegando en algunos casos a la necesidad del trasplante hepático, registrándose el último en 2007.

A partir del año 2005, momento en el que se incorporó la vacuna al año de vida en el Calendario Nacional de Vacunación, ha caído sustancialmente su incidencia y morbimortalidad. Desde entonces Argentina se ha convertido en un país con endemidad baja. Entre 2010 y 2020, las tasas de notificación de hepatitis A muestran una baja incidencia de casos confirmados en el período analizado que va de 0,03 a 0,19 casos cada 100.000 hab. según el año.⁶

En el marco general de baja incidencia, hubo brotes esporádicos en los años 2009, 2012, 2014 y 2018. En los últimos años, los brotes esporádicos corresponden a adultos de entre 20 y 39 años con una tasa de distribución por sexo, cuatro veces mayor en varones que mujeres (MSN, 2022).

SITUACIÓN ACTUAL

El 8 de agosto del corriente año un servicio de salud del sistema público de la provincia de Salta, notifica al SNVS 2.0 un caso confirmado de infección aguda por Virus de la Hepatitis A. Se trata de una persona de 65 años de edad, de sexo masculino, con fecha de inicio de síntomas el 22/07/2024: ictericia, dolor abdominal, malestar general, dolor muscular, acolia, coluria, malestar general, astenia, diarrea. No se registraron datos de comorbilidades. Registra internación inicial en sala común al momento de la admisión el 05/08/2024 y el 08/08/2024 se

decide su ingreso a la unidad de cuidados intensivos para manejo de complicaciones agudas y monitoreo exhaustivo, el paciente no ha requerido hasta el momento medidas de soporte vital, lográndose mantener actualmente una condición clínica estable (en UTI al día de la fecha). El diagnóstico etiológico se realizó el 08/08/2024 en el laboratorio provincial de referencia de hepatitis virales mediante la detección de anticuerpos “**anti HAV - IgM**”, por la técnica de ELISA con resultado “**REACTIVO**”. Se solicita muestra de materia fecal para la detección del virus y se envía al laboratorio de referencia nacional para los estudios correspondientes.

El paciente tiene domicilio en el departamento Capital de la provincia de Salta y geográficamente pertenece a la zona de ribera e inundación de la Cuenca del Río Arias Arenales abarcado por la estrategia “**Cordón Sanitario de la Cuenca del Río Arias – Arenales**” RM /2024 **Ejecución de Sentencia MIN 800.732/23** coincidente con los puntos de control AS 12 y AS 13.

Como antecedente de interés en noviembre de 2022 se registra un caso de Hepatitis A en un paciente de 32 años de sexo masculino en la misma zona geográfica, compartiendo barrio con idéntica georreferenciación.

SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE SALTA

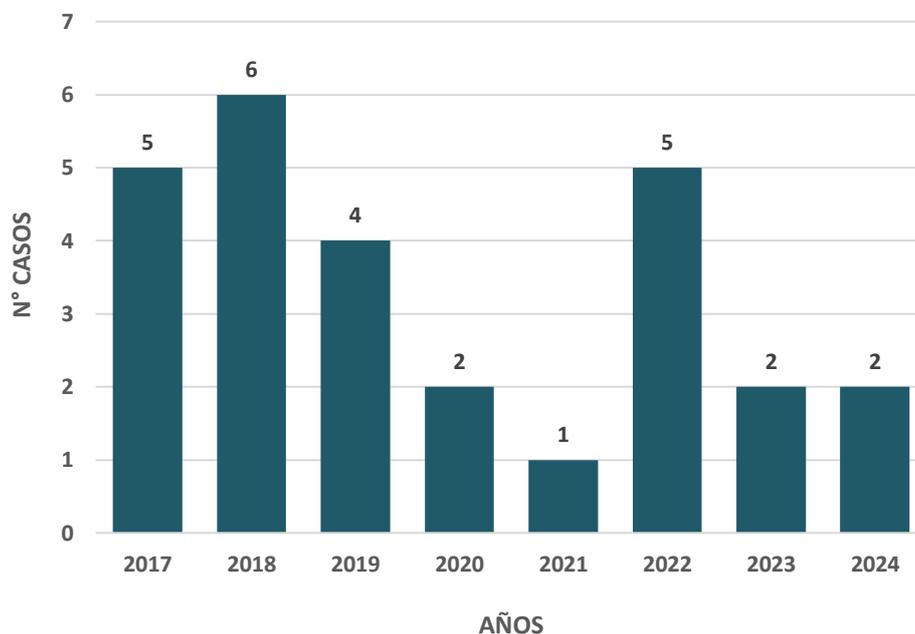
En los últimos 8 años la provincia de Salta registra baja notificación de casos (entre 1 y 6 casos) con muy baja Tasa de Incidencia por cada 100.000 habitantes. Se tratan de casos aislados sin antecedentes epidemiológicos de interés, salvo los casos conexos de 2022 y 2024 explicados precedentemente. En la Tabla 1 y Gráfico 1 se muestran la serie de casos y tasas para el periodo 2017 - 2024 (hasta SE 33).

TABLA N° 1. CASOS CONFIRMADOS E INCIDENCIA DE VHA 10.000 HAB. PROVINCIA DE SALTA. PERIODO 2017 a 2024* (hasta SE 33).

Años	Casos	Incidencia *10.000 hab.
2017	5	0,04
2018	6	0,04
2019	4	0,03
2020	2	0,01
2021	1	0,007
2022	5	0,03
2023	2	0,01
2024 *	2	0,01

Fuente: Notificaciones en el SNVS 2.0 y registro de casos y tasas “Evolución de las Tasas de incidencia de las ENOS. Provincia de Salta. Quinquenio 2017-2021”.

http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/documentos/edicionespeciales_032023.pdf

GRÁFICO N°1. CASOS CONFIRMADOS DE HEPATITIS A. PROVINCIA DE SALTA. AÑOS 2017 A 2024* (hasta SE 33)

Fuente: Notificaciones en el SNVS 2.0 y registro de casos y tasas “Evolución de las Tasas de incidencia de las ENOS. Provincia de Salta. Quinquenio 2017-2021”.

http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/documentos/edicionespecial_032023.pdf

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Brindar a los equipos de salud información relevante para elevar el nivel de alerta en la captación de casos sospechosos (Fiebre + Ictericia), notificación, diagnóstico, atención, y el seguimiento de los mismos, como así también contribuir con las medidas de prevención y control, y su evaluación, a fin de orientar la planificación sanitaria.

Definición y clasificaciones de caso

Caso confirmado de Hepatitis A: Caso sospechoso de hepatitis viral con presencia de anticuerpos de clase IgM contra el virus de Hepatitis A (anti-HAV IgM) en el suero de los pacientes agudos o convalecientes. Los anticuerpos anti-HAV IgM se pueden seguir detectando durante cuatro a seis meses después del comienzo de la enfermedad.

Caso invalidado por epidemiología: Caso sospechoso de hepatitis viral aguda y resultados negativos para la detección de anticuerpos de clase IgM contra el virus de la hepatitis A (anti-VHA IgM) en muestra de suero.

Definición de brote

Dos o más casos confirmados donde se comprueba nexo epidemiológico. En jardines maternos y de infantes (menores de 5 años), la presencia de un caso confirmado debe considerarse brote.

Notificación

- ➔ **Evento SNVS:** Hepatitis A
- ➔ **Modalidad:** Nominal/individual.
- ➔ **Estrategia/Componente:** Universal Clínica / Laboratorio / Investigación epidemiológica/ Unidad Centinela
- ➔ **Periodicidad:** Inmediata ante caso positivo con identificación del agente

MEDIDAS PREVENTIVAS

- ➔ Es una enfermedad prevenible por vacuna, la que ha sido incorporada al Esquema del Calendario Nacional a partir del año 2005 iniciando con la cohorte 2004. (Res. Ministerial N°653/05).
- ➔ Lavado frecuente de las manos de la persona y sus cuidadores
- ➔ Adecuado manejo de excretas, con lavado de manos posterior y limpieza del sanitario con lavandina (por la eliminación de partículas virales en la materia fecal).
- ➔ Cuidado de los elementos personales de higiene (cepillo de dientes, utensilios para comer, etc.).
- ➔ Consumo de agua potable, filtrada o clorada.
- ➔ Se debe informar y sensibilizar acerca de la importancia de **mantener** prácticas sexuales con protección a través del uso del preservativo y el campo de látex, y asegurar la provisión de los preservativos en los centros de salud.

Medidas ante casos y contactos

No se dispone de tratamiento específico. Buen saneamiento e higiene personal, con atención especial al lavado de manos y a la eliminación sanitaria de las heces.

Control del ambiente inmediato: se recomienda una correcta higiene y posterior desinfección con agua lavandina al 1% de locales, sanitarios, vajillas, prendas, ropa interior o todo aquel ambiente o material que eventualmente pudiera estar en contacto con la materia fecal.

Correcta eliminación sanitaria de heces, orina y sangre.

Profilaxis Post Exposición:

Vacuna contra la Hepatitis A: Administrar en forma precoz a los expuestos no vacunados a partir del año de edad y hasta dentro de los 15 días posteriores a la exposición al VHA.

La vacuna contra la Hepatitis A, induce concentraciones protectoras de anticuerpos antes del período de incubación habitual de treinta días de la infección por Hepatitis A.

Gammaglobulina: Se administra dentro de las dos semanas de la exposición a un caso en contactos menores de un año, embarazadas susceptibles y neonatos hijos de madres infectadas por VHA. (0,02 ml/kg) si los síntomas de la madre hubieran comenzado entre dos semanas antes y dos después del parto.

Vacunación en instituciones educativas

Se puede utilizar la vacuna para contener un brote de hepatitis A. Su uso en el ámbito de los jardines de infantes, colegios o institutos de menores responde a la posibilidad de limitar un brote en la institución, como complemento de medidas básicas de higiene respecto a la provisión de agua, preparación de alimentos y adecuada eliminación de excretas.

Jardines maternas. Ante uno o más casos de hepatitis A

-En salas de niños menores de 1 año: Aplicar gammaglobulina a todos los niños que compartan el área de cambio de pañales o de preparación de biberones.

-En salas de niños de 1 año o mayores: Vacunar a los niños que no hubieran sido vacunados con anterioridad.

Escuelas

Se debe valorar la situación epidemiológica local:

- Si se producen casos confirmados con lapso de tiempo mayor a 50 días entre el inicio de los síntomas entre uno y otro caso, se extremarán los cuidados de higiene personal y ambiental.

-No se debe indicar la aplicación de gammaglobulina ni de vacuna.

-Si ocurren 2 o más casos de alumnos o personal de un mismo grupo familiar que concurren a la misma escuela, solo se vacunará al grupo familiar.

-Si ocurren 2 o más casos entre niños o personal que concurren a la misma escuela (dentro del mismo período de incubación), o si se detectara la propagación de la enfermedad por la ocurrencia de uno o más casos secundarios, se vacunará a todo el turno o solo al grado, según corresponda. -Cuando ocurren 2 o más casos en niños o personal de diferentes turnos, se deberá vacunar a todos en la institución.

Instituciones y hospitales

No está indicada la vacunación de rutina para el personal de salud, aun en centros con manejo de neonatos o niños. La prevención de esta infección debe hacerse por medio del uso correcto de las precauciones estándar. Ante la presencia de un caso de hepatitis A, se puede indicar la vacunación al personal de salud en contacto con el paciente. Idealmente, debería estudiarse a los expuestos y obtenerse enseguida los resultados (hasta 48 horas) para vacunar solo los que fueran negativos (IgG anti-VHA).

De nivel comunitario

- Potabilización del agua y con sistemas adecuados de distribución y de eliminación de excretas.
- Educación sanitaria con relación a higiene personal: lavado de manos con agua, jabón y cepillo para uñas para la manipulación de alimentos y disposición final de las excretas

Medidas ante brotes

- Identificación del modo de transmisión por investigación epidemiológica (persona a persona o vehículo común), y detectar a la población expuesta a un mayor riesgo de infección. Eliminar cualquier fuente común de infección.
- En la industria alimentaria se aconseja la identificación del personal susceptible (anti-HAV negativo) y su posterior vacunación.
 - Jardines maternos y salas de internación pediátrica: si en un centro se presentan uno o más casos de Hepatitis A o si se identifican casos en el hogar de dos o más niños atendidos en la institución, se debe considerar la práctica de precauciones entéricas siempre e inmunoprofilaxis (Vacunación o inmunoglobulina según corresponda)
 - Se harán esfuerzos especiales para mejorar las prácticas de saneamiento e higiene, y para eliminar la contaminación fecal de los alimentos y el agua, tanto en colegios como en instituciones cerradas, industria de alimentación y manipuladores de alimentos.

Medidas en caso de desastre

- Cuando gran número de personas está en condiciones de aglomeración y/o hacinamiento, las deficientes acciones de saneamiento son un problema potencial. Habrá que extremar las medidas sanitarias Adecuada eliminación de excretas y la seguridad de los abastecimientos de agua: indicar no beber agua del lugar salvo que esté clorada o proveer agua potable en envases individuales; en caso de provisión de agua por cisternas fijas o móviles, proceder a la cloración en el lugar de su uso; controlar la eliminación sanitaria del agua utilizada. Reforzar la adecuada eliminación de excretas. Vacunación.

REFERENCIAS

 Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Manual de Normas y Procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria. Actualización 2022. RM 2827/2022.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

 <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-aprobo-el-manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-eventos-de>

 MSN/PRONACEI. (2012). *Recomendaciones nacionales de vacunación Argentina 2012.* Obtenido de

 <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-nacionales-de-vacunacion-argentina-2012>

 <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas/hepatitisa>

 Ministerio de Salud Pública. Salta. (2024). RM 0701/2024 "Cordón sanitario subcuenca río Arias—Arenales". Salta. <http://saladesituacion.salta.gov.ar/cordonsanitario/>

 http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/documentos/edicione_special_032023.pdf

Recolección de muestras clínicas para diagnóstico de infecciones respiratorias de origen viral

PRIORITARIO

SALTA, 31 de mayo de 2024.-

RADIO N°: 3222/24

PROCEDE: DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.

DESTINATARIO: Gerente General

Con copia a Vigilantes Epidemiológicos y Responsables de laboratorios

DESTINO: Todas las Áreas Operativas

TEXTO:

A partir de la Semana Epidemiológica 23 que inicia el 02/06/2024 y hasta la Semana Epidemiológica 35 que finaliza el 31/08/2024 se mantendrá la vigilancia intensificada de las Infecciones Respiratorias Agudas de la siguiente manera:

Estrategia: Universal por Redes de Establecimientos.

- **Componente clínico. Modalidad numérica (Notificación agrupada).** Casos notificados por semana epidemiológica. Periodicidad: Semanal.
 - o Enfermedad Tipo Influenza (C.39). Neumonía en pacientes internados y ambulatorios (C62.2). Bronquiolitis en menores de 2 años internados y ambulatorios (C.45.1).
- **Componente clínico. Modalidad individual.** Periodicidad: Semanal
 - o Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG): Evento SNVS "Internado y/o fallecido por COVID o IRA".
 - o Se debe consignar IRAG en "Diagnóstico referido/constatado" en la solapa clínica del SNVS cuando se corresponda con la definición de caso.
 - o Se deberá notificar en la solapa clínica/sesión tratamiento de este evento la administración de oseltamivir si correspondiera.

Estrategia: Vigilancia de las IRAG por laboratorio

- **Exclusiva para pacientes internados en el Evento SNVS "Internado y/o fallecido por COVID o IRA"**
 - o Incluye los pacientes internados con Neumonía, Bronquiolitis y Enfermedad Tipo Influenza.
 - o NO INCLUYE pacientes ambulatorios.

IMPORTANTE:

Las muestras para la investigación de virus respiratorios serán procesadas en el Laboratorio Provincial de Referencia de la Red de COVID-19, Influenza y Otros Virus Respiratorios:

Laboratorio de Referencia de Virus Respiratorios y Neurovirosis

labvirushdm@gmail.com

Hospital Señor del Milagro (Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta)

Tel: 0387 4317400 - 0387 4317420 int 295

Av. Sarmiento 557

4400 Salta

PROCEDIMIENTO: De acuerdo con lo indicado en la actualización 2024: "RECOLECCIÓN DE MUESTRAS CLÍNICAS PARA DIAGNOSTICO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS DE ORIGEN VIRAL". ANEXO



Bioq. Francisco García Campos
Director General de Coordinación Epidemiológica
MSP - SALTA

Puede acceder al radiograma y a la estrategia completa en:

http://saladesituacion.salta.gov.ar/php/includes/gripe/documentos/irag2024/radiograma_3222-24.pdf

2a edición del curso "Sistema Nacional de Vigilancia de Salud SNVS 2.0"

En este formulario de inscripción vamos a solicitarte algunos datos personales. El día del inicio de la capacitación (6/05) enviaremos, al correo electrónico que nos indiques, los pasos a seguir para matricularte en la Plataforma Virtual de Salud y comenzar el curso.

Te pedimos que corroboremos los datos que ingresas ya que serán tomados en cuenta al momento de confeccionar el certificado.

INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE LA CURSADA

- Curso disponible desde el 6 de mayo al 31 de julio.
- Modalidad virtual autogestionada a través de la Plataforma Virtual de Salud.

Si usted forma parte del proceso de atención de casos de dengue puede comenzar el curso en el siguiente enlace:

[Inscripción al curso "Sistema nacional de vigilancia de salud SNVS 2.0" 2da edición \(google.com\)](#)

Tratamiento para Influenza: Oseltamivir

COMUNICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
INFLUENZA



MIÉRCOLES 22 DE MAYO DE 2024

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE INFLUENZA

Definición y clasificación de caso

Caso sospechoso: Infección respiratoria aguda febril (fiebre 38 °C o más), con espectro patológico que abarca desde Enfermedad Tipo Influenza (ETI) hasta neumonía.

Grupo de prioridad para el tratamiento con Oseltamivir

En la situación epidemiológica actual, se recomienda el tratamiento antiviral ante caso sospechoso, sin necesidad de realizar estudios confirmatorios en los siguientes casos:

	Adultos	Niños y Adolescentes
Ambulatorios	Sólo se tratan los pacientes de grupo de riesgo con menos de 48 horas de inicio de los síntomas.	Tanto en niños como adolescentes con IRAQ, sólo se deben tratar aquellos factores de riesgo comprobados.
Internados	Se tratan todos los pacientes. La prolongación del tratamiento más allá del 5to día deberá ser evaluada por el equipo médico en función de evolución del paciente y resultados de exámenes complementarios, así como el uso de dosis mayores, según función renal y cuadro clínico.	Se tratan todos los niños graves. En aquellos niños internados con cuadros moderados, puede esperarse el resultado de la IFI (siempre que el resultado de la IFI esté disponible dentro de las 24 horas de ingreso del paciente) para iniciar el tratamiento, mientras que, en los niños con cuadros graves progresivos, debe iniciarse ante sospecha. Se debe priorizar el tratamiento al diagnóstico virológico, si el IFI es negativo o no se puede realizar. En caso de que el resultado virológico confirme otro virus respiratorio distinto, se debe suspender el tratamiento antiviral.
Embarazadas y Puérperas	Dentro de las dos semanas post parto.	

1

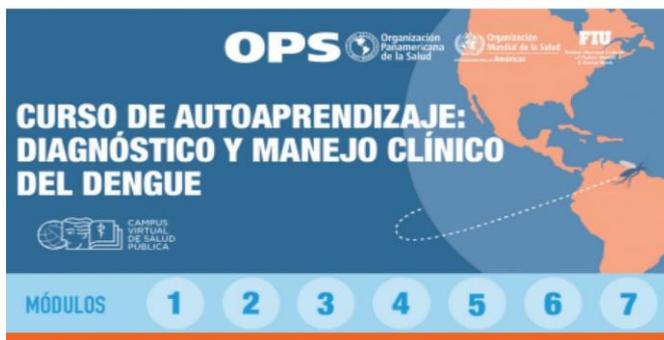
En el siguiente documento encontrarán recomendaciones para el tratamiento para influenza con Oseltamivir:

▶ ▶ [Enlace al documento](#)



Diagnóstico y manejo clínico del dengue

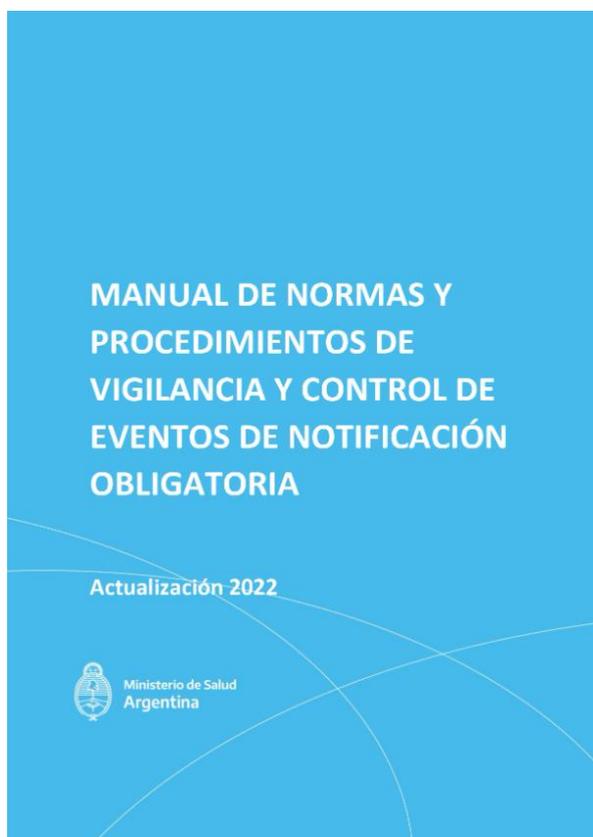
CURSO VIRTUAL



Reconocer y diagnosticar clínicamente la enfermedad del dengue de manera temprana y ofrecer un tratamiento oportuno y adecuado puede significar la diferencia entre la vida y la muerte para aquellos que sufren la enfermedad. Por este motivo, es necesario que el personal médico a cargo de la atención de los casos con sospecha de dengue esté debidamente capacitado y sensibilizado en el manejo de estos

pacientes. Si usted forma parte del proceso de atención de casos de dengue puede comenzar el curso en el siguiente enlace:
<https://campus.paho.org/mooc/course/view.php?id=149>

Manual de normas y procedimientos de vigilancia



Este manual pretende contribuir con el fortalecimiento de las capacidades institucionales y de conducción de las autoridades de salud para garantizar una adecuada vigilancia, control, gestión y respuesta a los riesgos para la salud, incluyendo los brotes de enfermedades transmisibles, eventos relacionados con la salud ambiental, con las lesiones, la salud mental, entre otros.





NÓMINA DE VIGILANTES EPIDEMIOLÓGICOS

NÓMINA DE VIGILANTES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA

Nº	ZONA	A.O y Hospitales	VIGILANTE	MAIL
1	NORTE	COLONIA SANTA ROSA	LUCIANA FLORES	luciflores81@hotmail.com
2	NORTE	PICHANAL	ADELA ARAMAYO	aramayoamerica@gmail.com
3	NORTE	AGUARAY	TERESA REINAGA	reynagaortiz27@yahoo.com.ar
4	NORTE	MORILLO	EDGAR VILLAGRA	hedgar69villagra@gmail.com
5	OESTE	SANTA VICTORIA OESTE	TERESA ALEMAN	bqcaaleman@gmail.com
6	OESTE	IRUYA	JOSE LUIS MARTINEZ	joseluismartinez8024@gmail.com
7	NORTE	SALVADOR MAZZA	ELIANA CORTEZ	lilianaestercortez291@gmail.com
8	NORTE	SANTA VICTORIA ESTE	MARILYN ARROYO	arroyomarilynelizabeth@gmail.com
9	NORTE	EMBARCACION	WALTER AGUILAR	waltergerardoaguilar91@gmail.com
10	OESTE	NAZARENO	UMBERTO SOCPASA	umbertosocpasa@gmail.com
11	NORTE	ORAN	GABRIELA MENDEZ	dra_gmendez@hotmail.com
12	NORTE	TARTAGAL	CARLOS LEAPLAZA	carlosleaplaza@gmail.com
13	NORTE	RIVADAVIA	EDUARDO ALZOGARAY	joseduardoalzogaray4@gmail.com
14	SUR	LAS LAJITAS	SERGIO GUAYMAS GONZALEZ	serg.guaims.gonz@gmail.com
15	SUR	JOAQUIN V. GONZALEZ	JULIO USANDIVARAS	juliousandivaras63@hotmail.com
16	SUR	EL QUEBRACHAL	AMANDA ALICIA ARIAS	epivigilanciahosper20@gmail.com
17	SUR	GALPON	ALVARO MAZA	hospitalelgalpon@gmail.com
18	SUR	ROSARIO DE LA FRONTERA	GABRIELA GARCIA	gabicinia65@gmail.com
19	SUR	METAN	XIMENA IÑIGUEZ	ximeiniguez@yahoo.com.ar
21	SUR	EL TALA	DANIEL LIGORRIA	bqdanielligorria19@gmail.com
22	SUR	GRAL. GUEMES	LEANDRO ABAROA	leanabaroa@hotmail.com
23	SUR	APOLINARIO SARAVIA	GABRIELA GONZALES	kikimamatoto@gmail.com
24	OESTE	CAFAYATE	ANALIA ECHAZU	echazu_analia@yahoo.com.ar
25	OESTE	SAN CARLOS	NATALIA VÁSQUEZ	hospitalsancarlos2015@gmail.com
26	OESTE	MOLINOS	FRANCISCO TAPIA	franrtapia1997@gmail.com
27	OESTE	CACHI	JUAN LIMA	juancho_bioq@yahoo.com
28	NORTE	GRAL. MOSCONI	SILVIA SINGH	epimosconi28@gmail.com
29	OESTE	SAN ANTONIO DE LOS COBRES	VANESA MARTINEZ	alavicelia2012@hotmail.com

N°	ZONA	A.O y Hospitales	VIGILANTE	MAIL
30	OESTE	CERRILLOS	MONICA GIMENEZ	monica_patricia99@hotmail.com
31	NORTE	HIPOLITO YRIGOYEN	RICARDO GERONIMO	geronimoricardo35@gmail.com
32	OESTE	ROSARIO DE LERMA	PAOLA MONTAÑO	paolaalejandramontano@gmail.com
33	OESTE	CHICOANA	RAMON ROLANDO LOPEZ	lopez.ramonby@gmail.com
34	OESTE	EL CARRIL	SILVIA VILTE	silviabvilte@outlook.com
35	OESTE	CORONEL MOLDES	MARIEL GIMENEZ	drmarielgimenez@yahoo.com.ar
36	OESTE	LA VIÑA	JAVIER LOPEZ	jabelobeltran2020@gmail.com
37	OESTE	GUACHIPAS	ZAMBRANO DAVID	deividzam@yahoo.com.ar
38	SUR	EL POTRERO	LUIS APARICIO	luisapa707@outlook.com
39	OESTE	LA CALDERA	MÓNICA JUÁREZ	odmonicajuarez@gmail.com
40	CENTRO	Hosp. SAN BERNARDO	ANIBAL CASTELLI	anibal_castelli@yahoo.com.ar
41	CENTRO	Hosp. SR. DEL MILAGRO	MELISA JORGE	epimilagro_9@hotmail.com
42	CENTRO	Hosp. RAGONE	NATALIA PEREZ RIGOS	natyperezrigos@gmail.com
43	CENTRO	Hosp. OÑATIVIA	LAURA TORREZ	lauratorrezemma@gmail.com
44	NORTE	ALTO LA SIERRA	LIVIA ARROYO	arroyoamandalivia@gmail.com
46	OESTE	CAMPO QUIJANO	ROSARIO GERONIMO	lic.carito.liz@gmail.com
47	CENTRO	HPMI	ADRIANA FALCO	hpmiepidemiologia@gmail.com
48	OESTE	SECLANTAS	GONZALO GUAYMAS	gonzalo_guaymas@yahoo.com.ar
49	NORTE	URUNDEL	SAUL FLORES	saulf_25@hotmail.com
50	OESTE	LA MERCED	CLAUDIO BARRERA DIB	itfclaudio@hotmail.com
51	NORTE	LA UNION	ROGELIO CARABAJAL	rogelio.c.launion@gmail.com
52	OESTE	LA POMA	ANAHI REYES	romina1863@gmail.com
53	OESTE	ANGASTACO	VIVIANA ORELLANA	orelvif@yahoo.com.ar
55	CENTRO	PRIMER NIVEL A.O SUR	FACUNDO RUIZ	epi.papafrancisco@gmail.com
56	CENTRO	PRIMER NIVEL A.O NORTE	MARIA CASTILLO	epidemiologia.aon@gmail.com

