



Gobierno de JUJUY
Unión, Paz y Trabajo



VIGIEPI 2023

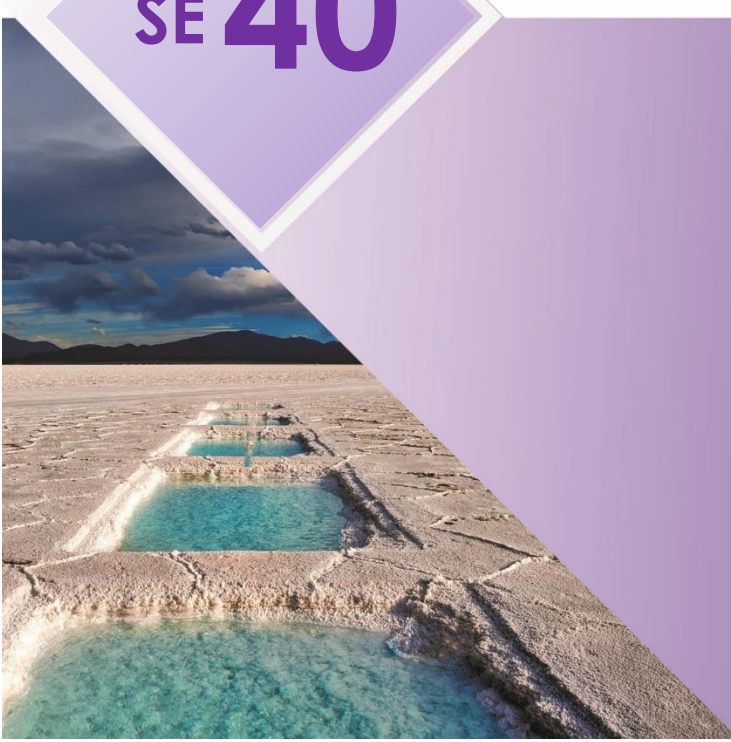
DIRECCION PROVINCIAL DE SANIDAD

SE 40

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO

San Martin N° 41 - (Y4600DA)
Provincia de Jujuy - Argentina
e-mail: epidemiologiajujuy@gmail.com
www.msaludjujuy.gov.ar:8081

17 de Octubre de 2023, 12 hs.



INDICE

INTRODUCCIÓN.....	Pág. 3
CELIAQUIA.....	Pág. 4
VIGILANCIA DE VIRUS RESPIRATORIOS.....	Pág. 11
VIGILANCIA DE DENGUE.....	Pág. 26
GLOSARIO.....	Pág. 33
ANEXO FICHA IRA.....	Pág. 34

BOLETIN SEMANAL DE EVENTOS PRIORIZADOS

INTRODUCCIÓN

La Dirección Provincial de Sanidad, trabaja desde una mirada poblacional, en la gestión y análisis de datos epidemiológicos; en la Vigilancia y control de los eventos de notificación obligatoria; en la investigación de diferentes problemáticas; en la capacitación general y en el desarrollo de informes sistemáticos, para la caracterización de la situación y la retroalimentación de los datos a quienes los producen.

El *Boletín Epidemiológico VIGI-EPI* tiene como objetivo general, presentar la información epidemiológica sistematizada proveniente del *Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS)* con periodicidad semanal. Se trata de un producto completamente dinámico que pretende cumplir con varios objetivos, entre ellos, devolver consolidada y sistematizada la información vertida por los servicios a través de los diferentes sistemas de información, y junto con la retroalimentación del sistema, dar cuenta de la situación epidemiológica actual.

Recuerde: Según la ley 15.465 Ud. está obligado a realizar la notificación de casos sospechosos de los eventos incluidos en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) - Eventos de Notificación Obligatoria (ENO).

Toda la información incluida en este boletín es parcial, dinámica y sujeta a modificaciones.

CELIAQUIA



MARCO LEGAL

En el marco de la Ley Nacional 26.588, su modificatoria Ley Nacional 27.196 y la Ley Provincial 6.015.

Según la ley Ley N° 26.588, modificada por la Ley N° 27.196, declara de interés nacional la atención médica, la investigación clínica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca, su difusión y el acceso a los alimentos libres de gluten.

Que por el Decreto N° 528/11 se aprobó la Reglamentación de la referida Ley N° 26.588.

¿QUE ES LA CELIAQUIA?

La Enfermedad Celíaca (EC) es una enfermedad crónica, sistémica, inmunomediada producida por proteínas tóxicas del Gluten (trigo, avena, cebada, centeno) en individuos genéticamente predispuestos. Cursa con una atrofia severa de la mucosa del intestino delgado determinando una mala absorción de nutrientes. Esta lesión se revierte con la supresión del gluten de la dieta y reaparece con su reintroducción.

FORMA CLINICA ASOCIADO A GRUPO DE RIESGO

Se consideran *grupos de riesgo* para padecer la enfermedad a los familiares de primer grado de pacientes celíacos: padres hermanos e hijos de pacientes con diagnóstico de EC (5-15%). También corresponden a esta forma clínica los pacientes con enfermedades autoinmunes asociadas ya que se ha demostrado que las enfermedades autoinmunes aparecen con más frecuencia en los pacientes diagnosticados durante la adultez, lo que podría relacionarse a un mayor tiempo de exposición al gluten. Estas incluyen:

- Diabetes Mellitus Tipo I
- Tiroiditis de Hashimoto
- Hepatitis autoinmune
- Síndrome de Sjögren
- Nefropatía con depósitos IgA
- Miocardiopatías
- Enfermedades genéticas como Síndrome de Down o de Turner.

Frecuentemente estos pacientes que integran los grupos de riesgo son asintomáticos para la enfermedad celíaca.

La mayoría de los pacientes asintomáticos provienen de:

- Los grupos de riesgo
- Screening poblacional
- Hallazgo endoscópico

SINTOMATOLOGIA

FORMA TIPICA (CLASICA O SINTOMATICA)

La forma clásica de presentación de la EC es más frecuente en niños menores de 2 años que los adultos e incluye síntomas relacionados predominantemente con la lesión intestinal severa que se produce. Los pacientes celíacos pueden consultar por diarrea crónica: aumento de la excreción de agua fecal que se expresa clínicamente por el mayor número de deposiciones y/o disminución de la consistencia (duración aproximada: más de 30 días). Esta malabsorción de nutrientes genera pérdidas de grasa

y proteínas por materia fecal y la lesión intestinal produce también déficit de lactasa con una consecuente intolerancia a la lactosa y diarrea osmótica.

Se generan además déficit de vitaminas, minerales y micronutrientes en general como calcio, hierro y zinc. Esto se manifiesta clínicamente con los siguientes hallazgos al examen físico: distensión abdominal; pérdida de peso; baja talla; signos carenciales como piel seca, cabellos opacos y secos, queilitis, lengua depapilada e irritabilidad. En los niños es frecuente que presenten hiporexia.

Es necesario destacar que los niños que presentan esta sintomatología, son de alta sospecha de padecer EC, pero en este grupo etáreo debe previamente haber descartado causas parasitarias (giardia lamblia, strongyloides), sobrecrecimiento bacteriano o alergia a la proteína de leche de vaca.

Cuando el diagnóstico se retrasa puede aparecer el cuadro llamado crisis celíaca que se caracteriza por una diarrea esteatorreica muy severa, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, hiporexia, edemas de miembros inferiores, hipocalcemia y/o tetania e hipokalemia con repercusión electrocardiográfica. Este cuadro requiere internación y corrección hidroelectrolítica (sodio y potasio), aporte de minerales (hierro y calcio) y micronutrientes (zinc). Muy frecuentemente, se requiere una alimentación forzada con sonda nasogástrica con fórmulas especiales que sean sin lactosa y con caseína, o a base de hidrolizado proteico y con grasas en un 50% como triglicéridos de cadena media.

FORMA ATÍPICA (SUBCLÍNICA O MONO SINTOMÁTICO)

En los últimos años se han publicado varios estudios que demuestran los cambios en la forma de presentación clínica de la EC. El comienzo suele ser más tardío y con síntomas más leves e intermitentes. En este caso, la diarrea suele ser menos frecuente, es mayor la edad en la cual se realiza el diagnóstico y el compromiso nutricional es de menor jerarquía. Como ha quedado establecido en la definición de la enfermedad, la EC no es sólo una enteropatía, sino una enfermedad sistémica que puede manifestarse con uno o varios de los siguientes síntomas extraintestinales:

- Anemia ferropénica inexplicable y/o que no responde al tratamiento con hierro, en 6–12 %
- Talla baja (hallada como único síntoma en un 10% de los casos) o Talla que no corresponde al carril genético.
- Defectos en el esmalte dentario y aftas recurrentes que pueden estar presentes en el 10% hasta en el 40 % de los casos.
- Otros hallazgos en pacientes celíacos son: trastornos de conducta, problemas de personalidad, anorexia, epilepsia con calcificaciones cerebrales⁴², retardo en la pubertad, trastornos ginecológicos, infertilidad, embarazos con recién nacidos de bajo peso, trastornos del metabolismo cálcico, osteoporosis, debilidad o fatiga.

FORMA ASINTOMÁTICA O SILENTE DE CELIAQUIA

Esta forma clínica corresponde a individuos que no presentan signos o síntomas y que han sido identificados a través de estudios de rastreo (serología específica) realizados en

grupos de riesgo, en la población general o por hallazgos endoscópicos. Este comportamiento es más frecuente en familiares de celíacos de primer orden, en quienes la enfermedad puede cursar durante años como asintomática.

En varios estudios epidemiológicos, se ha demostrado que esta forma clínica, es más frecuente que la forma sintomática, tanto en niños mayores de 2 años, como en adolescentes y adultos. Si bien no hay síntomas que lleven al paciente a la consulta, luego de la mejoría serológica e histológica, muchos de estos pacientes refieren mejor estado general, y suelen presentar mejor escolaridad, lo que reflejaría que no todos son realmente asintomáticos.

DIAGNOSTICO TARDIO DE CELIAQUIA (COMPLICACIONES)

Un diagnóstico tardío o la ausencia del mismo pueden ocasionar complicaciones a largo plazo tales como osteoporosis y riesgo aumentado de fractura, alteraciones ginecológicas, retraso de crecimiento y pubertad, y un aumento del riesgo de malignidad intestinal en pacientes no tratados. Es por esta razón que la detección temprana y el tratamiento oportuno revisten fundamental importancia para evitar complicaciones secundarias de esta patología.

Cuando el diagnóstico se retrasa puede aparecer el cuadro llamado crisis celíaca que se caracteriza por una diarrea esteatorreica muy severa, hipoproteïnemia, hipoalbuminemia, hiporexia, edemas de miembros inferiores, hipocalcemia y/o tetania e hipokalemia con repercusión electrocardiográfica. Este cuadro requiere internación y corrección hidroelectrolítica (sodio y potasio), aporte de minerales (hierro y calcio) y micronutrientes (zinc). Muy frecuentemente, se requiere una alimentación forzada con sonda nasogástrica con fórmulas especiales que sean sin lactosa y con caseína, o a base de hidrolizado proteico y con grasas en un 50% como triglicéridos de cadena media.

PREVALENCIA NACIONAL

La Enfermedad Celíaca (EC) se puede presentar a cualquier edad, tanto en niños/as como en adultos/as. En Argentina, se ha estimado que 1 de cada 167 personas adultas son celíacas, mientras que en niños/as la prevalencia asciende a 1 de cada 79.

DIAGNOSTICO

¿COMO SE REALIZA EL RASTREO DE LA ENFERMEDAD CELIACA?

El rastreo de EC debería realizarse ante la sospecha clínica en niños y adultos que posean síntomas típicos, atípicos o que pertenezcan a un grupo de riesgo.

Los marcadores séricos (anticuerpos) son de gran utilidad como indicadores de EC, si bien la biopsia intestinal sigue siendo el patrón oro para establecer el diagnóstico.

Ayudan a seleccionar a los individuos con mayor probabilidad de presentar la EC, sin embargo, debe considerarse que la negatividad de estos marcadores no excluye definitivamente el diagnóstico. Estos poseen una eficacia diagnóstica similar en niños mayores de 3 años y adultos.

Los marcadores disponibles son los siguientes:

- Anticuerpos anti gliadina (AGA): Pueden ser de clase IgA como IgG.
- Anticuerpos anti endomisio (EMA): Pueden ser de clase IgA como IgG.

Anticuerpos anti transglutaminasa tisular humana (α -tTG): Pueden ser de clase IgA como IgG.

Ante la sospecha clínica, se recomienda realizar el rastreo de EC a través del marcador sérico IgA Anticuerpos anti transglutaminasa tisular humana (α -tTG-IgA).

Si el paciente posee una deficiencia de IgA, definido como niveles de IgA séricos inferiores a 7 mg/dl con valores de IgG e IgM dentro de rangos normales, los resultados obtenidos serán falsos negativos. Por otro lado, los pacientes celíacos pueden presentar un déficit selectivo de IgA con mayor frecuencia que la población general⁵, por lo tanto, se recomienda que, ante resultados serológicos negativos, se busque una posible deficiencia de IgA. En caso de confirmar una inmunodeficiencia de IgA, se recomienda utilizar los marcadores serológicos Anticuerpos IgG Anti-Transglutaminasa (α -tTG-IgG) para la detección de EC y derivar al Especialista.

Dada la variabilidad entre los puntos de corte en los diferentes marcadores, se recomienda que el laboratorio comunique los resultados de forma precisa en términos de valores numéricos, indicando el valor de corte diagnóstico. No se recomienda utilizar pruebas autoadministradas por el paciente o pruebas fuera de laboratorio como sustituto del análisis en laboratorio.

En caso de que una prueba serológica positiva se convierta en negativa (seroconversión) después del tratamiento con dieta libre de gluten, esto podrá ser considerado como una prueba adicional para el diagnóstico de EC.

Los marcadores serológicos IgG o IgA anti gliadina (AGA) poseen una gran variabilidad en la especificidad y sensibilidad, por lo tanto, no se recomienda utilizarlos para el diagnóstico de EC.

La presencia del antígeno leucocitario humano HLA-DQ2/DQ8 indica que existe una predisposición genética a padecer la enfermedad y puede ser de valiosa ayuda en la toma de decisiones en un contexto apropiado (sospecha clínica y serología negativa).

Por otro lado, el estudio genético tiene un alto valor predictivo negativo, pero un bajo valor predictivo positivo por lo tanto no se recomienda utilizar el antígeno leucocitario humano (HLA) DQ2/DQ8 en el diagnóstico inicial de la EC. Sin embargo, su alto valor predictivo negativo puede ser utilizado por los Especialistas Gastroenterólogos en situaciones clínicas específicas.

¿QUE HACER ANTE LA PRESENCIA DE SINTOMAS COMPATIBLES CON EC Y RESULTADOS SEROLOGICOS NEGATIVOS?

En pacientes pediátricos que posean pruebas serológicas negativas y al menos una de las siguientes características:

- Diarrea crónica
- Diarrea con retraso de crecimiento
- Síntomas compatibles con la enfermedad celíaca
- Pertenece a un grupo de riesgo (por ejemplo, deficiencia selectiva de IgA o antecedentes familiares de enfermedad celiaca)

Se recomienda derivar a un Especialista en Gastroenterología.

En el caso de los pacientes adultos se recomienda derivar a un Especialista en Gastroenterología para que evalúe la necesidad de determinar la presencia de la enfermedad.

¿CUÁNDO SE DEBERIA REALIZAR UNA BIOPSIA?

El patrón oro para establecer el diagnóstico definitivo de EC consiste en la práctica de una biopsia del duodeno proximal o del yeyuno. Siempre debe llevarse a cabo este procedimiento antes de proceder a la exclusión del gluten de la dieta ya que los resultados serológicos e histológicos pierden validez de otra manera.

El diagnóstico de EC se realiza mediante la combinación de los hallazgos clínicos, serológicos e histopatológicos. Por lo tanto, se recomienda realizar biopsias de intestino delgado proximal en todos los pacientes sintomáticos o que presenten condiciones potencialmente asociadas con EC como enfermedades autoinmunes, para confirmar un resultado serológico positivo.

El diagnóstico de EC es considerado definitivo cuando hay una resolución sintomática después del tratamiento con una dieta libre de gluten estricta durante dos semanas como mínimo⁵ en un paciente con síntomas compatibles de EC, histología característica mediante biopsia intestinal y anticuerpos positivos.

En pacientes con pruebas serológicas α -tTG-IgA o EMA IgA positivas que posean un resultado de biopsia normal, se recomienda derivar a un Especialista en Gastroenterología para que realice el diagnóstico definitivo.

TRATAMIENTO

¿CUAL ES EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELIACA?

El único tratamiento eficaz de la enfermedad celíaca es una dieta libre de gluten (DLG) durante toda la vida. Con ello se consigue la mejoría de los síntomas aproximadamente a partir de las dos semanas, la normalización serológica entre los 6 y 12 meses y la recuperación de las vellosidades intestinales en torno a los 2 años de iniciado el tratamiento. En pacientes pediátricos, la respuesta clínica e histológica suele ser más lenta. El tratamiento consiste en la exclusión de cuatro cereales (trigo, avena, cebada y centeno), sus derivados y productos que los contengan de por vida.

La avena probablemente no ejerce un efecto nocivo por sí misma; sin embargo, muchos productos que la contienen pueden estar contaminados con gluten y se desconoce sus efectos a largo plazo. Por lo tanto, en Argentina no se recomienda que los pacientes consuman alimentos con avena por el peligro de contaminación cruzada.

La adherencia a una DLG resulta en una mejoría sustancial de los parámetros nutricionales, la densidad mineral ósea, el IMC y parámetros bioquímicos nutricionales.

¿QUE ALIMENTOS PUEDEN CONSUMIR LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA?

Los pacientes con Enfermedad Celíaca podrán consumir todo lo que es de origen natural, carne vacuna, pollo, pescado, verduras y frutas frescas, legumbres, huevos, cereales sin gluten y todas las preparaciones caseras elaboradas con estos ingredientes.

MODALIDAD DE VIGILANCIA

El Registro Nacional de Celiaquía gestiona en SISA la información de los pacientes diagnosticados con la enfermedad en todo el país. El formulario contempla tanto el



registro del profesional y la institución en donde recibe la atención, como también la información detallada de los antecedentes alimentarios, síntomas, otras enfermedades asociadas al momento del diagnóstico y los estudios de laboratorio con sus resultados.

La celiaquía es considerada la enfermedad intestinal crónica más frecuente y en nuestro país se estima una prevalencia de aproximadamente 1 en 200. El registro depende del Programa Nacional para la Detección y Control de Enfermedad Celíaca, creado mediante la Resolución 1560/2007. En dicha normativa se establece como objetivo general del programa contribuir a la detección temprana de la enfermedad celíaca y al fortalecimiento del Sistema Nacional de Control de Alimentos, especialmente en lo referente a los alimentos libres de gluten.

En este marco, el RENACEL recopila información relacionada con:

- Número de prestaciones por tipo y por jurisdicción.
- Número de personas asistidas bajo la estrategia del programa.
- Número de servicios e instituciones jurisdiccionales incorporados al programa.

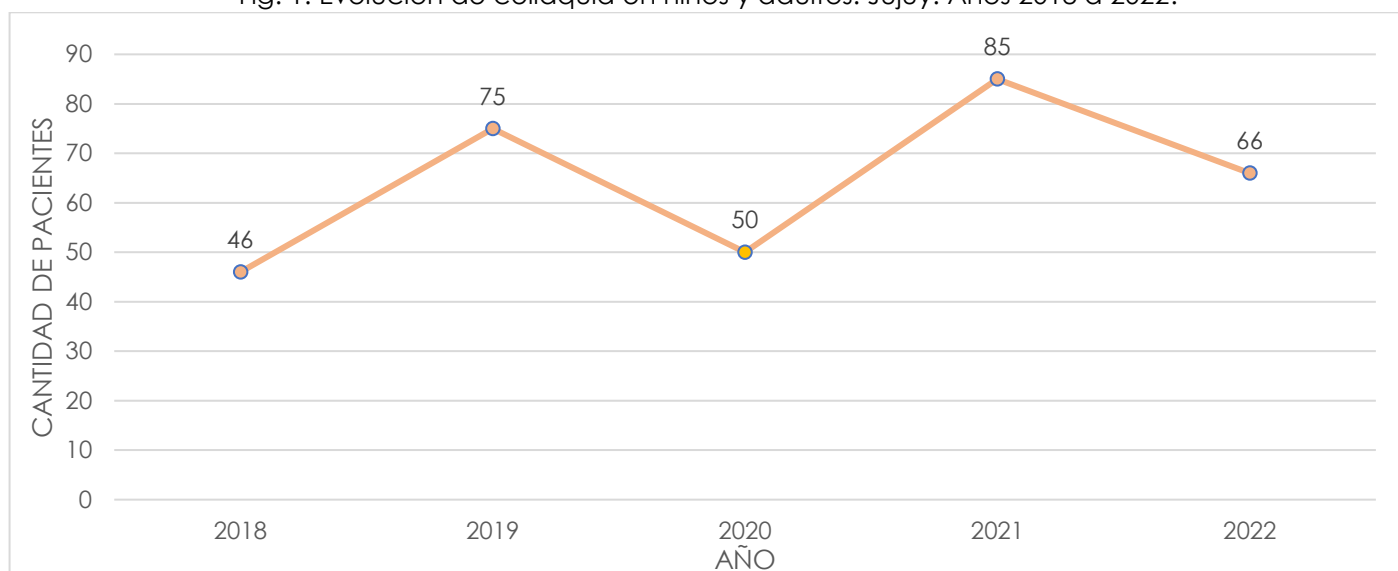
Al igual que otros registros nominalizados el RENACEL está vinculado a la Ficha del Ciudadano, lo que permite acceder a la información centralizada de las diferentes prestaciones de salud gestionadas en el SISA.

ANÁLISIS PROVINCIAL

Según los datos obtenidos de Más Salud con código de enfermedad celíaca registrados se analiza que la tendencia en estos últimos 5 años es en aumento de casos diagnosticados. Todavía falta captación y diagnóstico según estándares de incidencia nacional donde 1 de cada 100 personas es celíaco.

El aumento de la tendencia puede deberse a mayor disponibilidad de test serológicos en la provincia. (Fig. 1)

Fig. 1. Evolución de celiaquía en niños y adultos. Jujuy. Años 2018 a 2022.



Fuente: Plataforma Mas salud y bases de datos Hospital Materno Infantil.

Vigilancia de
VIRUS
RESPIRATORIOS





ACTUALIZACION DE PATOLOGIAS RESPIRATORIAS HASTA SE 39/2023

✓ Entre SE01-38 de 2023 se registraron 845.835 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 137.771 casos de Neumonía, 181.911 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 15.424 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).

✓ La positividad calculada para la SE39/2023 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio es de 2,48% para SARS-CoV-2 entre las muestras analizadas por rt-PCR, sin detecciones de influenza ni de VSR.

✓ Entre los casos hospitalizados, para la SE39/2023 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2 fue de 7,53%, para influenza fue de 2,66% y para VSR 0,74%.

✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de parainfluenza, metapneumovirus, influenza, adenovirus y VSR.

✓ Entre las SE 01-39 del año 2023, se registraron 99 personas fallecidas con diagnóstico de influenza.

Fig. 2. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16/2022 a SE 39/2023.

INDICADORES UMA	Última semana			SE16/2022 – SE39/2023		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	1.071	116	10,83%	171.758	47.470	27,64%
SARS-CoV-2 por PCR	524	13	2,48%	33.378	6.483	19,42%
Influenza	52	0	0,00%	16.675	3.001	18,00%
VSR	31	0	0,00%	12.547	448	3,57%

Fuente: Dirección de Epidemiología de Nación, 2.023.

SITUACION NACIONAL COVID-19

En cuanto a Covid-19, se produjo un aumento de casos de COVID-19 entre las SE 30 y 37. Bajas coberturas de dosis de refuerzo en población objetivo.

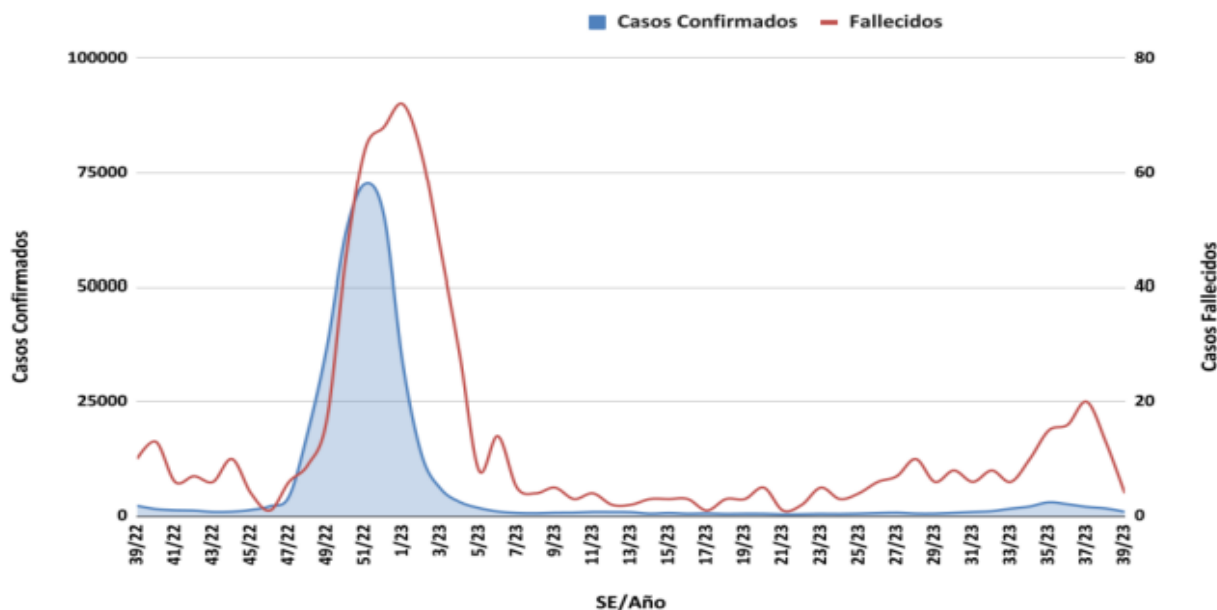
Ante este aumento en las últimas semanas se insta a los equipos de salud a fortalecer la vigilancia epidemiológica de casos hospitalizados, reforzar las estrategias de vacunación de la población objetivo y difundir las medidas de prevención y control a la población.

En ese contexto de una afectación mucho menor que en años previos, durante 2023 pueden diferenciarse hasta ahora tres momentos: desde SE01 a SE08 donde los casos presentaron una tendencia descendente (correspondiéndose con el descenso de una onda que había tenido su pico en la SE51/2022), y en la que el promedio de casos por semana fue de 7.445 y el de fallecidos de 30; otro desde la SE09 hasta la SE29, caracterizada por un bajo número de casos registrados y fallecidos, con un promedio de 645 y 4 respectivamente; y a partir de la SE30 se verificó un nuevo aumento en el número de casos, con un promedio de 1.699 casos y 11 fallecidos, registrándose el mayor valor de



casos en la SE 35 (3.049) y de fallecidos en la SE 37 (20), a partir de las cuales los casos fallecidos se encuentran en descenso (según datos a la SE 39).

Fig. 3: COVID-19: Casos confirmados y fallecidos por semana epidemiológica. SE 23/2022 a SE40/2023. Argentina.

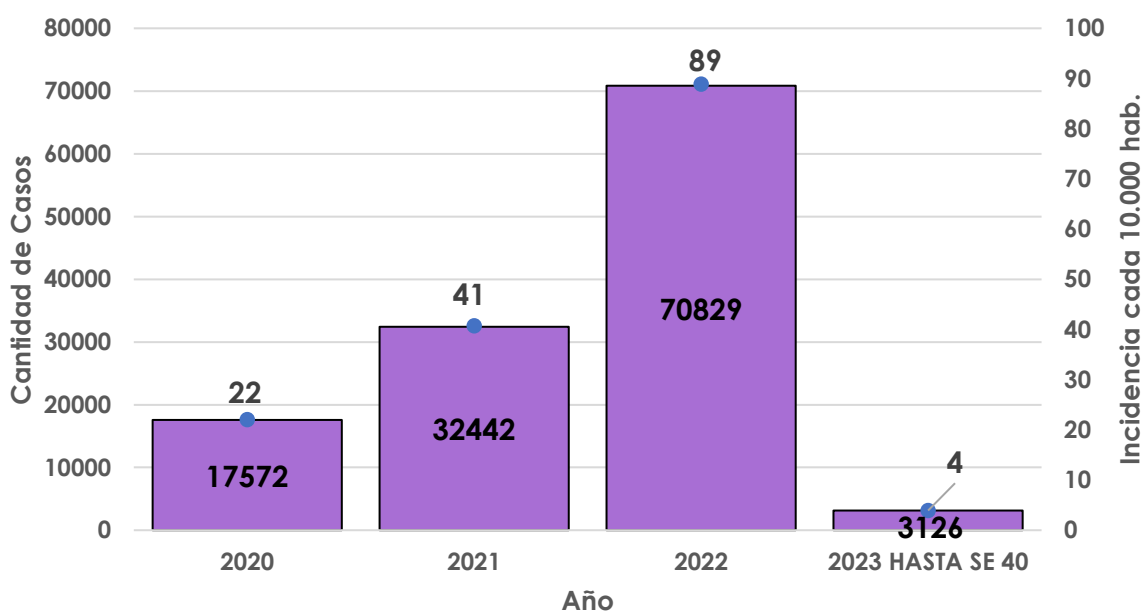


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0.

SITUACION PROVINCIAL

En la figura 4 se puede observar que el 2022, es el año con mayor incidencia en cuanto a casos y tasas en relación a 2020, 2021 y el año en curso. Debido a la detección de una nueva variante, Ómicron, que se expandió rápidamente generando un alto nivel de contagios relacionada a una transmisión comunitaria muy elevada, sobre todo en el mes de enero de ese año.

Fig. 4. Casos y tasas de COVID-19, año 2020 hasta SE 40/2023. Pcia. De Jujuy.



Fuente Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS2.0, 2.023.



Medidas de prevención

- Continuar con el uso adecuado del barbijo en establecimientos de salud, para atención de pacientes y personas con sintomatología.
- Asegurar la ventilación de los ambientes.
- Mantener la higiene adecuada y frecuente de manos.
- Ante la presencia de síntomas, evitar el contacto con otras personas, no acudir a actividades laborales, sociales, educativas, lugares públicos y evitar el uso del transporte público.

Queda sin efecto la obligatoriedad del uso del barbijo, del distanciamiento social de dos metros y el autoreporte de síntomas en la aplicación Cuidar.

Cada Jurisdicción podrá adoptar las recomendaciones pertinentes en función de su situación epidemiológica particular y la estrategia sanitaria planificada.

Siguiendo con la vigilancia epidemiológica clínica y por laboratorio de los pacientes con sospecha de COVID-19 en la provincia de Jujuy, en el siguiente cuadro se presenta la situación epidemiológica actual con las cantidades totales, durante SE 40 del año 2023.

Fig. 5. Situación provincial: Generalidades. Vigilancia Epidemiológica – Jujuy. Desde el inicio de la pandemia hasta SE 40/2023.



Fuente Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0, 2.023

Desde el inicio de la pandemia y hasta SE 40/2023 aún se registran un total de 1.808 fallecidos con diagnóstico de COVID.

INFORMACION NUEVAS VARIANTES SARS-COV-2

A nivel mundial, EG.5 es actualmente la VOI más prevalente, con el 26,1% de las secuencias en la SE32, superando a XBB.1.16. Además, es notable el aumento de prevalencia que presentó EG.5 desde la SE28, momento en el que solo representaba el 15,4% de las secuencias. XBB.1.16 y EG.5 han sido notificados en 109 y 57 países, respectivamente. XBB.1.5, notificada en 124 países de todo el mundo, continúa con

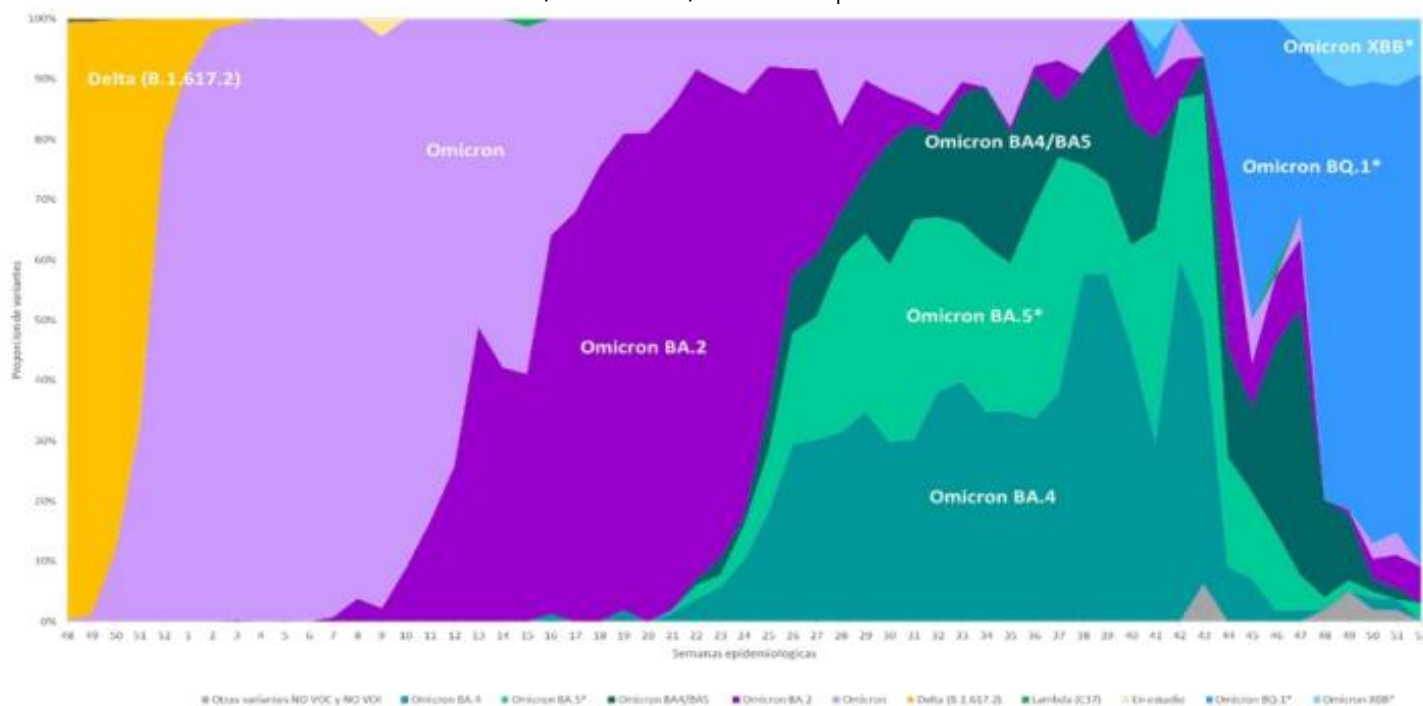
tendencia descendente, representando el 10,2% de las secuencias en la SE32 (frente al 12,2% de las secuencias en la semana 28).

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En relación a los linajes de Ómicron, se verifica una predominancia de la variante XBB* con algunas detecciones de BQ.1*, BA.2, BA.4 y BA.5.

Entre las SE 21-33 de 2023, se observó que XBB* se detectó en 310/324 muestras analizadas, BA.4 en 1/324 muestras y BA.5* en 1/324 muestras analizadas, sin detecciones de BQ.1* (*Indica la inclusión de linajes descendientes).

El 9 de agosto de 2023, la variante EG.5 fue designada por la OMS como Variante de Interés (VOI). En Argentina, al 13 de septiembre fueron identificados 10 casos aislados de la VOI EG.5 en Argentina, nueve con residencia en la provincia de Córdoba y 1 en Ciudad de Buenos Aires. Los casos fueron detectados a través de la vigilancia genómica realizada por la Red Federal de Genómica y Bioinformática.

Fig. 6. Distribución porcentual de variantes identificadas según SE de fecha de toma de muestra. SE48/2021- SE04/2023.Total país.



Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología e Información estratégica - Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

COVID-19 continúa siendo una amenaza importante y la Organización Mundial de la Salud insta a los Estados Miembros a sostener sus sistemas establecidos, mantener un sistema de alerta temprana, la vigilancia, la elaboración y presentación de informes, comunicación periódica, el seguimiento de variantes, la prestación de atención clínica, administración de refuerzos de vacunas a grupos de alto riesgo, optimización de los espacios y la ventilación.

SITUACION NACIONAL DE INFLUENZA

La definición de los Casos de Enfermedades Tipo Influenza se aplica a aquellas personas que buscan atención médica, debido a una enfermedad respiratoria acompañada de fiebre igual o superior a 38°C, y que además presentan tos o dolor de garganta.

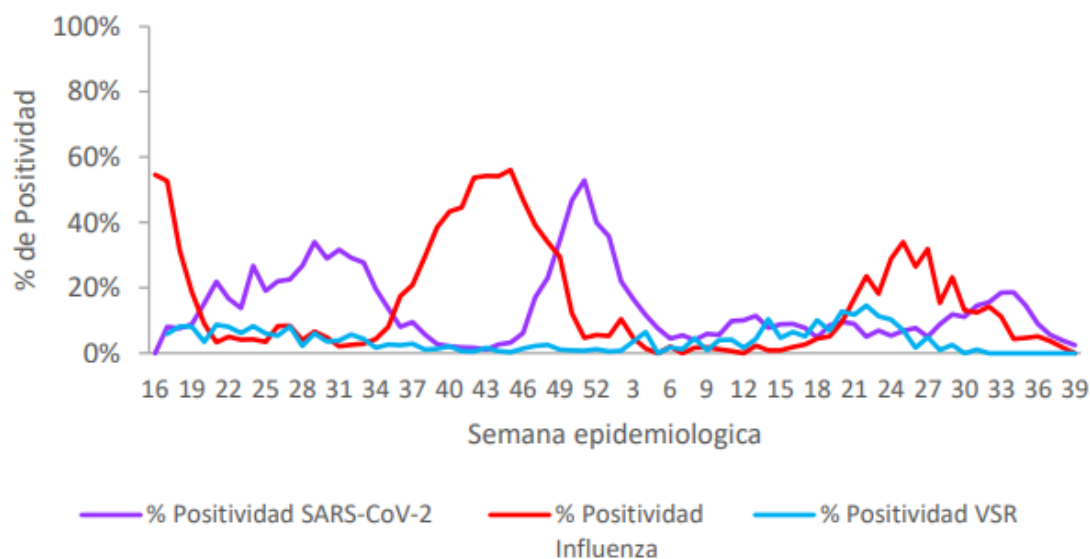
A nivel nacional se registraron 845.835 casos de Enfermedades Tipo Influenza. Las notificaciones de las ETI registradas en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud corresponden a personas de todas las edades a nivel país.

Los cuadros clínicos respiratorios se presentan con fiebre, tos intensa, náuseas, y en algunos casos vómitos.

VIGILANCIA EN PACIENTES AMBULATORIOS

Para SE 39/2023, el porcentaje de resultados positivos entre las muestras analizadas por rt-PCR en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio es de 2,48% para SARS-CoV-2, sin detecciones de influenza ni VSR. La positividad para SARS-CoV-2 presentó un ascenso entre las SE28-34, y permaneció en valores por encima de 10% hasta SE35, con un descenso en las últimas cuatro semanas epidemiológicas. Respecto a influenza, el porcentaje de positividad permanece por debajo del 10% desde SE34. No se registran casos de VSR en las últimas 8 semanas epidemiológicas.

Fig. 7. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16/2022 a SE 39/2023.



Fuente: Dirección de Epidemiología de Nación, 2.023.

VIGILANCIA EN PACIENTES INTERNADOS

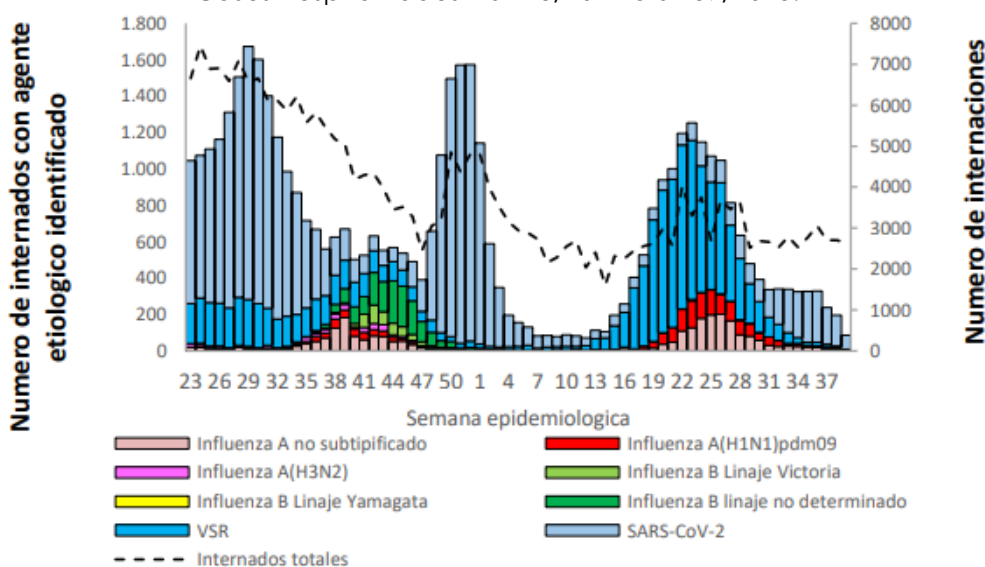
En términos acumulados, entre la SE23/2022 a SE39/2023, se notificaron 228.169 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 26.377 fueron positivas (porcentaje de positividad 11,56%). Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 42.674 muestras para virus influenza con 6.972 detecciones positivas (porcentaje de positividad 16,34%). De las mismas, 4.761 fueron influenza A y 2.211 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 2.069 muestras cuentan con subtificación, de las cuales 1.664 (80,43%) son influenza A (H1N1) pdm09 y 405 (19,57%) son influenza A (H3N2). En relación a influenza B,



1.718 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 493 a Influenza B linaje Victoria. Durante el mismo periodo, hubo 40.132 muestras estudiadas para VSR registrándose 13.287 con resultado positivo (porcentaje de positividad 33,11%). La positividad para VSR entre las muestras analizadas en casos hospitalizados presentó un ascenso entre las semanas 13 a 21, cuando alcanzó su valor máximo de 75,65%. Posteriormente, la tendencia fue descendente, con un valor de 0,74% en la SE39.

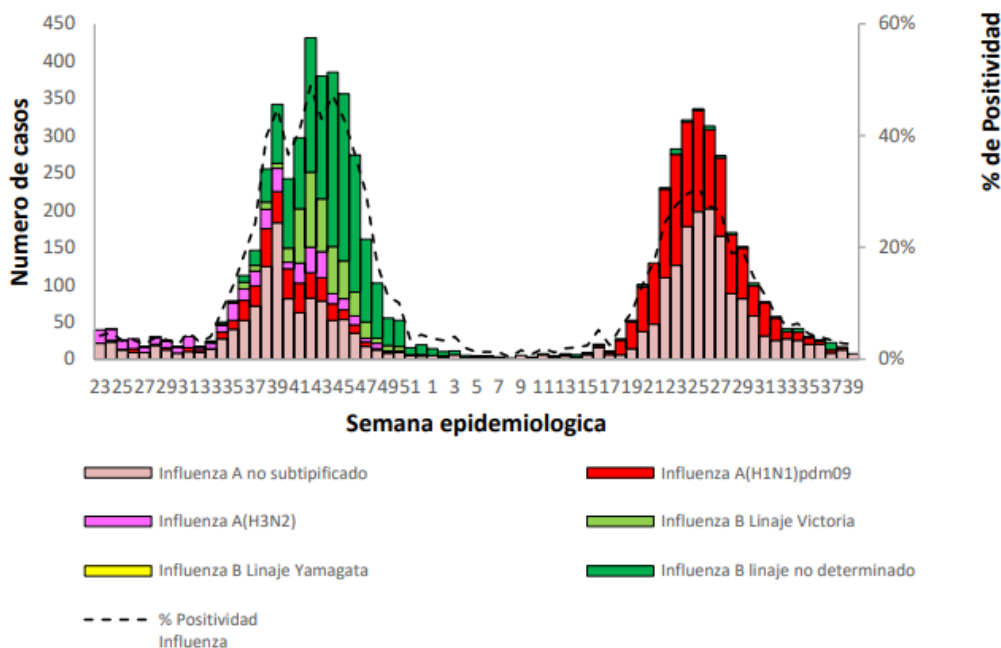
Respecto a las internaciones totales notificadas al evento "Internado y/o fallecido por COVID o IRA", en SE39 se observa un ligero descenso de 2,07% respecto a la semana epidemiológica anterior.

Fig. 8. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados – SE 23/2022 a SE 39/2023.



Fuente: Dirección de Epidemiología de Nación, 2.023.

Fig. 9. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE23/2022 a SE39/2023. Argentina.



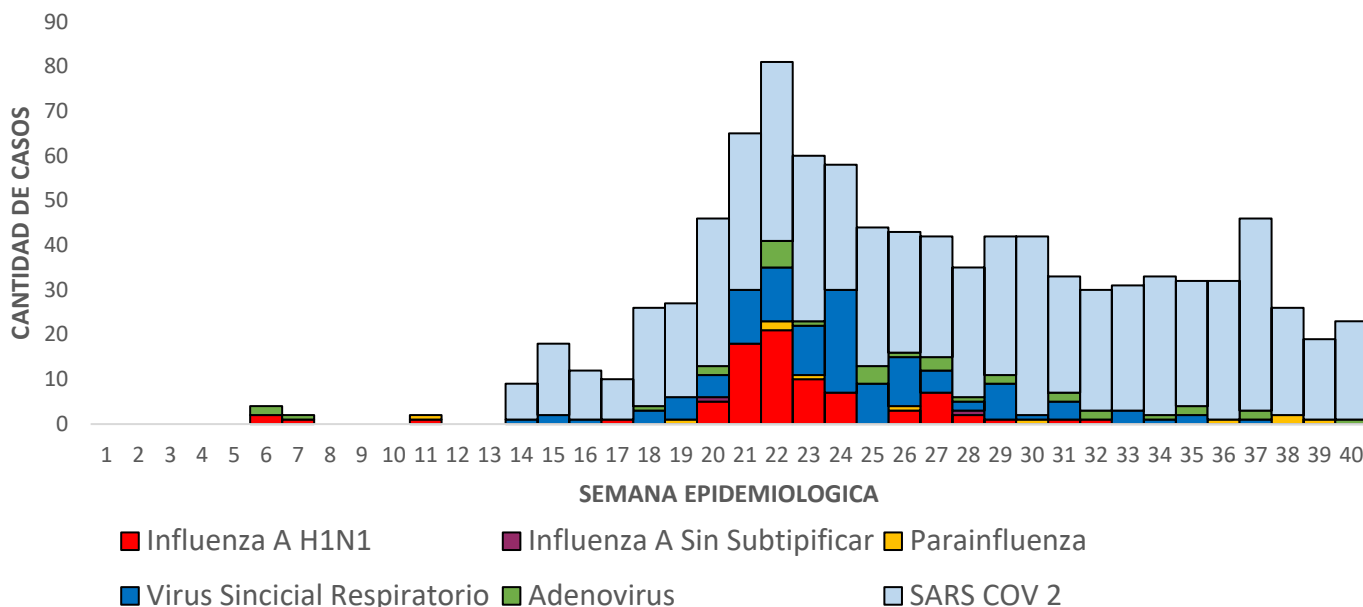
Fuente: Dirección de Epidemiología de Nación, 2.023.



SITUACIÓN PROVINCIAL

En el transcurso del año 2023, se observa un inicio de la actividad estacional, a partir de SE 18 con una pendiente ascendente. Desde SE 14 es notable la circulación del virus sincicial respiratorio (VSR) siendo el más detectado, seguido por el virus de influenza A(H1N1). A partir de SE 38 se observó una disminución en el número de casos de SARS-CoV 2 con una media semanal de 21 notificaciones. (Fig. 10)

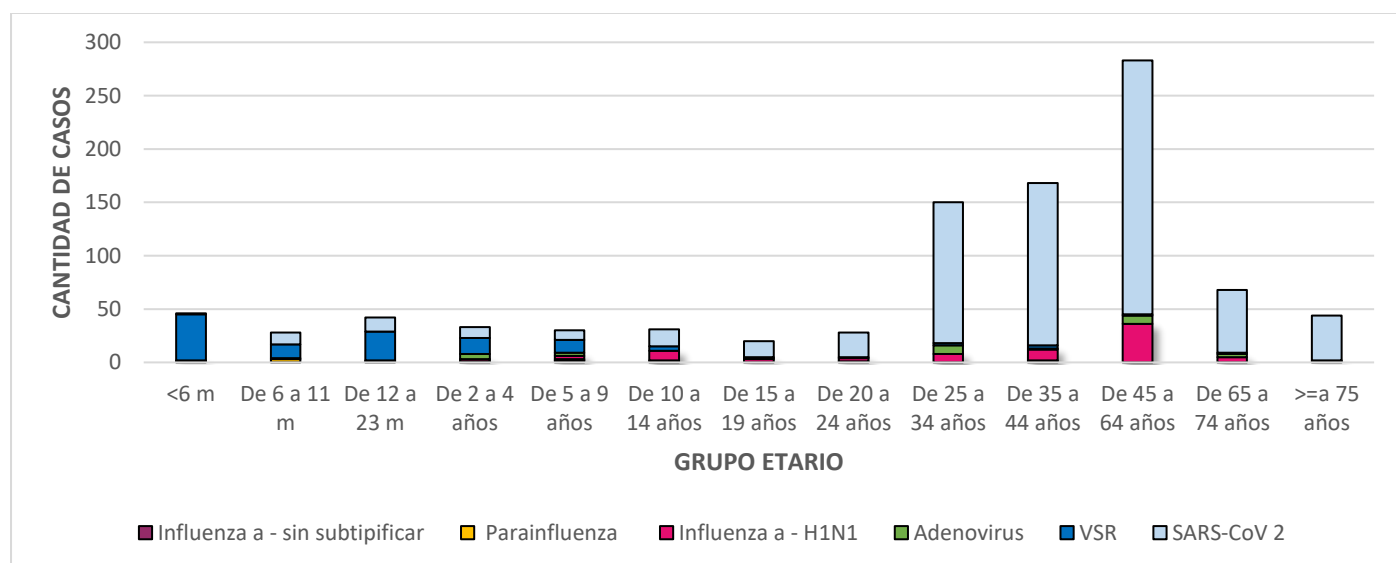
Fig. 10. Distribución de influenza, VSR, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE 14 a SE 40 de 2023. Jujuy. N= 984



Fuente: Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0, 2.023.

En la figura 11, se observa un mayor número de casos confirmados a partir del grupo etario de mayores de 25 años para SARS-Cov 2 y en el grupo de 45 a 65 años un aumento importante tanto para Influenza A como SARS-Cov 2. En los menores de 5 años continúa el predominio de VSR.

Fig. 11. Distribución de influenza, VSR, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE 01 a SE 40 de 2023. Jujuy. N= 984



Fuente: Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0, 2.023.



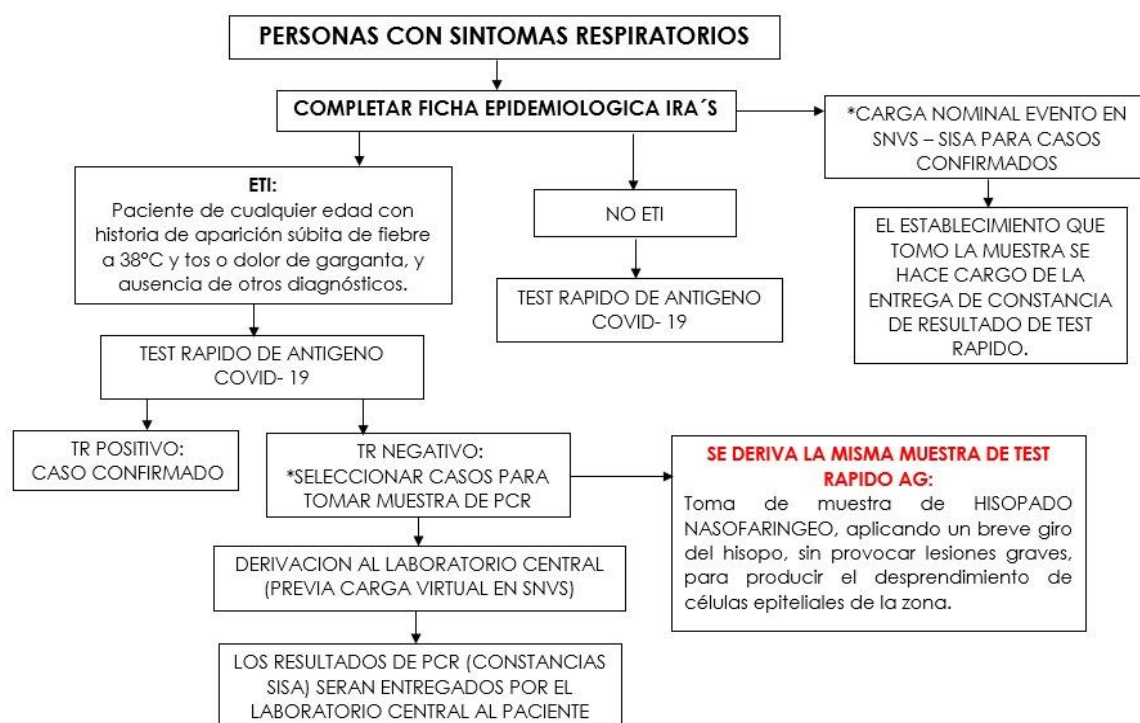
Ante esta situación epidemiológica se recomienda:

**Pacientes ambulatorios y que no requieran internación realizar test rápido.
Pacientes Internados realizar test PCR.**

VIGILANCIA UNIVERSAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

- Personas de todas las edades que asisten a la unidad de salud en forma ambulatoria.
- Tomar muestras de secreciones respiratorias, que cumplan con la definición de ETI y tengan hasta 72 Hs. de inicio de la fiebre.
- Entre los casos que cumplan con la definición de caso de ETI (enfermedad tipo influenza) se realizará un muestreo sistemático para ser estudiados por técnicas moleculares para SARS COV 2, influenza y VSR, las cuales serán derivadas al Laboratorio Central de Salud Pública de la provincia. (Fig. 12)

Fig. 12. Flujograma de vigilancia universal.



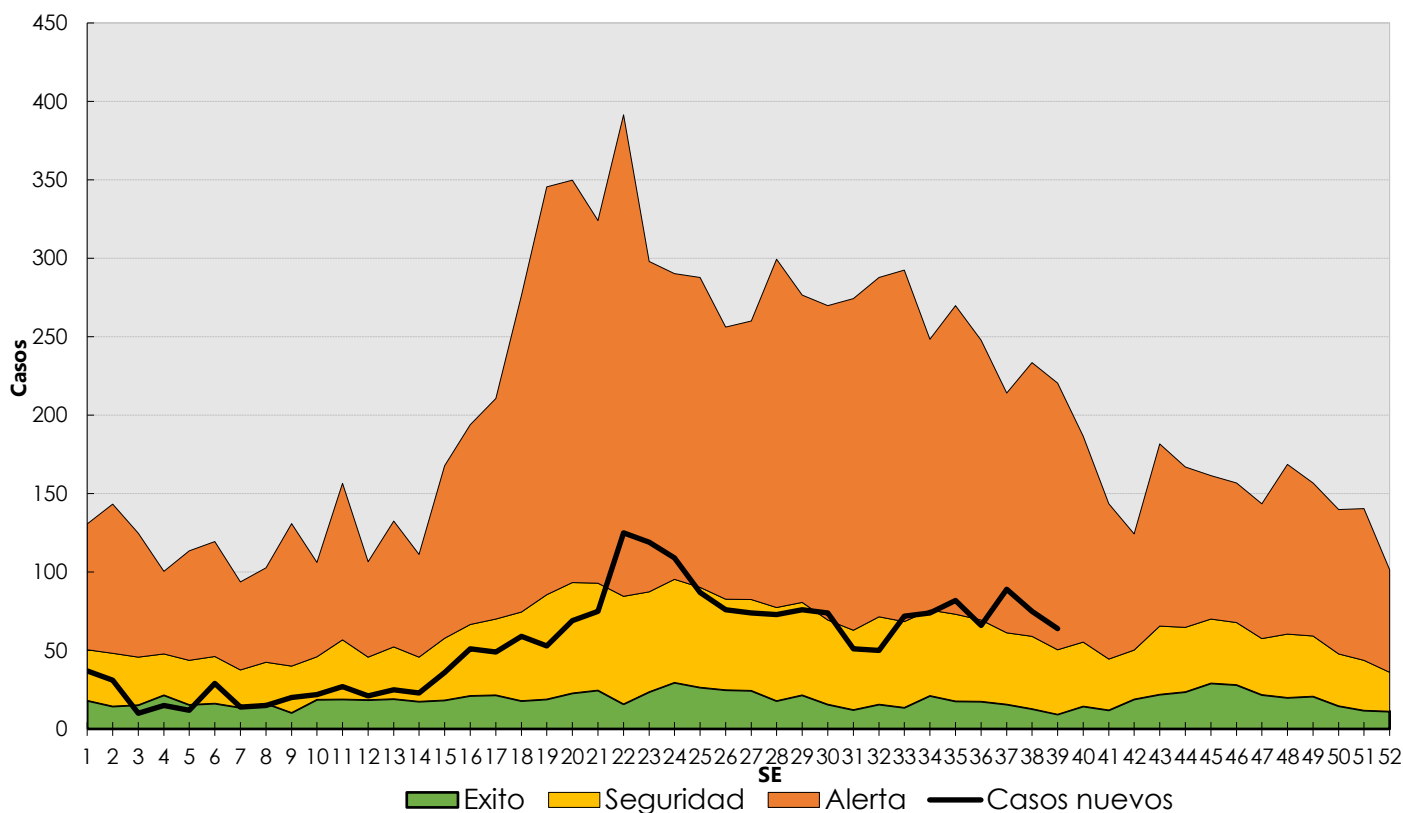
Fuente: Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0, 2.023.

BRONQUIOLITIS, ENFERMEDADES TIPO INFLUENZA Y NEUMONIA

La vigilancia epidemiológica de estas enfermedades resulta esencial para detectar precozmente el ascenso estacional de casos en cualquier época del año y lugar de la provincia; la identificación de los grupos poblacionales afectados; la frecuencia, distribución y características de los agentes etiológicos involucrados. **La vigilancia de las infecciones respiratorias agudas en nuestra provincia incluye históricamente los eventos:** Bronquiolitis, Enfermedad Tipo Influenza, Neumonía y los agentes virales bajo vigilancia, constituyen todos ellos Eventos de Notificación Obligatoria de conformidad con lo previsto por Ley 15.465.

En la figura 13 se observa que el evento Bronquiolitis alcanzó la zona de alerta entre SE 22 y 24, actualmente presenta notificaciones en la zona de seguridad.

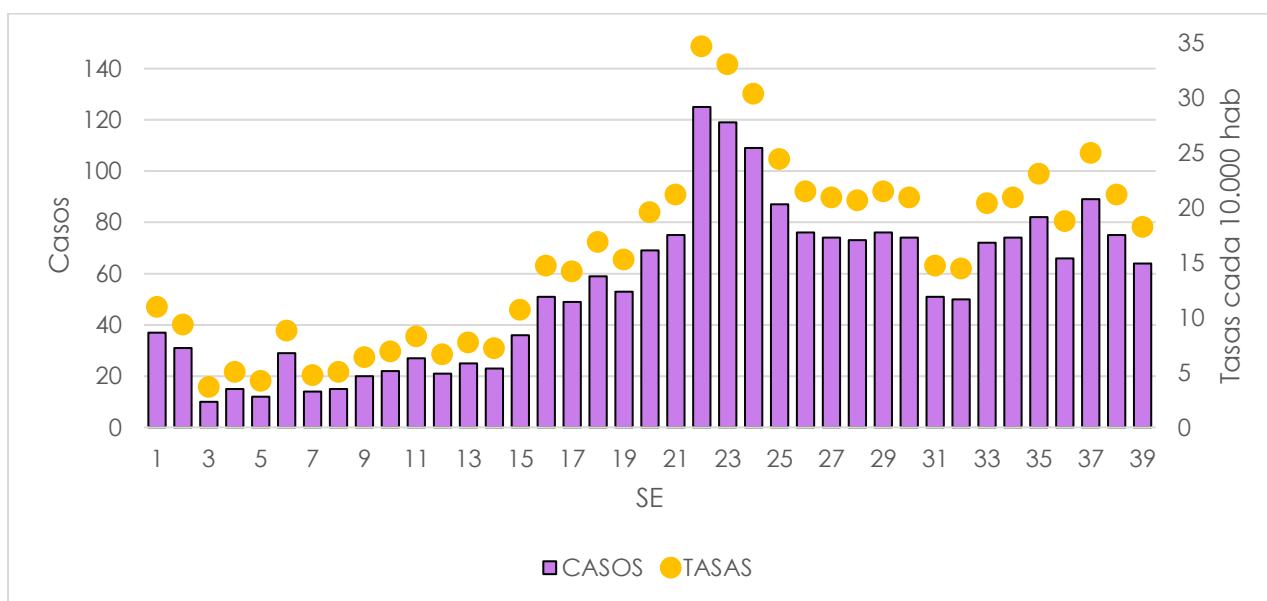
Fig. 13. Corredor Endémico Semanal de BRONQUIOLITIS SIN ESPECIFICAR - AMBULATORIOS E INTERNADOS - 2023 - Pcia. de Jujuy.



Fuente: Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS2.0, 2.023.

En la figura 14 se observa una comparativa de casos acumulados de Bronquiolitis desde SE 1 a SE 39, denotando un crecimiento significativo en la cantidad de casos en SE 22. Luego de mantenerse en descenso, crece levemente en SE 37.

Fig. 14. Casos y tasas de Bronquiolitis sin especificar, hasta SE 39/2023. Pcia. de Jujuy.



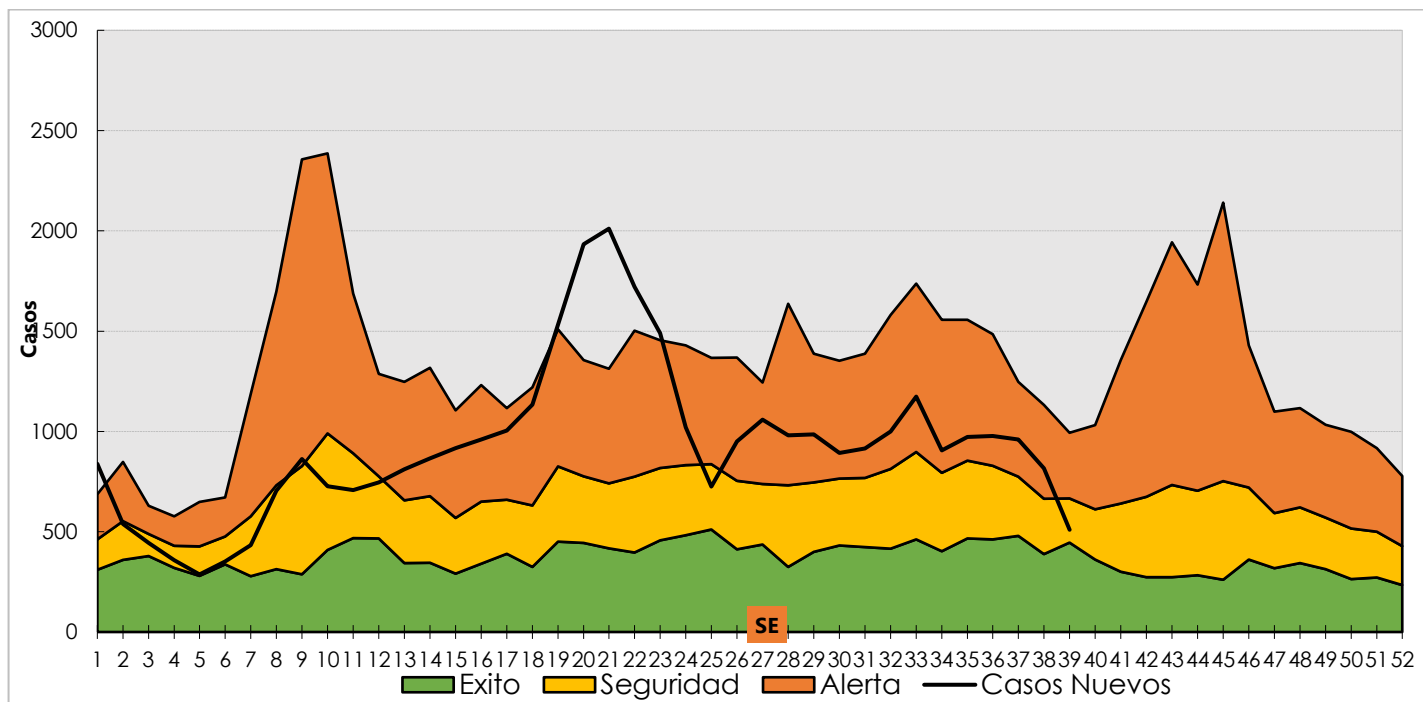
Fuente: Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS2.0, 2.023.



En cuanto al evento Enfermedad Tipo Influenza (Fig. 15), se observa que la zona de alerta fue alcanzada durante la primera semana del año. Sin embargo, a partir de la SE 2 a SE 6, la situación se estabilizó y se consideró una zona segura. En las SE 13 a 21 y 26 a 34, se registró un incremento en los casos, regresando a la zona de alerta.

Además, se ha activado la vigilancia epidemiológica, incluyendo la toma de muestras y los análisis de laboratorio para identificar el panel de virus respiratorio.

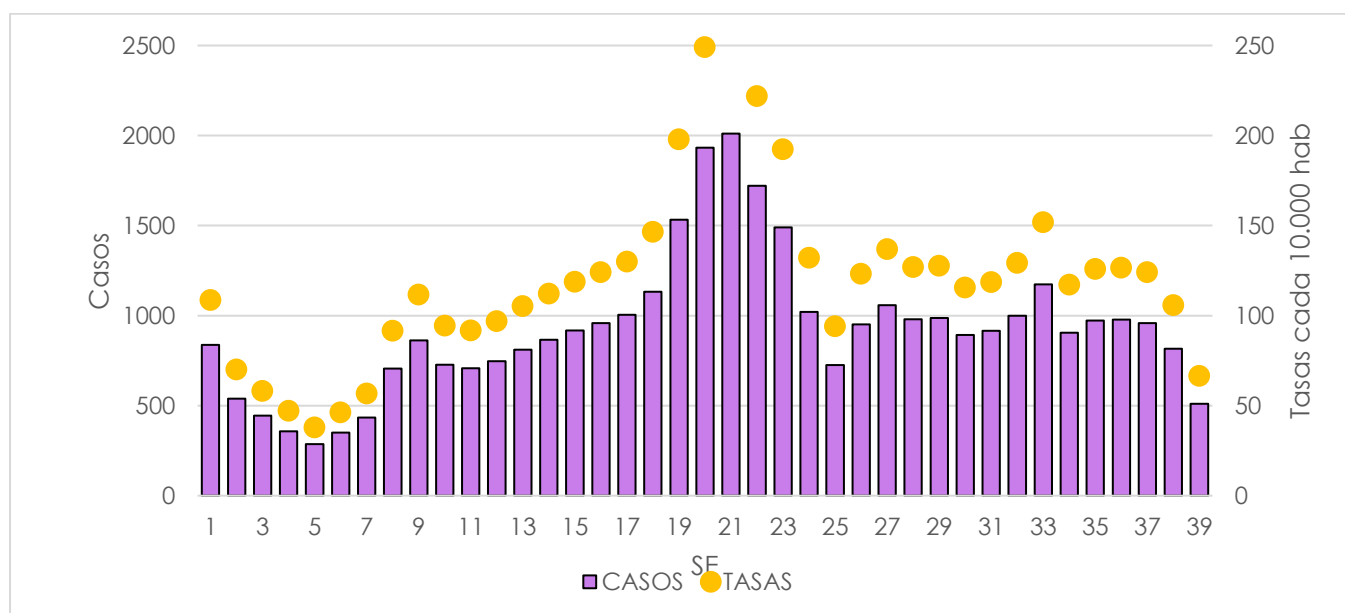
Fig. 15. Corredor Endémico Semanal de Enfermedades Tipo Influenza 2023. Pcia. de Jujuy.



Fuente: Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS2.0, 2.023.

En la figura 16 se observa un incremento en casos de Enfermedades Tipo Influenza desde SE 19 hasta SE 21, decayendo en la última semana.

Fig. 16. Casos y tasas de Enfermedades Tipo Influenza por Semanas Epidemiológicas, hasta SE 39/2023. Pcia. De Jujuy.

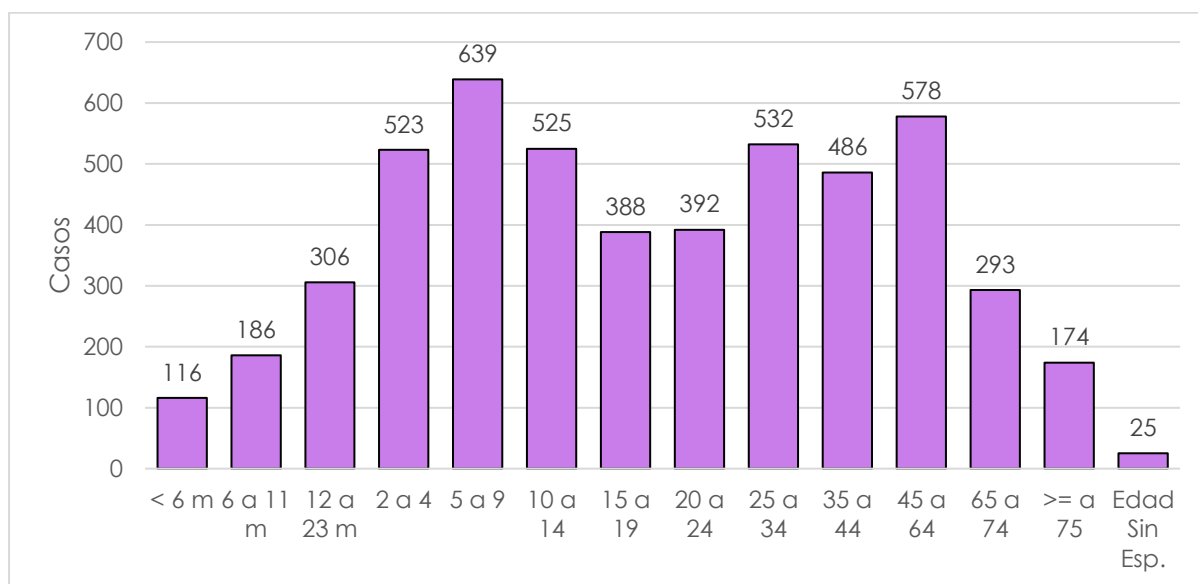


Fuente: Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS2.0, 2.023



En cuanto a la distribución por grupo etario se observa que los grupos de mayor prevalencia de casos se encuentran en el grupo de 5 a 9 años y 45 a 64 años. (Fig.17).

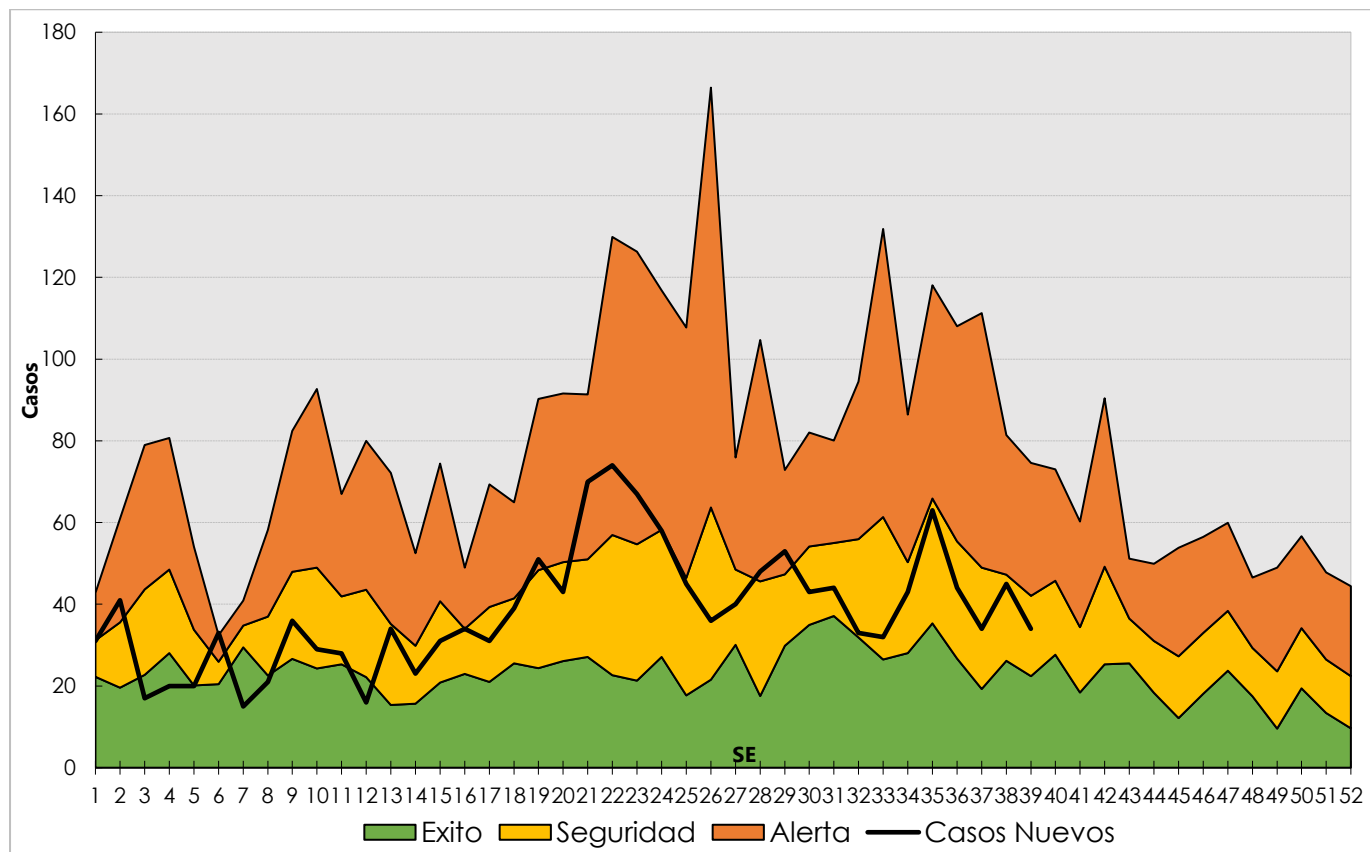
Fig. 17. Casos acumulados de Enfermedades Tipo Influenza según grupo etario 2018 a 2023. Pcia. De Jujuy.



Fuente: Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS2.0, 2.023.

Con respecto al número de notificaciones de Neumonías en las primeras semanas del año, se observa un incremento de casos que se mantienen dentro de la zona de seguridad hasta SE 12; posteriormente la curva alcanza la zona de alerta en SE 21 y 22. En SE 29 se denota un leve aumento tocando la zona de alerta. Actualmente la curva está en zona segura. (Fig. 18)

Fig. 18. Corredor Endémico Semanal de Neumonía 2023. Pcia. De Jujuy.

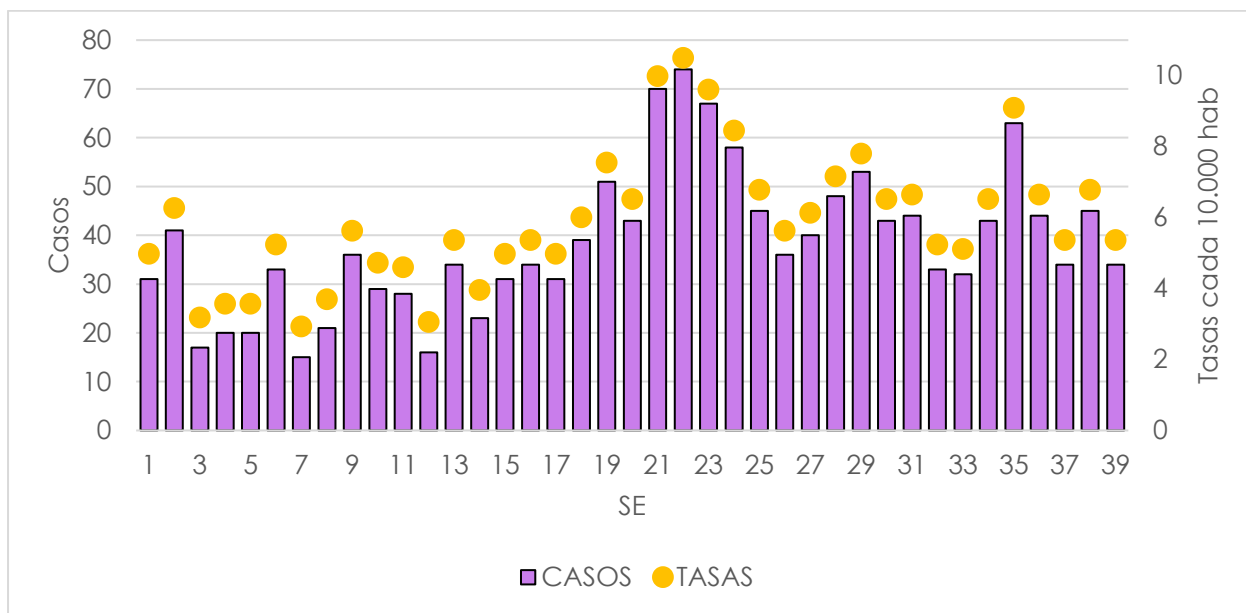


Fuente Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS2.0, 2.023.



En la figura 19 se observa una comparativa de casos de Neumonía desde SE 1 hasta SE 39, donde se resalta un crecimiento significativo en los casos notificados en SE 21, 22, 23 y 35. En la última semana se observa un leve aumento en casos notificados.

Fig. 19. Casos y tasas de neumonías por Semanas Epidemiológicas, hasta SE 39/2023. Pcia. de Jujuy.



Fuente Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS2.0, 2.023

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS

Tabla 1. Actividad de influenza y otros virus respiratorios en Latinoamérica.

ACTIVIDAD DE VIRUS RESPIRATORIOS				
REGION	IRAG	INFLUENZA	VSR	SARS-COV-2
AMERICA DEL NORTE	LIGERO INCREMENTO EN LA ULTIMA SE ASOCIADOS A SARS-COV-2.	NIVELES BAJOS DE CIRCULACION. PREDOMINIO DE A (H1N1) PDM09 E INFLUENZA B/VICTORIA.	LA ACTIVIDAD PERMANECE BAJA.	NIVELES MODERADOS. INCREMENTO EN LAS ULTIMAS 2 SE.
AMERICA CENTRAL	ACTIVIDAD EN DESCENSO EN LAS ULTIMAS SE ASOCIADOS A VSR.	ACTIVIDAD EN DESCENSO. PREDOMINIO DE INFLUENZA B/VICTORIA Y A (H1N1) PDM09.	ACTIVIDAD EN INCREMENTO. NIVELES MEDIO- ALTO DE CIRCULACION.	NIVELES BAJOS CON TENDENCIA DECRECIENTE.
PAISES ANDINOS	NIVEL EN DESCENSO ASOCIADO A INFLUENZA Y VSR	NIVELES BAJOS. PREDOMINIO DE INFLUENZA B/VICTORIA Y A (H1N1) PDM09	NIVELES BAJOS DE CIRCULACION	ACTIVIDAD EN DESCENSO. NIVELES MODERADOS DE CIRCULACION.
BRASIL Y CONO SUR	LA ACTIVIDAD SE ENCUENTRA EN DESCENSO.	NIVELES BAJOS DE CIRCULACION. PREDOMINIO DE A (H1N1) PDM09 Y DE INFLUENZA B/VICTORIA.	ACTIVIDAD EN DESCENSO EN LAS ULTIMAS 4 SE. NIVELES BAJOS.	NIVELES INTERMEDIOS DE CIRCULACION.

Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA).

RECOMENDACIONES SEGÚN ALERTA EPIDEMIOLOGICO EMITIDO POR OPS/OMS

Teniendo en cuenta el aumento de la actividad y las hospitalizaciones causados por las IRAG, se reitera las recomendaciones con relación a la vigilancia, prevención e inmunización contra la influenza y el COVID-19, el manejo clínico de los pacientes, la adecuada organización de los servicios de salud y la comunicación de las medidas preventivas.

MANEJO CLINICO

Los grupos con mayor riesgo de complicaciones relacionadas con la infección por influenza incluyen niños menores de dos años, adultos mayores de 65 años, mujeres embarazadas o en posparto, personas con morbilidad clínica, personas con inmunosupresión y personas con obesidad mórbida.

Cualquier persona con presentación clínica grave o progresiva de enfermedad respiratoria debe ser tratada con antivirales tan pronto como se sospeche. El tratamiento debe iniciarse incluso antes de tener la confirmación de laboratorio ya que el tratamiento tiene más éxito si se inicia pronto. La medicación sugerida es el Oseltamivir para personas con sospecha o riesgo de enfermedad grave.

En lo que respecta al tratamiento clínico y la profilaxis del VRS, los lactantes pequeños corren un mayor riesgo de sufrir complicaciones graves, de ser hospitalizados por la infección y representan la mayor carga de morbilidad. No existe tratamiento eficaz y los cuidados de apoyo siguen siendo la piedra angular del tratamiento clínico.

Las recomendaciones clave para el manejo del VRS incluyen:

- El diagnóstico de bronquiolitis y la evaluación de la gravedad de la enfermedad.
- Los factores de riesgo de enfermedad grave, como la edad inferior a 12 semanas, nacimiento prematuro, enfermedades cardiopulmonares entre otras.
- Los broncodilatadores, la epinefrina y los corticosteroides no deben administrarse a los lactantes y niños con diagnóstico de bronquiolitis. La solución salina hipertónica nebulizada se puede administrar a bebés y niños hospitalizados por bronquiolitis.
- No se debe usar antibióticos en niños con bronquiolitis a menos que haya infección bacteriana concomitante.
- Para evitar la propagación del virus respiratorio sincitial, las manos deben descontaminarse antes y después del contacto con los pacientes u objetos. El alcohol es el método preferido para esta acción.
- Los bebés no deben estar expuestos al humo del tabaco.
- Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante al menos 6 meses para disminuir la morbilidad de infecciones respiratorias.

CAMPAÑA DE VACUNACION CONTRA COVID-19

La vacunación es voluntaria e independiente de haber padecido la enfermedad, actualmente la población objetivo incluye a las personas a partir de los 6 meses de edad.

La estrategia contó con tres plataformas vacunales: ARN mensajero (Moderna y Pfizer-BioNTech mono y bivalentes), vector viral no replicativo (AstraZeneca/COVISHIELD, Sputnik V, Sputnik light, CONVIDECIA) y virus inactivados (Sinopharm). El esquema inicial fue de 1 o 2 dosis según el tipo de vacuna. En octubre de 2021 se definió la vacunación con una dosis adicional contra la COVID-19 en personas con inmunocompromiso y en personas de 50 años y mayores, que hayan recibido esquema primario con vacuna inactivada (Sinopharm). Paulatinamente se avanzó con la dosis de vacunación de refuerzo, iniciando en grupos poblacionales con mayor riesgo de padecer una enfermedad grave, alcanzando a toda la población de 18 años y mayores, y personas con inmunocompromiso a partir de los 12 años. En mayo de 2022, se avanzó con la estrategia de refuerzos en la población de 5 a 11 años, incorporando posteriormente a la población a partir de los 6 meses de edad. En mayo de 2023 se recomendó la aplicación de refuerzos estratificado según riesgo:

1. Riesgo alto de COVID-19 grave (personas con inmunocompromiso a partir de los 6 meses, personas gestantes, personas de 50 años y mayores) dosis de refuerzo 6 meses posterior a última dosis, continuar con igual periodicidad.
2. Riesgo intermedio de COVID-19 grave o alta exposición laboral a la infección por SARS-CoV-2 (personas menores de 50 años con comorbilidades no inmunosupresoras (enfermedades crónicas u obesidad), personal de salud y personal estratégico) dosis de refuerzo 6 meses posterior a última dosis aplicada, continuar con dosis anuales.
3. Riesgo bajo de COVID-19 grave (entre 6 meses y 49 años inclusive sin comorbilidades) refuerzo 12 meses posteriores a la última dosis aplicada, continuar con dicha periodicidad.

Vigilancia de **DENGUE**





SITUACION REGIONAL

A continuación, se presenta un cuadro con información actualizada sobre la situación de dengue en América. Los datos muestran la cantidad de casos confirmados y la circulación del virus en diferentes países de la región, destacando Brasil, Bolivia y Paraguay.

Tabla 2. Casos confirmados de dengue situación regional, hasta SE 39/2023.

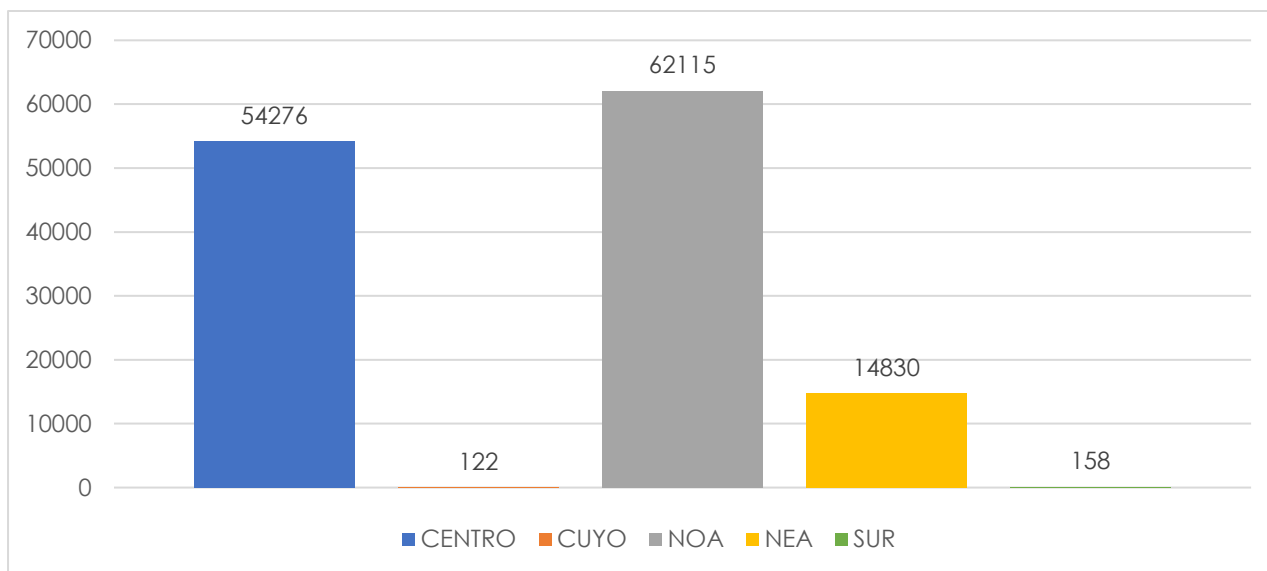
PAIS	CASOS CONFIRMADOS	SEROTIPOS	FALLECIDOS	LETALIDAD
BOLIVIA	139.339	DEN 1, 2	83	0,06
PARAGUAY	8.000	DEN 1, 2	10	0,13
BRASIL	2.569.746	DEN 1, 2	912	0,04

Fuente: Plisa, OPS., 2.023

SITUACIÓN NACIONAL

Desde SE1/2023 hasta SE39/2023 se han registrado en Argentina 131.501 casos de dengue de los cuales 122.907 son autóctonos, 7.058 se encuentran en investigación y 1.536 presentan antecedentes de viaje (importados).

Fig. 20. Casos confirmados por región, año 2023.

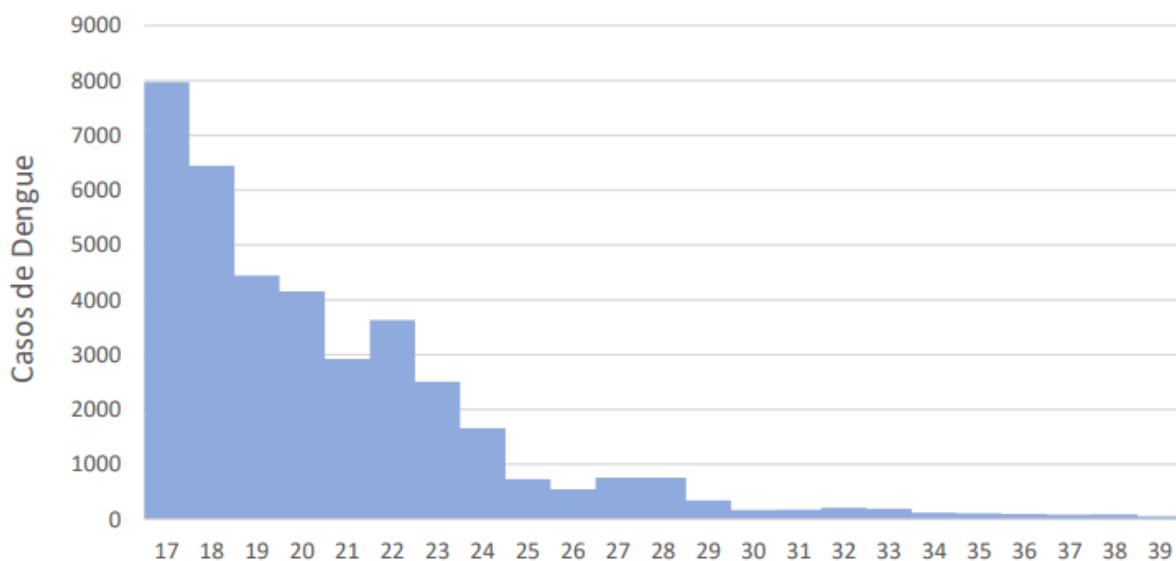


Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, 2.023.

La curva epidémica muestra que los casos aumentaron desde SE 7/8 hasta la SE 16, a partir de la cual comenzó el descenso de los casos a un ritmo similar al que había tenido el aumento, hasta las SE 17/18. A partir de entonces el descenso continuó a un ritmo más

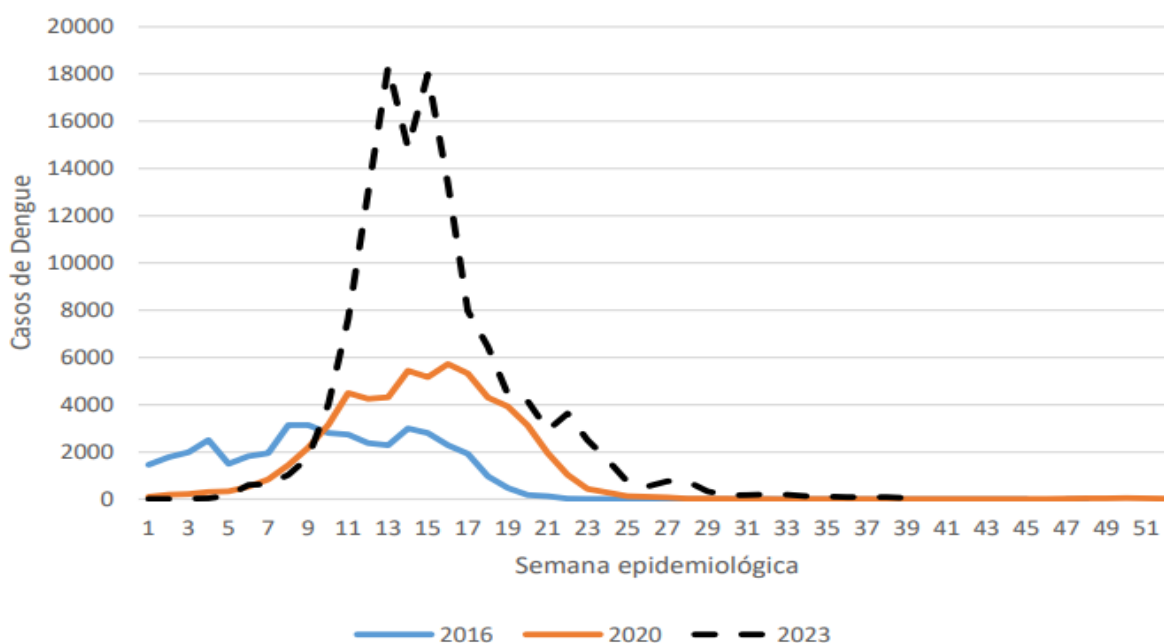
lento y, a partir de la SE 30, se registraron casos confirmados esporádicos en diferentes localidades y persistencia de casos la provincia del Chaco. (Fig. 21)

Fig. 21. Casos de Dengue por SE epidemiológica. SE 1/2023 a SE 39/2023, Argentina.



Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, 2.023.

Fig. 22. Casos de dengue según año. Años 2016, 2020 y 2023. Argentina.



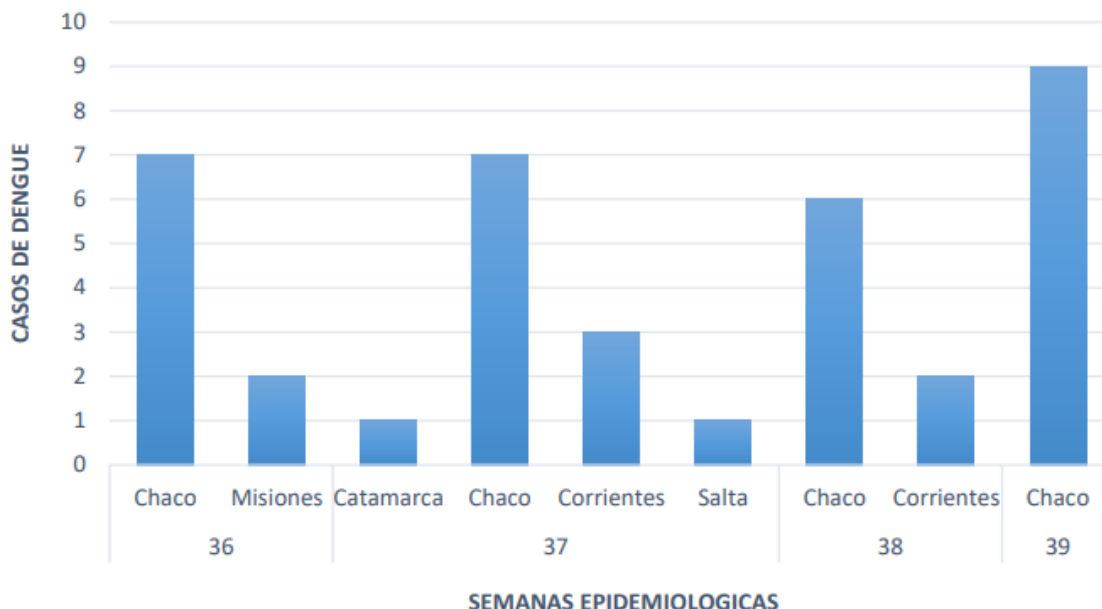
Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, 2.023.

En cuanto a la distribución espacial, en las últimas 4 semanas 9 departamentos pertenecientes a 4 jurisdicciones registraron casos confirmados autóctonos (Chaco en los departamentos San Fernando, Quitilipi, Comandante Fernández, 25 de Mayo, Independencia, Bermejo; Catamarca en San Fernando del Valle de Catamarca, Capital; Salta en el departamento Gral. José de San Martín y Misiones en Posadas, Capital). Así mismo, otros 2 departamentos registran casos confirmados en Investigación en Misiones,



departamento San Ignacio; y Corrientes, en el departamento Capital. Los otros 173 departamentos que registraron casos autóctonos durante este año han pasado 28 días o más sin registrar nuevos casos.

Fig. 23. Casos de dengue por jurisdicción. Casos autóctonos y en investigación confirmados por laboratorio. SE 32 a SE 39. Año 2023. Argentina.



Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, 2.023.

Del total de casos fallecidos, se identifica: 33 serotipo DENV-2 y 9 serotipo DEN-1. La tabla 3, muestra la cantidad de casos fallecidos según provincia de residencia.

Tabla 3. Casos fallecidos según resultados de laboratorio por jurisdicción. N=64

PROVINCIA DE RESIDENCIA	DEN-1	DEN-2	SIN IDENTIFICACION DE SEROTIPO	TOTAL
BUENOS AIRES		2	1	3
CABA		3	5	8
CORDOBA	2	1		3
CORRIENTES			1	1
ENTRE RIOS		1		1
JUJUY		11		11
SALTA		6	8	14
SANTA FE	5	2	2	9
SANTIAGO DEL ESTERO	2	1	2	5
TUCUMAN		7	2	9
TOTAL	9	33	21	64

Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, 2.023.

En cuanto a la distribución por edad, se registran casos en todos los grupos con una mediana de 51 años, mínimo menor de 1 año y máximo 87. Las tasas de mortalidad más elevadas corresponden a mayores de 80 años. En 36 casos fallecidos se registraron una o más comorbilidades siendo las más frecuentes obesidad, diabetes y enfermedad



neurológica crónica, mientras que 18 casos no poseían comorbilidades y en 11 no se registraron datos.

SITUACIÓN PROVINCIAL

En esta nueva temporada 2023/2024, que inicio en SE 34 hasta SE 39, se notificó un total de 36 casos, sin registro de casos confirmados. (Tabla 4)

No obstante, en la temporada 2022/2023 se registraron 10 casos aislados de DEN-1, correspondientes 1 (uno) a San Salvador y 9 (nueve) a la ciudad de Perico.

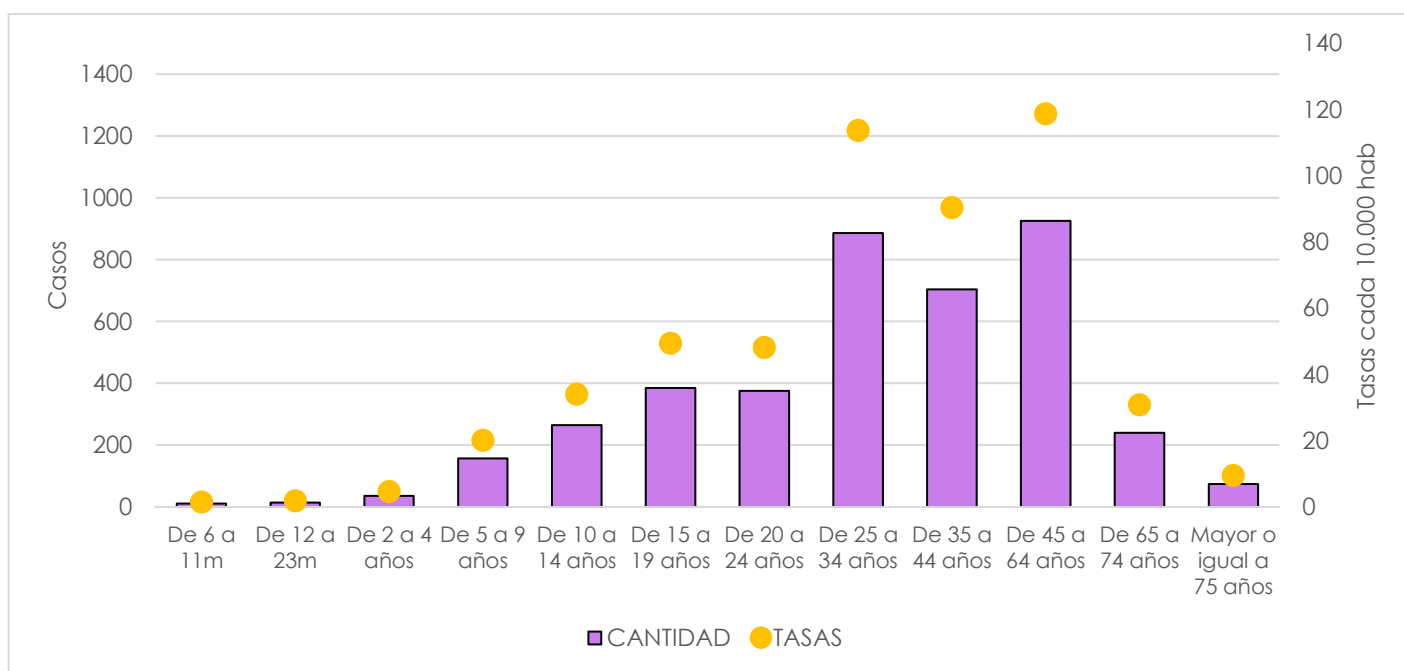
Tabla 4. Casos notificados por Departamento de residencia desde SE 34 hasta SE 39/2023. Pcia. de Jujuy.

DEPARTAMENTO	CASOS NOTIFICADOS
SAN PEDRO	19
LEDESMA	7
SANTA BARBARA	5
EL CARMEN	2
SAN ANTONIO	1
DR. MANUEL BELGRANO	1
PALPALA	1
TOTAL	36

Fuente: Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0

En relación al grupo etario, en la figura 24, puede observarse que afecta de forma mayoritaria y relativamente homogénea a personas entre 45 y 64 años, seguidos del grupo de 25 a 34 años y adultos de entre 35 a 44 años.

Fig. 24: Casos y tasas de Dengue por grupo etario hasta SE 39/2023. Pcia. de Jujuy.



Fuente: Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0, 2.023.

NUEVA MODALIDAD DE VIGILANCIA. Notificación e interpretación

A partir de SE29 la vigilancia de dengue en todo el territorio deberá seguir los mismos criterios aplicables a períodos inter-epidémicos, es decir, tomando en cuenta la necesidad de confirmar o descartar por laboratorio todo caso sospechoso (de la misma manera que se realiza la vigilancia en zonas con presencia del vector y sin circulación viral confirmada).

Para ello deberá observarse estrictamente la definición de caso sospechoso:

CASO SOPECHOSO DE DENGUE:

- Toda persona que resida o haya viajado en los últimos 14 días a un área con circulación viral de dengue o presencia del vector; y
- Presente fiebre, de menos de siete (7) días de duración, sin síntomas de vías aéreas superiores (síndrome febril agudo inespecífico -SFAI)
- **y presente dos o más de los siguientes signos y síntomas (sin etiología definida):**
 - Náuseas/vómitos;
 - exantema (erupciones cutáneas);
 - mialgias, artralgias;
 - cefalea/dolor retro ocular;
 - petequias/prueba del torniquete positiva; leucopenia; plaquetopenia; anorexia,
 - malestar general; diarrea;

o:

- **Presente cualquier signo 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,

o:

Presente cualquier criterio 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) u otros órganos.

Modalidad de notificación: Inmediata ante la sospecha

- **Ya no puede utilizarse la confirmación por nexo epidemiológico, sino que deben estudiarse por laboratorio el 100% de los casos sospechosos.**
- Deben realizarse acciones de control de foco ante todo caso sospechoso.



- Todas las localidades SIN casos confirmados por laboratorio durante dos períodos de incubación máximo (28 días) serán consideradas áreas en donde se ha interrumpido la circulación viral.
- Todas las localidades donde se registren dos o más casos confirmados por laboratorio, sin antecedente de viaje y con fecha de inicio de los síntomas en los últimos 14 días serán consideradas zonas con circulación viral activa.
- Se recuerda que un diagnóstico no realizado en la situación actual puede contribuir con una mala calidad de atención, ya que el valor predictivo positivo del diagnóstico sindrómico de dengue en el momento actual es bajo.
- **Los datos críticos para la vigilancia epidemiológica que deben ser registrados en todo caso notificado al Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS2.0):**
 - identificación correcta del ciudadano,
 - fecha de inicio de los síntomas recabada y registrada en el SNVS de manera correcta;
 - signos y síntomas compatibles con la definición de caso y datos de internación y condición de alta o egreso si correspondiera,
 - datos de laboratorio completos, incluyendo fecha de toma y tipo de muestra.
 - Antecedentes de viaje dentro de los últimos 14 días.

En la actual situación epidemiológica es importante la toma de muestras tempranas para el estudio por métodos directos.

Acciones de forma permanente y sostenida durante el año

- **Saneamiento ambiental:** Consiste en mantener la limpieza y el orden en los edificios públicos, implicando el desmalezado y eliminación de los recipientes que puedan ser potenciales criaderos para el mosquito. Eliminación de inservibles, anteriormente llamado “descacharrado”.
- **Control focal:** Se considera “foco” a cualquier recipiente con agua que contiene larvas de *Aedes aegypti*. Se aplica en viviendas, alrededores inmediatos, terrenos baldíos, parques y jardines públicos. Para su ejecución, es necesario un personal debidamente capacitado.

Educación: Implica participación comunitaria y comunicación de riesgo, que hace referencia a un proceso donde el individuo se transforma en un sujeto protagónico, capaz de incidir en la reconstrucción de su espacio, la prevención de enfermedades, la transformación de su entorno y las problemáticas cotidianas. Una herramienta activa también es la difusión de campañas de promoción por distintos medios de comunicación y capacitación a profesionales de la salud.

GLOSARIO

SE: Semana Epidemiológica.

SNVS 2.0: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Integra las estrategias de vigilancia clínica, por laboratorios, unidades centinela y de programas específicos, a través de una plataforma montada en Internet que permite la notificación en tiempo real a diferentes niveles (locales, provinciales, nacionales) de distintos eventos bajo vigilancia y el análisis sistemático y rápido de la información disponible que permitan orientar las acciones de salud en cada uno de los niveles involucrados.

Dx: Diagnóstico Médico - proceso de determinación de tipo de enfermedad sobre la base de las quejas y síntomas.

ETI: Enfermedad Tipo Influenza

IRA: Infecciones Respiratorias Aguda

EPP: Equipamiento de Protección Personal

VSR: Virus Sincicial Respiratorio

OPS: Organización Panamericana de la Salud

VOI: Variante de interés (Sars-cov-2)

DATOS ÚTILES DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SANIDAD

San Martín N° 41, (Y4600ADA) \ S. S. de Jujuy - Jujuy, Argentina

Teléfono: 0388-4245530

epidemiologiajujuy@gmail.com

www.msaludjujuy.gov.ar:8081/

ANEXO



IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: Provincia: Departamento:
 Fecha de notificación: / / Apellido y nombre del notificador/a:
 Teléfono: Correo electrónico:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: D.N.I. D.E. IND. Nº Apellido y Nombre:
 Teléfono: Fecha de nacimiento: / / Embarazada: SI NO
 Lugar de residencia: Provincia: Departamento: Localidad:
 Domicilio: Calle/Manzana: Nº Piso Depto.: Cód. Postal:

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta: / / Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS): / /

Fiebre < 38 °C	Dolor garganta	Tos	Dificultad respiratoria	Cefalea	Mialgias
Fiebre ≥ 38 °C	Vómitos	Rinitis/Congestión nasal	Anosmia de reciente aparición	Disgeusia de reciente aparición	Diarrea
Astenia					

Diagnóstico sintromico:

Bronquiolitis Neumonía IRAG IRAG - I Otro:

Presenta enfermedades previas, factores de riesgo, comorbilidades: SI NO

Asma	Diálisis crónica	Insuficiencia renal crónica	Fumador/a	Tuberculosis
Bajo peso al nacer	Embarazo y/o puerperio	Obesidad (IMC 30-39,9)	Insuficiencia cardíaca	Obesidad mórbida (IMC >39,9)
Bronquiolitis previa	Hepatopatía crónica	Inmunosupresión congénita o adquirida	Hipertensión arterial	Otras:
Diabetes	Enfermedad neurológica crónica	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Neumonía aguda de la comunidad previa	
Diálisis aguda	Enfermedad oncológica	Ex fumador/a	Prematuridad	

Tratamiento de oseltamivir administrado: SI NO

Internado: SI / NO Fecha: / / UTI: SI / NO Fecha: / / ARM: SI / NO
 Fallecido: SI / NO Fecha: / /

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS / VACUNACIÓN

Antecedente de viaje los últimos 14 días: SI NO Fecha: / / Lugar:
 Vacunación COVID-19: SI NO Fecha última dosis: / /
 Vacunación antigripal: SI NO Fecha última dosis: / /

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada:
 Hisopado nasofaríngeo para test de Ag Hisopado nasofaríngeo para métodos moleculares Hisopado nasal Saliva
 Otros: Fecha de toma de muestra: / /
 ¿No fue posible tomar muestra de laboratorio Por qué? (consignar en observaciones)
 Derivado para Influenza y OVR: SI NO Fecha de derivación: / /

CLASIFICACIÓN DE CASO

SARS COV-2 positivo por Test Ag – Derivado para OVR	Negativo COVID por TR – Derivado para OVR
Virus sincial respiratorio (VSR) Positivo	SARS COV-2 positivo por Test Ag – No Derivado para OVR
Negativo para SARS COV 2 y OVR	Influenza A – Derivado para Subtipificación

Firma y aclaración notificador/a:

DIRECCION PROVINCIAL
DE SANIDAD



GOBIERNO DE JUJUY
MINISTERIO DE SALUD

Ministerio de Salud
www.salud.jujuy.gob.ar

Facebook: saludjujuy | Twitter: @saludjujuy

Dirección Provincial de Sanidad
www.msaludjujuy.gov.ar:8081

Facebook: Dirección Provincial de Sanidad
Instagram: dpsanidad

