ISSN: 2422-698X (en línea) ISSN 2422-6998 (correo electrónico)



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA

10

NÚMERO 644
AÑO 2023

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Ministerio de Salud
Argentina

AUTORIDADES

PRESIDENTE DE LA NACIÓN
DR. ALBERTO ÁNGEL FERNÁNDEZ

MINISTRA DE SALUD DE LA NACIÓN
DRA. CARLA VIZZOTTI

JEFA DE GABINETE
LIC. SONIA GABRIELA TARRAGONA

SECRETARIA DE ACCESO A LA SALUD
DRA. SANDRA MARCELA TIRADO

SUBSECRETARIA DE MEDICAMENTOS E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA
DRA. NATALIA GRINBLAT

DIRECTORA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA
DRA. ANALÍA REARTE

DIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA
MG. CARLOS GIOVACCHINI

CONTENIDO

Staff 1

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES 2

Influenza aviar 3

Viruela símica / Mpox 7

EVENTOS PRIORIZADOS 10

Vigilancia de dengue y otros arbovirus 11

Vigilancia de Infecciones respiratorias agudas 25

INFORMES ESPECIALES 47

Exceso de mortalidad en Argentina. Años 2020- 2021 48

ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLOGICAS INTERNACIONALES 55

Alerta Epidemiológica: Brotes de influenza aviar por influenza A(H5N1) en la Región de las Américas 56

Sarampión - Nepal 58

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 59

TUCUMÁN: Boletín Epidemiológico SE 11 61

MISIONES: Informe Epidemiológico Semanal - SE 10 62

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA 63

Dengue y chikungunya: clasificaciones según lugar de adquisición y sujetos obligados a notificar 64

Recomendaciones para el abordaje comunicacional en la prevención de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos 66

Situaciones epidemiológicas emergentes y reemergentes en el espacio CAPS 67

Presentación en COFESAMA de la vigilancia de intento de suicidio 68

STAFF

Dirección de Epidemiología

Carlos Giovacchini
Agustina page
Tamara Wainziger
Silvina Erazo
Sebastián Riera
María Marta Iglesias
María Belén Markiewicz
Luciana Iummato
Leonardo Baldiviezo
Julio Tapia
Abril Joskowicz
Irene Oks
Juan Pablo Ojeda
Ignacio Di Pinto
Guillermina Pierre
Camila Domínguez
Paula Rosin
Fiorella Ottonello
Federico M. Santoro
Cecilia S. Mamani
Carla Voto
Antonella Vallone
Mariel Caparelli
Claudia Ochoa
María Pía Buyayisqui
Karina Martínez
Ezequiel Travin
Dalila Rueda
Analí López Almeyda
Laura Bidart
Mariel Caparelli
Mercedes Paz
Georgina Martino
Alexia Echenique
Estefanía Cáceres
Silvina Moisés

Contribuyeron además con la gestión y/o análisis de la información para la presente edición:

- Informe viruela símica: Adrián Lewis[1]
- Informe infecciones respiratorias agudas: Andrea Pontoriero[2], Josefina Campos[3].
- Informe infecciones respiratorias agudas: Andrea Pontoriero[4], Josefina Campos[5].
- Informe Exceso de Mortalidad, Silvina Moisés[6], Dalila Rueda[6], Carlos Guevel[7],Adrian Santoro[C], Victoria Riso[7], Emanuel Cardozo[7]

Imagen de tapa: Levantamiento Rápido de Índices de Infestación de *Aedes aegypti* (LIRAa) - Control focal dengue en Corrientes 2022, aportada por Ángela Bobadilla.

Este boletín es el resultado del aporte de las personas usuarias del SNVS[2.0] que proporcionan información de manera sistemática desde las 24 jurisdicciones; de los laboratorios nacionales de referencia, los referentes jurisdiccionales de vigilancia clínica y laboratorial y de los programas nacionales de control, que colaboran en la configuración, gestión y usos de la información.

1 Laboratorio Nacional de Referencia Viruela símica, INEI-ANLIS.

2 Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios, INEI-ANLIS.

3 Plataforma de Genómica, ANLIS.

4 Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios, INEI-ANLIS.

5 Plataforma de Genómica, ANLIS.

6 Dirección de Epidemiología

7 Dirección de Estadística e Información de Salud

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES

INFLUENZA AVIAR

INTRODUCCIÓN

La influenza aviar (IA) es una enfermedad viral altamente contagiosa que afecta tanto a las aves domésticas como a las silvestres. Aunque con menos frecuencia, también se aislaron virus de influenza aviar en especies de mamíferos, así como en seres humanos.

En general, las múltiples cepas del virus de influenza aviar pueden clasificarse en dos categorías en función de la gravedad de la enfermedad en las aves de corral (no en los seres humanos): Influenza aviar de baja patogenicidad (IABP) que, típicamente, causa pocos o ningún signo clínico; e, Influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) que puede causar signos clínicos graves y, potencialmente, altos índices de mortalidad en las aves. En el periodo epidémico actual el subtipo de Influenza identificado pertenece al grupo IAAP (Influenza A (H5N1)).

En las aves, el virus de la influenza aviar se elimina en las heces y las secreciones respiratorias, y puede transmitirse a través del contacto directo con las secreciones de las aves infectadas o indirecto, a través de los alimentos para animales y el agua contaminados. Debido a la naturaleza resistente del virus de la IA en el ambiente, incluida su capacidad para sobrevivir durante largos períodos a muy bajas temperaturas, también pueden transportarse en los equipos y propagarse de un establecimiento a otro.

Siempre que los virus de la influenza aviar circulan entre las aves domésticas existe el riesgo de aparición esporádica de infecciones en humanos debido a la exposición a aves infectadas o ambientes contaminados. No obstante, la probabilidad es considerada baja. Las personas que están en contacto estrecho y repetido con aves infectadas o con entornos muy contaminados son las que se encuentran en riesgo de contraer la enfermedad.

Hasta el momento no se ha reportado transmisión sostenida (o efectiva) de persona a persona causada por virus de influenza aviar A (H5N1)

El control de la enfermedad en los animales es la primera medida para reducir el riesgo para el ser humano. Por ello, es importante que las acciones de prevención y control, tanto en el sector animal como en el de salud humana, se lleven a cabo de manera coordinada y concertada.

¿Por qué es una preocupación para la salud pública?: porque, aunque esporádicos, los casos pueden ser graves. Porque los virus de la influenza pueden sufrir mutaciones que faciliten eventualmente su transmisibilidad.

SITUACION REGIONAL

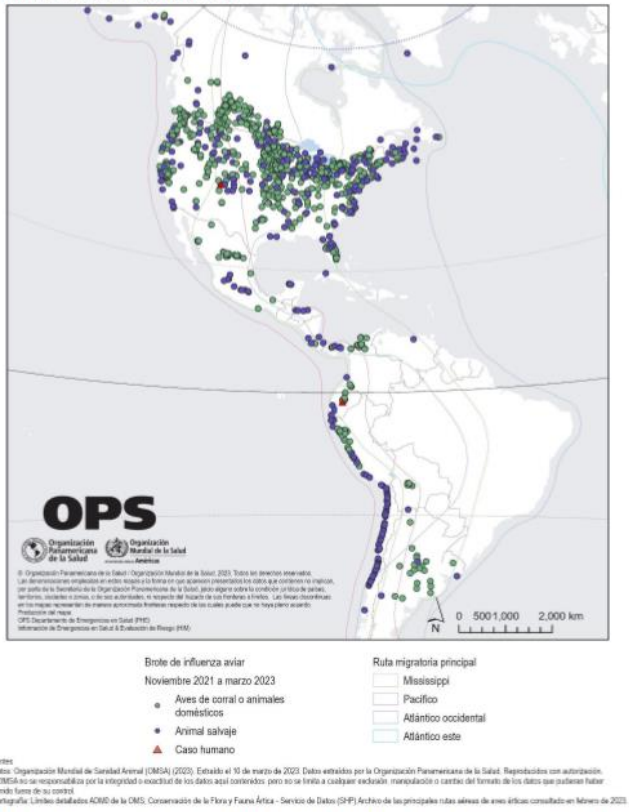
De acuerdo con la Alerta Epidemiológica "Brotes de influenza aviar causados por influenza A(H5N1) en la Región de las Américas" emitido por la Organización Panamericana de la Salud[8], la temporada

[8] Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Brotes de influenza aviar causados por influenza A(H5N1) en la Región de las Américas. 13 de marzo de 2023, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2023

epidémica de la Influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) a nivel mundial continúa con brotes en aves de corral, en aves silvestres y mamíferos, principalmente en las Regiones de Europa, América y Asia. En cuanto al registro de casos humanos destaca que desde 2003 hasta el 26 de enero de 2023, se notificaron a la OMS un total de 868 casos humanos de infección por influenza A(H5N1), incluyendo 457 defunciones (tasa de letalidad 53%) en 21 países.

En cuanto a la región de las Américas, hasta la semana epidemiológica (SE) 9 de 2023, se han detectado brotes por virus IAAP A(H5N1) en aves domésticas, de granjas avícolas y/o silvestres, y en mamíferos en 16 países, de los cuales 14 corresponden a países de América Latina y el Caribe en los que nunca se había registrado la enfermedad. Hasta la fecha y desde la introducción de influenza aviar A(H5N1) en las Américas en 2014, se han registrado dos infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5N1) (EEUU en 2022 y Ecuador en 2023).

Figura 1. Brotes de influenza aviar y principales rutas migratorias de aves silvestres. Región de las Américas, hasta la semana 10 de 2023



Fuente: Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) (2023). Extraído el 10 de marzo de 2023. Datos extraídos y reproducidos por la OPS/OMS.

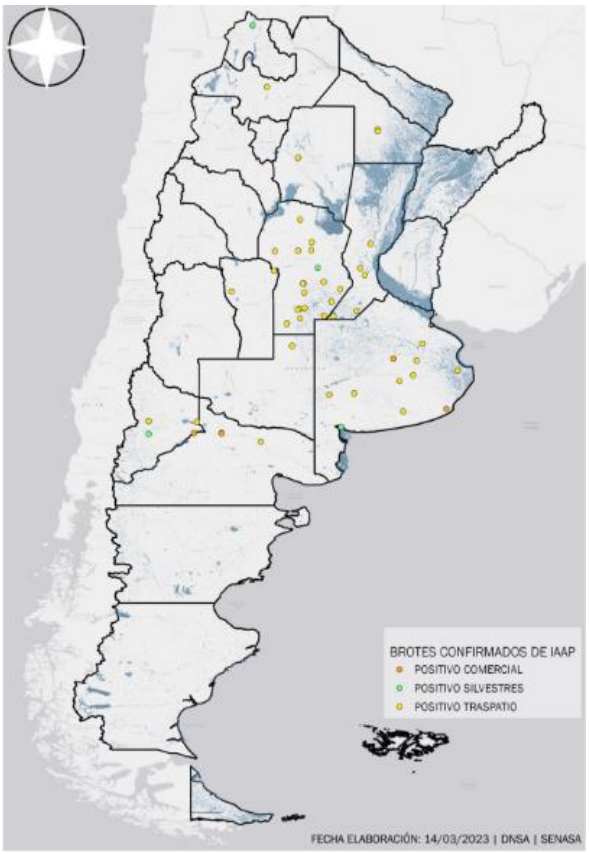
SITUACION NACIONAL

El 15 de febrero de 2023 el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) informó la primera detección en Argentina de influenza aviar (IA) H5 en aves silvestres, en la laguna de Pozuelos, al noroeste de la provincia de Jujuy, cerca de la frontera con Bolivia.

Desde ese momento hasta el 14 de marzo de 2023 se han informado 50 brotes de influenza aviar altamente patógena A(H5N1) en 11 provincias.

Tabla y Mapa 1. Focos de influenza aviar notificados por SENASA, según tipo de ave por provincia y georreferenciación. Argentina Total.

Provincia	Focos
Buenos Aires	11
Chaco	2
Córdoba	18*
Jujuy	1
Neuquén	5
Río Negro	3
Salta	1
San Luis	2
Santa Fe	5
Santiago del Estero	1
La Pampa	1
Total	**50**



Fuente: SENASA (Servicio Nacional de Sanidad y Calidad agroalimentaria)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de SENASA

Desde los primeros casos de Influenza A(H5N1) en aves se puso en marcha la vigilancia epidemiológica de *Personas expuestas a animales sospechosos o confirmados de Influenza A(H5N1) en seguimiento*[9]. A partir de ello y hasta el momento se notificaron 98 personas expuestas.

[9] Persona expuesta a Influenza Aviar: Toda persona que haya tenido exposición a animales enfermos o muertos, o sus entornos contaminados con excreciones (heces, sangre, secreciones respiratorias, etc.), en una zona donde hubo un brote de Influenza AH5 en aves u otros animales en los últimos 10 días y sin uso adecuado de equipo de protección personal.

Tabla 2. Expuestos en seguimiento y casos sospechosos de Influenza Aviar según resultado por provincia. Argentina. Actualizado al 15/03/2023

Jurisdicción de carga	Personas Expuestas		Casos Sospechosos de IA	
	Total personas en seguimiento	Finalizaron el seguimiento	En investigación	Descartado
Nación				1
Buenos Aires	39	4		7
Córdoba	14	20		
La Pampa	2			
Neuquén	11	1		1
Río Negro	23	10		1
Salta	1	4		1
San Luis		2		
Santa Fe	8	17		
Total	**98**	**58**	**0**	**11**

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SNVS 2.0

Hasta el momento se han notificado al SNVS[2.0] once casos sospechosos de influenza aviar en humanos[10], todos los cuales fueron descartados por el Laboratorio Nacional de Referencia.

Más información disponible en:

Influenza Aviar: Vigilancia de personas expuestas a IA y casos sospechosos de IA en humanos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud-SNVS 2.0 febrero 2023

Ficha de notificación IA:
https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas

[10] Caso sospechoso de Influenza Aviar: Toda persona expuesta a influenza a aviar que presenta –dentro de los 10 días de la última exposición- inicio agudo de al menos uno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta, coriza o dificultad para respirar; con o sin fiebre.

VIRUELA SÍMICA / MPOX

SITUACIÓN NACIONAL AL 14/03/2023

1.120

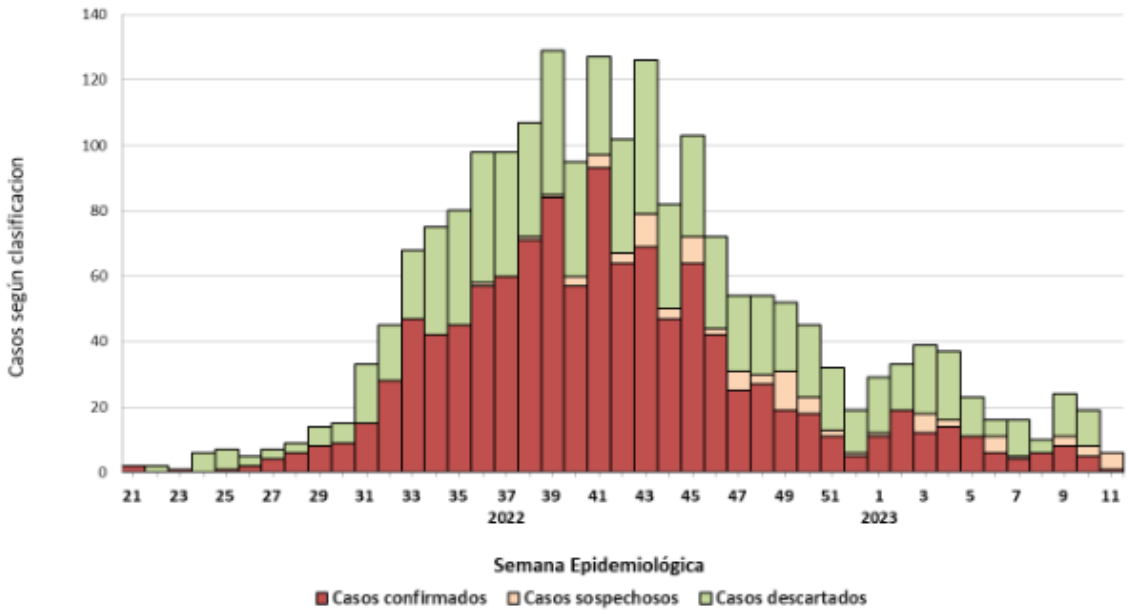
Casos confirmados reportados

2

Personas fallecidas en el país

- ✓ Desde la SE21/2022 y hasta el 14 de marzo (SE11 parcial) se confirmaron 1.120 casos en Argentina. En el 2023 se han confirmado 97 casos. (En el 2023 hay casos 26 sospechosos y 130 casos descartados)
- ✓ Se notificaron 2 personas fallecidas. Ambas presentaban factores de riesgo.
- ✓ El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 5,75 casos con un máximo de 8 en la SE9 y un mínimo de 4 en la SE7.
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 35 años con un mínimo de 0 años y un máximo de 78 años.
- ✓ El 97,8% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino (24 corresponden al sexo legal femenino, 4 de género trans y 20 de género mujer cis).
- ✓ Los casos siguen concentrados en la región Centro, en grandes conglomerados urbanos (el 63,1% de los casos confirmados se registraron en residentes de la CABA y junto con las provincias de Buenos Aires y Córdoba, concentran el 94,6%).

Gráfico 1. Casos de viruela símica según clasificación por semana epidemiológica de notificación. Argentina, actualizada desde la SE21/2022 hasta la SE11/2023 (parcial). Argentina (N: 2.016)



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

**SE7 corresponde al año 2023 y se encuentra en curso.*

El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 5,7 con un máximo de 8 en la SE9 y un mínimo de 4 en la SE7. El pico máximo se presentó en la semana SE41. Hace veintiún semanas se presenta una tendencia en descenso.

Tabla 1. Viruela símica: notificaciones acumuladas por provincia desde SE21/2022 a SE11/2023 (parcial). Argentina.

Provincia de residencia	Confirmados acumulados	Confirmados en la última semana	Confirmados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones
CABA	707	2	7	1099
Buenos Aires	298	2	3	652
Córdoba	54		8	98
Santa Fe	18		1	43
Mendoza	9	1	1	17
Tierra del Fuego	9			14
Río Negro	5			9
Santa Cruz	4			11
Corrientes	3	1	2	4
Neuquén	3			9
Chubut	2			11
Jujuy	2			6
Tucumán	2			12
Chaco	1			8
Formosa	1	1	1	5
Salta	1			1
San Juan	1			5
Catamarca				1
Entre Ríos				3
La Pampa				1
La Rioja				2
Misiones				3
San Luis				1
Santiago del Estero				1
Total	**1120**	**7**	**23**	**2016**

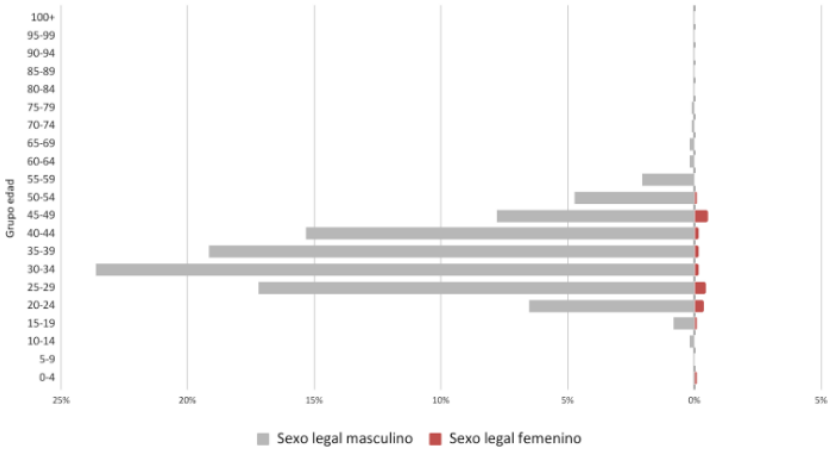
**Dos casos fueron asignados a CABA ya que es la jurisdicción de notificación. Se encuentra en investigación la provincia de residencia.*
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0

Los casos confirmados hasta ahora en el país se caracterizaron principalmente por la presencia de exantemas vesiculares en diferentes localizaciones incluyendo genitales, perianales, manos, torso y cara, fiebre y linfoadenopatías.

El 97,8% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino, 24 corresponden a sexo legal femenino -4 de género trans y 20 de género cis.

La mediana de edad es de 35 años, con un mínimo de 1 mes y un máximo de 78 años.

Gráfico 3. Viruela símica: distribución de casos confirmados acumulados por grupo de edad y sexo legal. Argentina, desde SE21/2022 a SE11/2023 (parcial). (N: 1.120*)



**Una de las personas confirmadas tiene registro de sexo legal X.*

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

Guía para el estudio y vigilancia epidemiológica de viruela símica en Argentina: https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-para-el-estudio-y-vigilancia-epidemiologica-de-viruela-simica-en-argentina

Ficha de notificación: https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ficha-de-notificacion-e-investigacion-epidemiologica-caso-sospechoso-de-viruela-simica

---

EVENTOS PRIORIZADOS

VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

INTRODUCCIÓN

Para los datos nacionales, el informe se confeccionó con información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud hasta el día 12 de marzo de 2023.

La vigilancia de las arbovirosis se realiza de forma integrada en el marco de la vigilancia de Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI) y de los casos que cumplen con definiciones específicas para cada una de las arbovirosis, y la notificación se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$). La vigilancia integrada de arbovirosis incluye el estudio de Dengue, Zika, Chikungunya, Fiebre Amarilla, Encefalitis de San Luis y Fiebre del Nilo Occidental, entre otros agentes etiológicos; así mismo, la vigilancia del SFAI integra patologías como hantavirosis, leptospirosis y paludismo, de acuerdo con el contexto epidemiológico del área y de los antecedentes epidemiológicos.

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de dengue y otros arbovirus se realiza por “temporada”, entendiendo por tal un período de 52 semanas desde la SE 31 a la 30 del año siguiente, para considerar en conjunto los meses epidémicos.

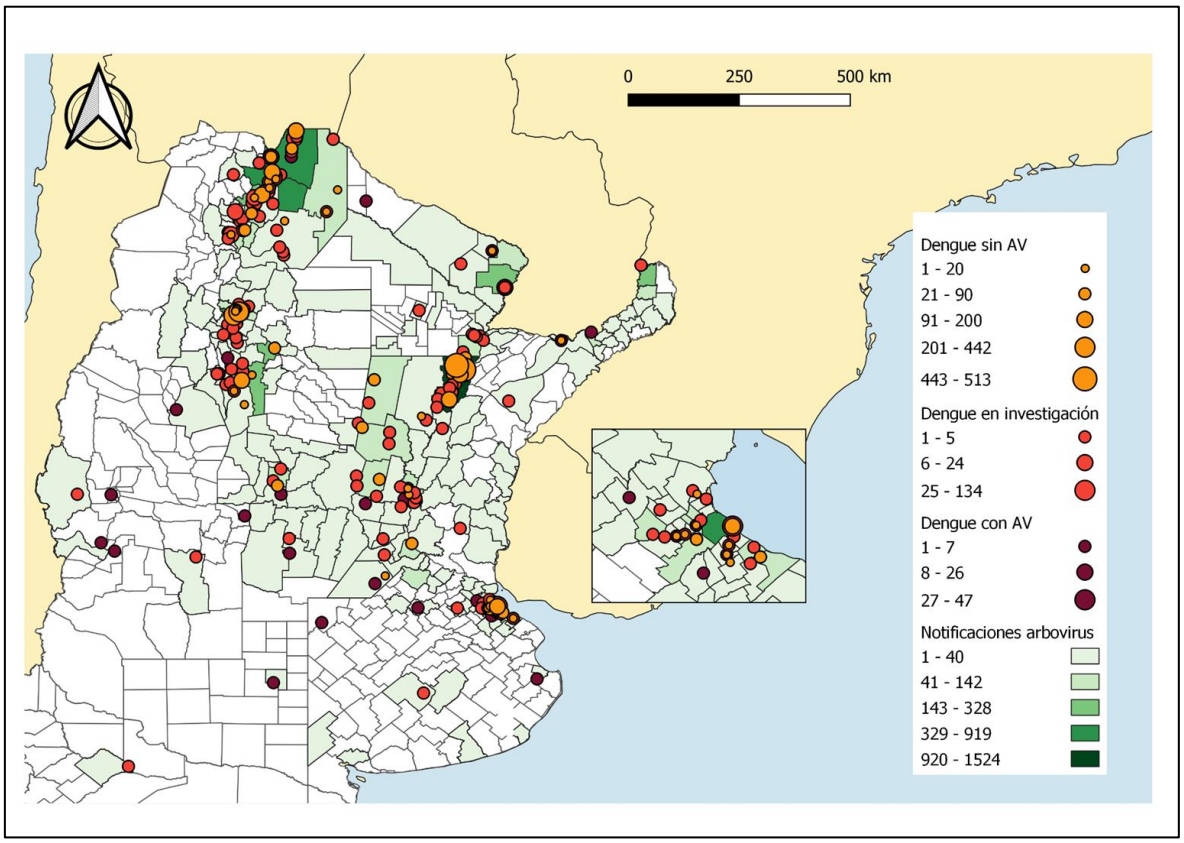
SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

El período de análisis de esta edición es el comprendido entre la SE 31/2022 hasta la SE 10/2023 de la temporada 2022-2023.

Hasta la SE10/2023 se registraron en Argentina **4.828** casos de dengue de los cuales **3.992** no tienen antecedentes de viaje (adquirieron la infección en su jurisdicción de residencia), 615 se encuentran en investigación[11] y 221 presentan antecedentes de viaje (importados).

En el momento actual todas las jurisdicciones de la Región Centro, 5 de las 6 provincias de la región NOA y dos de la región NEA han confirmado la circulación viral autóctona de dengue, sumando un total de **12**: Buenos Aires, CABA, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe, Corrientes, Formosa, Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.

Mapa 1: Casos de dengue según antecedente de viaje por localidad de residencia, y notificaciones de arbovirosis por departamento de residencia. Argentina. SE 31 2022 a SE 10 2023.



Fuente: Dirección Epidemiología sobre datos del SNVS 2.0 al día 12-3-2023

[11] En los que no es posible establecer el sitio de adquisición de la infección con los datos registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia

Tabla 1. Casos de dengue notificados según clasificación y antecedente de viaje. SE 31/2022 a 10/2023.

Provincia	Sin Antecedente de viaje*		En Investigación*	Con antecedente de viaje*	Total casos dengue	Casos sospechosos investigados
Buenos Aires	168	DEN-1	39	30	237	666
CABA	189	DEN-1 y DEN-2	134	47	370	1.295
Córdoba	47	DEN-2	36	7	90	454
Entre Ríos	2	DEN-2	4	1	7	91
Santa Fe	1.689	DEN-1 y DEN-2	35	9	1.733	2.320
Centro	2.095	DEN-1 y DEN-2	248	94	2.437	4.826
Mendoza	0	-	0	4	4	14
San Juan	0	-	1	1	2	7
San Luis	0	-	1	0	1	8
Cuyo	0	-	2	5	7	29
Chaco	0	-	11	4	15	140
Corrientes	12	DEN-1	8	2	22	111
Formosa	6	DEN-1	4	16	26	249
Misiones	0	-	2	3	5	399
NEA	18		25	25	68	899
Catamarca	2	-	11	10	23	72
Jujuy	177	DEN-2	63	11	251	561
La Rioja	0	-	0	1	1	27
Salta	557	DEN-2	76	71	704	1.954
Sgo. del Estero	239	DEN-2	13	0	252	524
Tucumán	904	DEN-2	174	2	1.080	2.162
NOA	1.879	DEN-2	337	95	2.311	5.300
Chubut	0	-	1	0	1	0
La Pampa	0	-	0	1	1	2
Neuquén	0	-	1	0	1	4
Río Negro	0	-	0	0	0	1
Santa Cruz	0	-	1	0	1	4
Tierra del Fuego	0	-	0	1	1	1
Sur	0	-	3	2	5	12
Total PAIS	3.992	DEN-1 y DEN-2	615	221	4.828	11.066

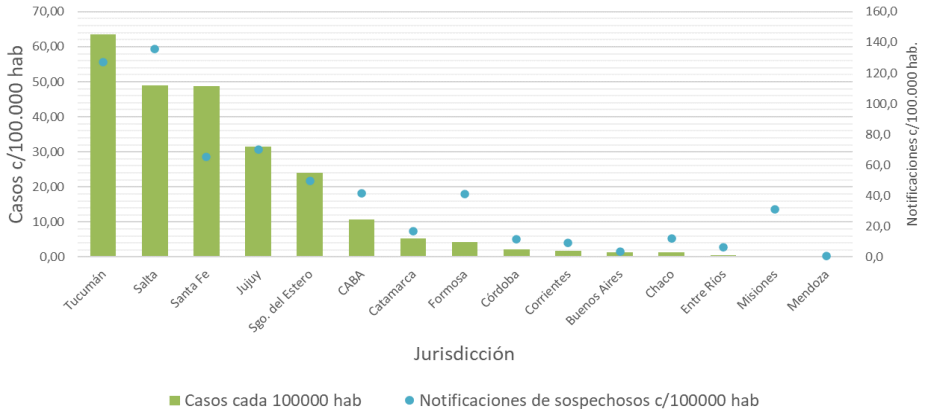
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

**Incluye Confirmados, Probables y Confirmados por Nexo Epidemiológico*

Las provincias con más casos notificados en relación a su población (cada cien mil habitantes) hasta el momento son Tucumán, Salta, Santa Fe y Jujuy (Gráfico 1).

Los serotipos circulantes hasta el momento son DEN-2 (8 jurisdicciones) y DEN-1 (en 5 jurisdicciones). En dos jurisdicciones se registra circulación de ambos serotipos (CABA y Santa Fe)

Gráfico 1. Casos de dengue y notificaciones de sospechosos cada 100000 habitantes según jurisdicción, SE31/2022 a SE10/2023. Argentina*



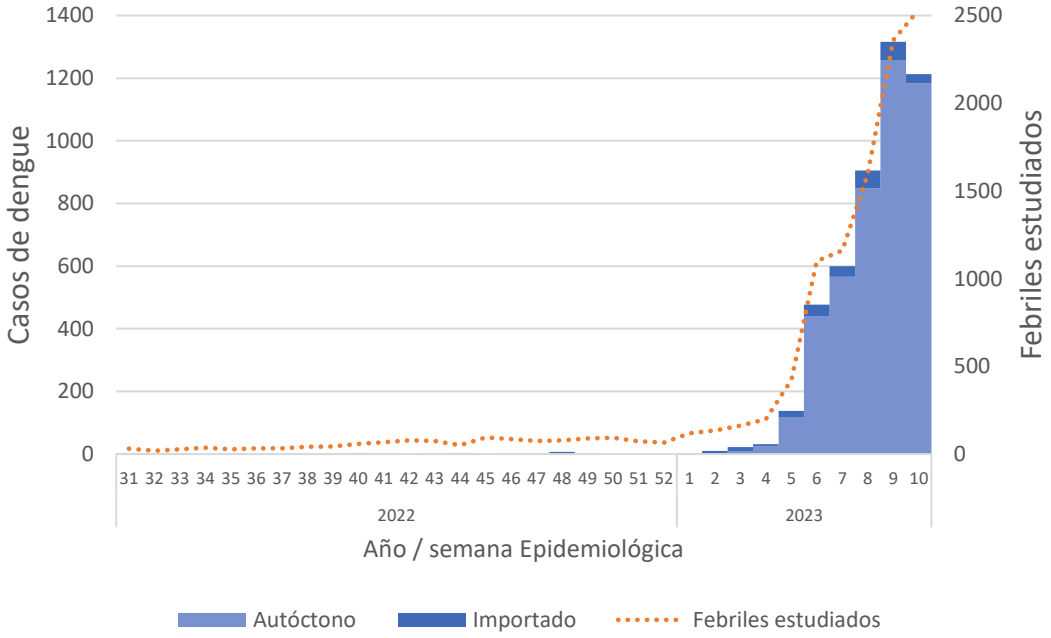
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0).

**Se excluyeron las jurisdicciones con menos de 10 casos totales notificados en la temporada.*

Además, se notificaron casos con antecedentes de viaje e identificación de los serotipos DEN-1 (Corrientes, Misiones y Chaco), DEN-2 (en Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Santa Fe), y DEN-3 (en Mendoza y CABA).

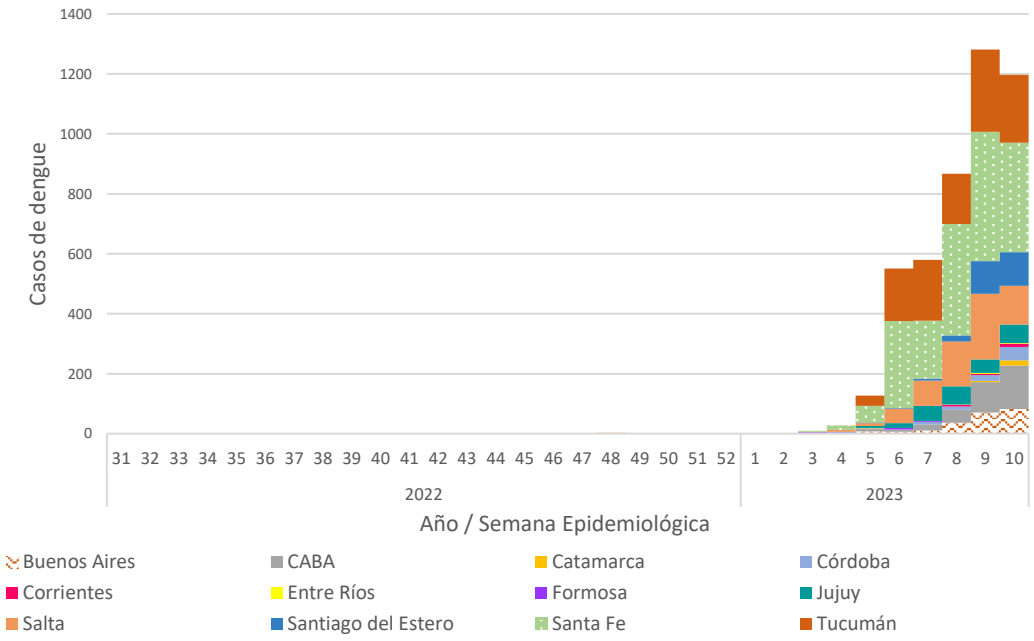
Los casos de dengue notificados aumentaron de forma paulatina desde la SE 02 y de forma m{as acelerada desde la SE 05. Al momento actual se encuentran en ascenso superando los 1300 casos en la semana 9 (Gráfico 3).

Gráfico 2. Casos de dengue confirmados y probables según antecedente de viaje y notificaciones por semana epidemiológica. SE 31/2022 a SE 10/2023.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0).

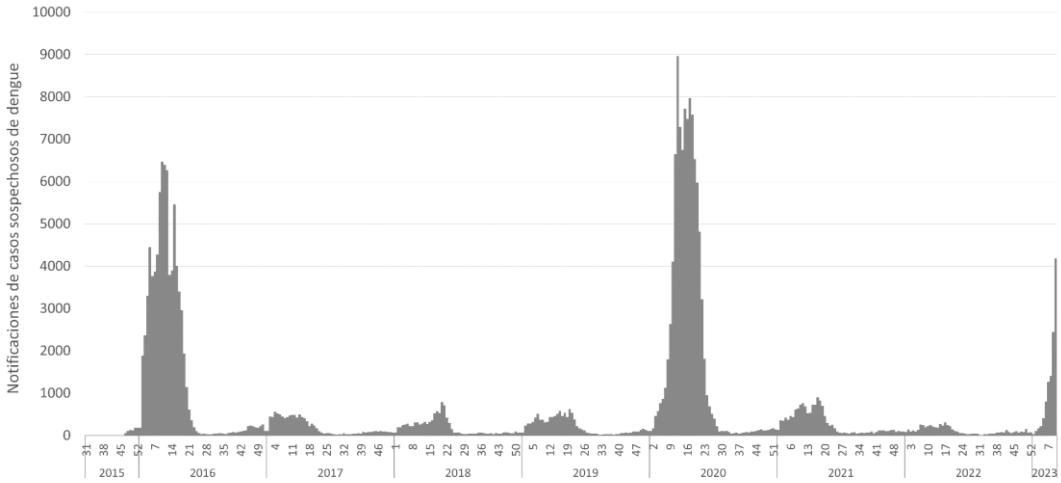
Gráfico 3. Casos de dengue por semana epidemiológica según provincias que han informado la circulación viral autóctona. SE 31/2022 a SE 10/2023.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0).

En cuanto a la notificación de casos sospechosos, durante la SE 10 se registraron 4.188 notificaciones y en las últimas tres semanas se observa un marcado aumento de este indicador respecto a las mismas semanas de los dos años previos, del 683% respecto del promedio registrado para las mismas semanas del año 2022 y del 159% comparado con el mismo periodo del año 2021 (Gráfico 2).

Gráfico 4. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por semana epidemiológica. SE 31/2015-2016 a SE 10/2023. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0).

En lo que va de la temporada, se registraron dos casos fallecidos, uno con diagnóstico de Dengue probable en la provincia de Salta y otro con diagnóstico confirmatorio en la provincia de Santa Fe. Ambas personas registraban comorbilidades previas.

En lo que respecta a la distribución por edad, el mayor número de casos se concentra en población adulta joven y adulta, sin embargo, las poblaciones entre 15 y 65 años se ven homogéneamente afectadas por el momento, siendo menos afectados los menores de 10 años y mayores de 65.

Gráfico 5. Casos absolutos de dengue por grupo poblacionales definidas. Argentina. SE 31/2015-2016 a SE 10/2023.

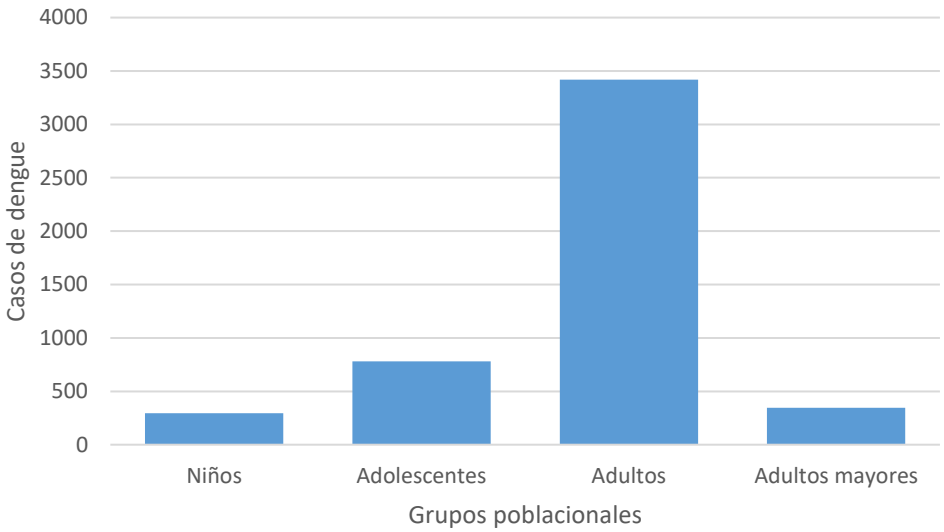
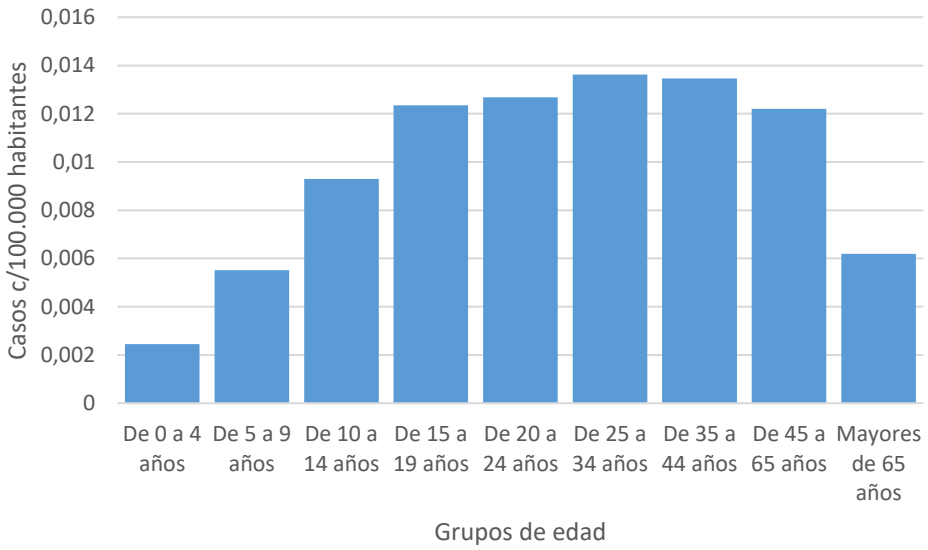


Gráfico 6. Dengue: Incidencia acumulada según grupo de edad. Argentina. SE 31/2015-2016 a SE 10/2023.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$).

SITUACIÓN DE CHIKUNGUNYA EN ARGENTINA

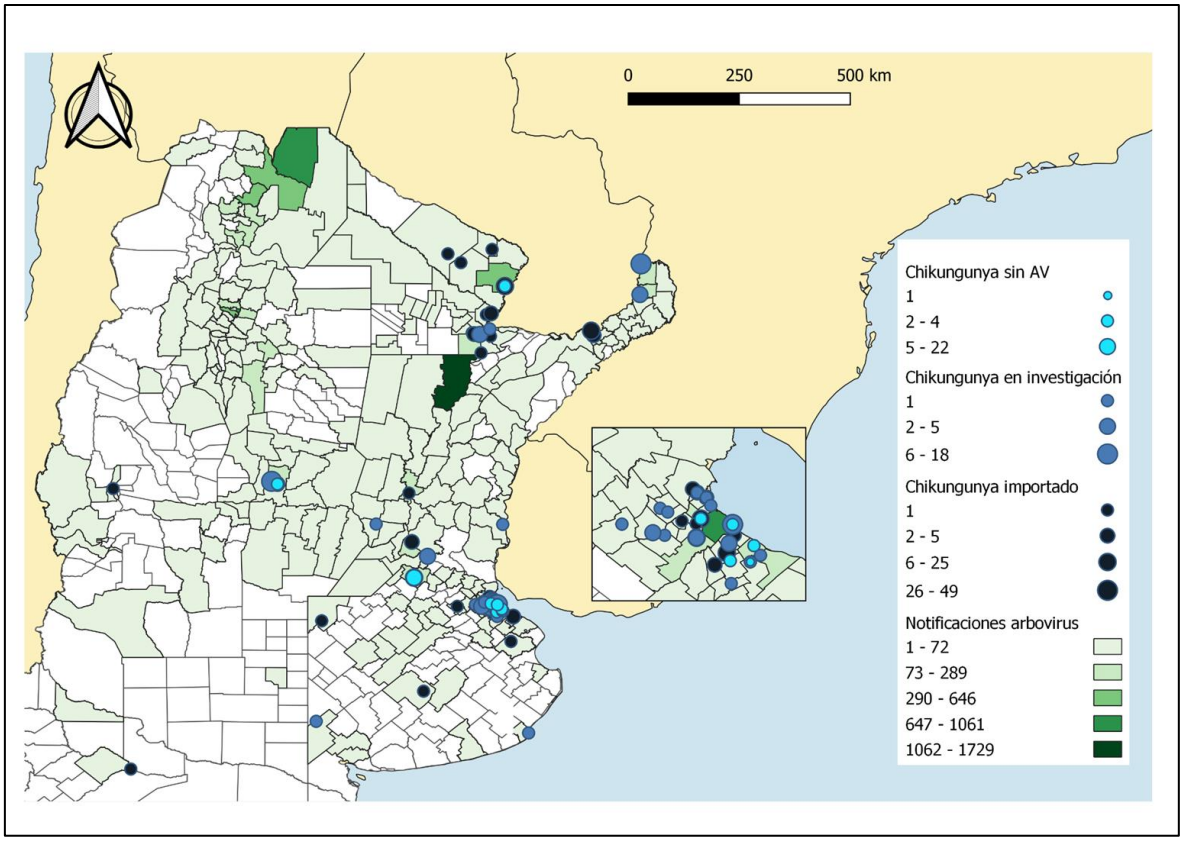
El período de análisis de esta edición es el comprendido entre la SE 31/2022 hasta la SE 10/2023 de la temporada 2022-2023.

Hasta la SE10/2023 se registraron en Argentina **341** casos de fiebre chikungunya de los cuales **73** no tienen antecedentes de viaje (adquirieron la infección en su jurisdicción de residencia), 66 se encuentran en investigación[12] y 202 presentan antecedentes de viaje (importados).

En las últimas semanas los casos sin antecedentes de viaje o en investigación han aumentado

Hasta el momento **5** jurisdicciones han confirmado la circulación viral autóctona de fiebre chikungunya: Buenos Aires, (Almirante Brown, Pergamino, Quilmes y San Martín); CABA, Córdoba (Córdoba Capital), Corrientes (Paso de la Patria) y Formosa (Tres Lagunas y Formosa Capital). En otras 4 se registran casos en investigación (Misiones -16 casos-, Entre Ríos -1 caso-, Santa Fe -1 caso- y Santiago del Estero -1 caso); y, en 10 jurisdicciones se registraron casos importados.

Mapa 2: Casos de chikungunya según antecedente de viaje y localidad de residencia, y notificaciones de arbovirosis por departamento de residencia. Argentina. SE 31 2022 a SE 10 2023.



[12] En los que no es posible establecer el sitio de adquisición de la infección con los datos registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia

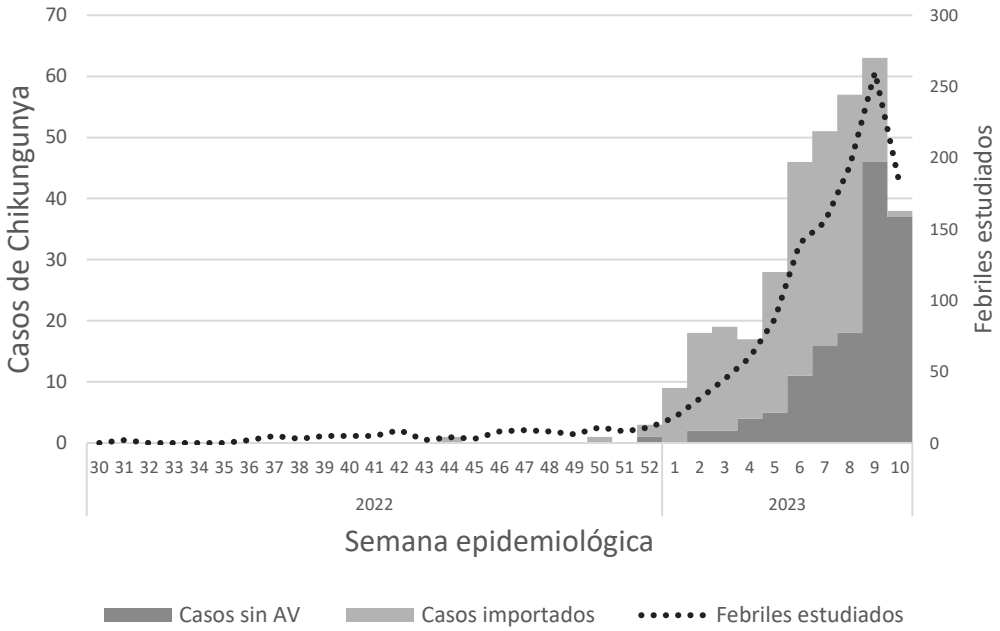
Tabla 2. Casos de Fiebre Chikungunya por provincia según antecedente de viaje. SE 31/2022 a 10/2023.

Provincia	Sin Antecedente de viaje*	En investigación*	Con Antecedente de viaje*	Total casos de Chikungunya	Casos sospechosos investigados
Buenos Aires	47	30	75	152	236
CABA	20	1	49	70	235
Córdoba	3	12	5	20	153
Entre Ríos	0	1	0	1	4
Santa Fe	0	1	3	4	55
Centro	70	45	132	247	683
Mendoza	0	0	0	0	7
San Juan	0	0	1	1	0
San Luis	0	0	0	0	0
Cuyo	0	0	1	1	7
Chaco	0	0	7	7	52
Corrientes	1	4	6	11	37
Formosa	2	0	29	31	214
Misiones	0	16	26	42	143
NEA	3	20	68	91	446
Catamarca	0	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0	57
La Rioja	0	0	0	0	4
Salta	0	0	0	0	58
Sgo. del Estero	0	1	0	1	7
Tucumán	0	0	0	0	13
NOA	0	1	0	1	139
Chubut	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	1	1	0
Río Negro	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	2
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0
Sur	0	0	1	1	2
Total PAIS	73	66	202	341	1.277

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$).

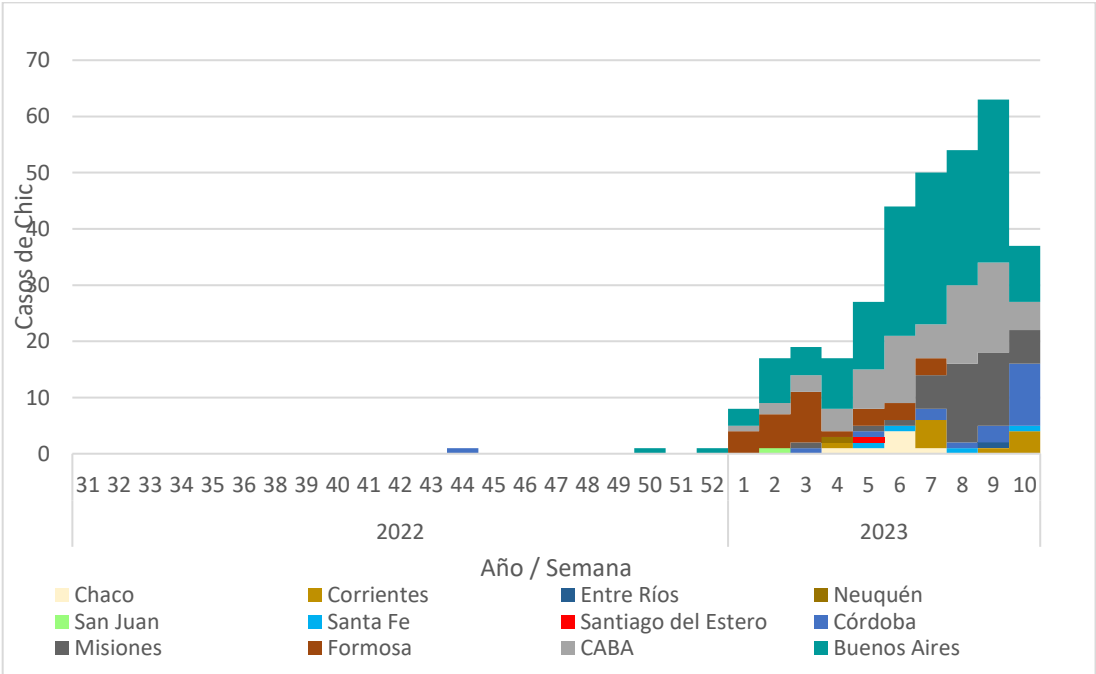
En la última semana aumentaron los casos sin antecedentes de viaje o en investigación.

Gráfico 7. Casos de chikungunya confirmados y probables según antecedente de viaje y notificaciones por semana epidemiológica. SE 31/2022 a SE 10/2023. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Gráfico. Casos de fiebre chikungunya por semana epidemoilógica segun provincia de residencia. SE 31/2022 a SE 10/2023.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS[2.0]).

OTROS ARBOVIRUS

Hasta la semana en curso se notificaron 2 casos confirmados de Encefalitis de San Luis (provincia de Buenos Aires y Entre Ríos) y 3 casos probables (Entre Ríos, Córdoba y Buenos Aires).

En la SE 07 se registra un fallecido de 56 años con laboratorio confirmado para flavivirus en la provincia de Entre Ríos, el paciente presentaba comorbilidades (enfermedad neurológica crónica y obesidad).

INFORMACIÓN REGIONAL DEL DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE 09/2023

Dengue, Zika y Chikungunya en países de la región

Desde la SE 01/2023 a la SE 09/2023, se registraron en Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay, los serotipos DEN-1, DEN-2 y DEN-3 (Tabla 2).

Tabla 2. Casos totales, confirmados por laboratorio y tasas de incidencia cada 100.000 hab. de dengue. Muertes y tasas de letalidad cada 100mil hab., según país, SE 01 a SE 09/2023*.

Dengue								
País	Serotipo	Última SE reportada	Total de casos notificados	Incidencia Acumulada	Confirmados por laboratorio	Dengue severo	Muertes	Tasas de letalidad
Bolivia	DEN 2	6	31.283	264,37	6.455	110	26	0,08
Perú	DEN 1,2,3	9	20.022	60,02	10.201	71	26	0,13
Brasil	DEN 1,2	8	240.482	112,38	27.433	43	24	0,01
Paraguay	DEN 1,2	9	13.824 (1)	9,21	686	0	0	0
Argentina	DEN 1,2	10	11.066	10,44 (2)	3.062	0	2	0,04 (2)

Chinkungunya					
País	Última SE reportada	Total de casos notificados	Incidencia Acumulada	Confirmados	Muertes
Bolivia	6	300	2,54	0	0
Perú	9	97	0,29	59	0
Brasil	8	30.386	14,2	6.794	0
Paraguay	9	82.240	1.104,04	35.997	43
Argentina	10	1.277	0,74 (*)	299	0

Zika					
País	Última SE reportada	Total de casos notificados	Incidencia Acumulada	Confirmados	Muertes
Bolivia	6	152	1,28	6	0
Perú	9	7	0,02	1	0
Brasil	8	1.974	0,92	120	0
Paraguay	9	0	0	0	0

**La información actualizada a SE 09/2023 no se encuentra disponible en la Plataforma de Información en Salud de las Américas*

***Se incluyen los casos con AV al exterior*

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente de la Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA) y del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0).

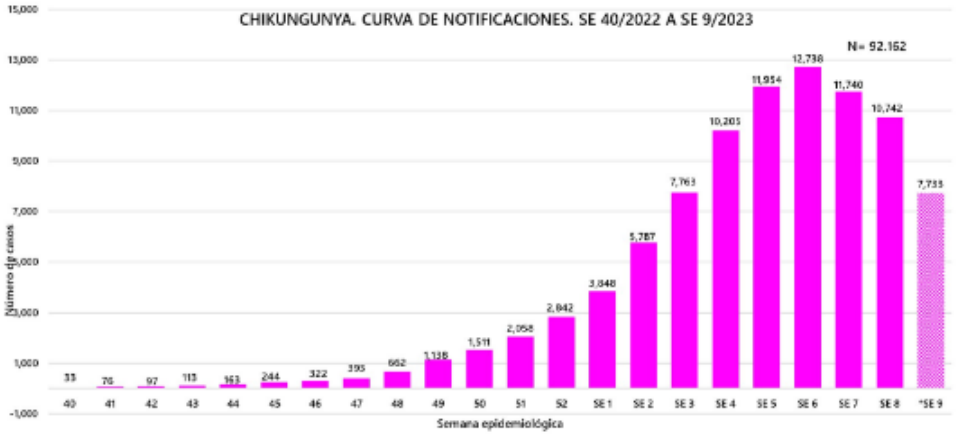
En cuanto a Fiebre Chikungunya, Paraguay sigue registrando una suba en los casos desde la SE 40 del año pasado (Gráfico 4). Según fuentes oficiales, se estiman 38.583 casos confirmados y probables en lo que va del año (la mayor parte identificados en los departamentos Central y Asunción, los departamentos de Alto Paraná, Guairá, Amambay, Concepción y Ñeembucú muestran un aumento en las notificaciones) (Mapa 1). Se contabilizan 43 fallecidos. En Brasil y Perú también registran casos confirmados (Tabla 3).

“Ante el incremento en el número de casos, hospitalizaciones y defunciones por chikunguña, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a que continúen con el fortalecimiento de la vigilancia, triage, diagnóstico y

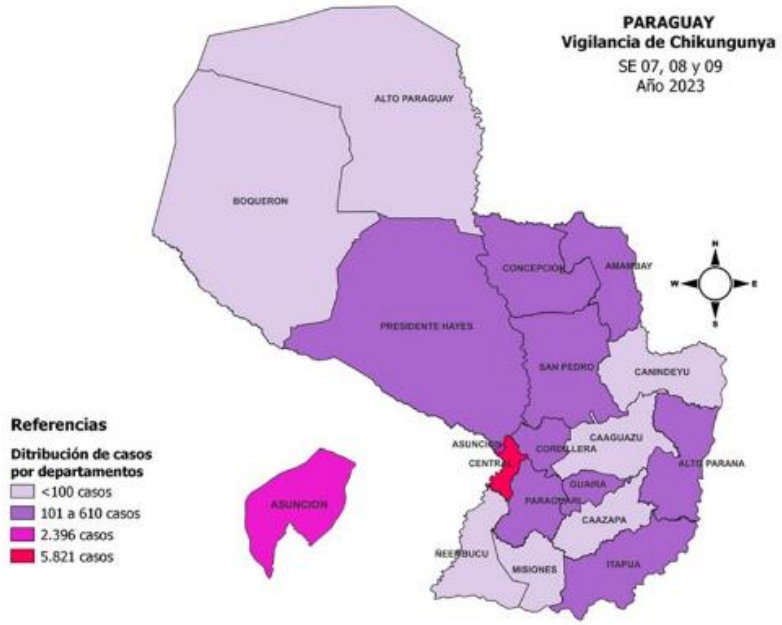
tratamiento oportuno y adecuado de los casos de chikunguña y otras arbovirosis. Al mismo tiempo intensificar las acciones prevención y control del vector, así como de preparación de los servicios de atención de salud para facilitar el acceso de los pacientes con estas enfermedades. La OPS/OMS recuerda a los Estados Miembros que continúan vigentes las mismas orientaciones publicadas en la Alerta Epidemiológica del 13 de febrero de 2023 sobre el aumento de chikunguña en la Región de las Américas, disponible en: https://bit.ly/3yjjo1D . A continuación, se comparten las medidas de prevención y control del Aedes, así como las medidas de prevención personal."(Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Aumento de casos y defunciones por chikunguña en la Región de las Américas. 8 de marzo de 2023. Washington, D.C. OPS/OMS. 2023 Organización Panamericana de la Salud • www.paho.org • © OPS/OMS, 2023)

En cuanto Enfermedad por virus de Zika, únicamente Brasil, Bolivia y Perú registran casos confirmados, (Tabla 3).

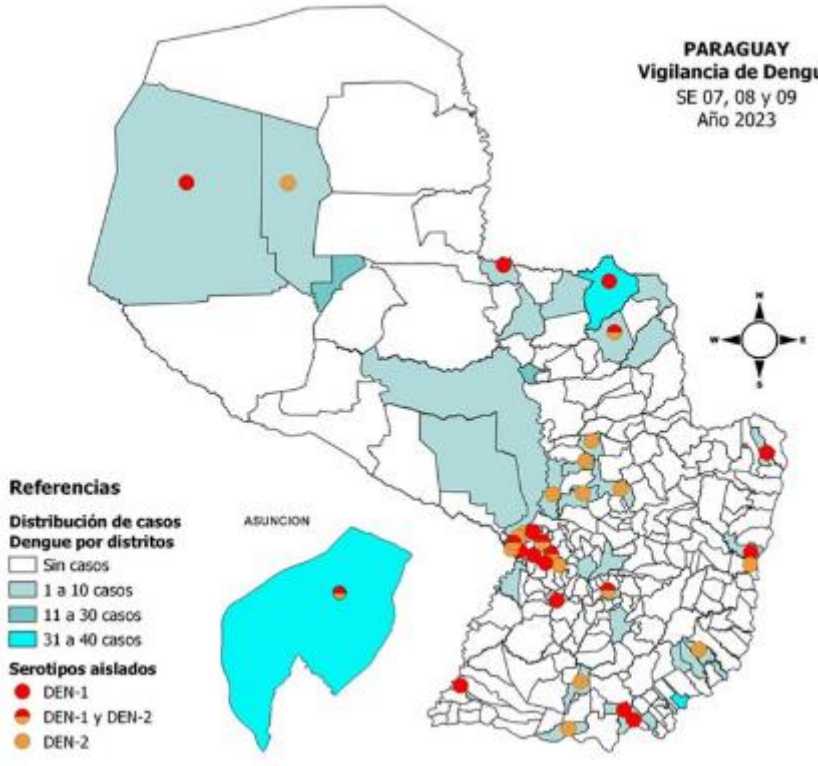
Gráfico 4. Curva de casos de Chikungunya*. SE 40/2022 a 09/2023. Paraguay



Mapa 1. Distribución de casos confirmados de Chikungunya por departamento. SE 01 a SE 09/2023. Paraguay.



Mapa 2. Distribución de casos confirmados de dengue por departamento. SE 01 a SE 09/2023. Paraguay.



Fuente: Resumen de la Situación Epidemiológica semanal, actualizado al 16/03/2023. Dirección General de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Paraguay.

Tabla 3. Casos confirmados por laboratorio y casos fatales de Fiebre Chikungunya y Enfermedad por virus de Zika según país*. SE 01 a SE 10/2023.

	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus de Zika		
País	*Última actualización*	*Confirmados laboratorio*	*Muertes*	*Última actualización*	*Confirmados laboratorio*	*Muertes*
rasil	SE 08/2023	6.794	0	SE 08/2023	120	0
Paraguay	SE 09/2023	35.997	43	SE 08/2023	0	0
Argentina	SE 10/2023	341	0	SE 09/2023	0	0
Bolivia	SE 06/2023	0	0	SE06/2023	6	0
Perú	SE 09/2023	59	0	SE 09/2023	1	0

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente de la Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA) y del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$).

RECOMENDACIONES PARA EL CIERRE DE CASOS DE DENGUE Y ROL DEL LABORATORIO ETIOLÓGICO SEGÚN DIFERENTES ESCENARIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Es importante considerar que el recurso humano, equipamiento e insumos de laboratorio son recursos críticos para la vigilancia de dengue y otros arbovirus, y su uso racional es estratégico para mantener una vigilancia de alta calidad. Por lo tanto, la realización de estudios de laboratorio y la interpretación de los resultados deben corresponderse con los diferentes contextos epidemiológicos.

A continuación, se detallan las recomendaciones para el estudio por laboratorio en casos con sospecha de dengue en base a diferencias en el escenario epidemiológico (zonas con presencia del vector y evidencia de circulación viral; zonas con presencia del vector y sin evidencia de circulación viral autóctona y zonas sin presencia del vector).

En todos los escenarios **todos los casos graves, atípicos o fatales** serán estudiados por laboratorio procurando confirmar o descartar el caso.

Zonas sin circulación viral y presencia del vector

1. Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:

En este escenario TODO CASO SOSPECHOSO DEBE SER ESTUDIADO POR LABORATORIO y se debe procurar concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar la infección.

2. Casos sospechosos CON antecedentes de viaje (a zonas con circulación viral de dengue conocida):

En este escenario TODO CASO SOSPECHOSO DEBE SER ESTUDIADO POR LABORATORIO, pero NO es necesario concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar el caso. Los casos deberán cerrarse teniendo en cuenta el cuadro clínico, el antecedente epidemiológico y los datos de laboratorio. Por ejemplo, un caso con antecedente de viaje en el período de incubación a una zona con circulación viral activa de dengue, con un cuadro clínico sin signos de alarma ni criterios de gravedad y una prueba serológica positiva deberá cerrarse como un caso de Dengue con nexo epidemiológico y laboratorio positivo (no es necesario procurar confirmar la infección por laboratorio con métodos directos como PCR o indirectos como NT).

Zonas CON circulación viral (CONTEXTO DE BROTE)

1. Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:

- Deberán considerarse “Caso de dengue por nexo epidemiológico” a todos los casos con clínica compatible y relacionada al brote.

- NO se recolectarán muestras para el diagnóstico etiológico en todos los casos sino solo en una porción de los mismos y con exclusivos fines de vigilancia. Las áreas de “Atención de pacientes”, “Epidemiología” y “Laboratorio” deben coordinar en base a capacidades y magnitud del brote epidémico el porcentaje de pacientes que estudiarán por laboratorio atendiendo dos situaciones:

- Toma de muestras agudas tempranas (0-3 días de evolución preferentemente) para monitorear el serotipo viral circulante y la posible introducción de nuevos serotipos.

- Toma de muestras agudas tardías (de 6 o más días de evolución) para realización de IgM y seguimiento temporal de la duración del brote.

Zonas SIN presencia del vector

Todo caso sospechoso CON antecedentes de viaje:

- En este escenario TODO CASO SOSPECHOSO DEBE SER ESTUDIADO POR LABORATORIO, pero NO es necesario concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar el caso. Los casos deberán cerrarse teniendo en cuenta el cuadro clínico, el antecedente epidemiológico y los datos de laboratorio. Por ejemplo, un caso con antecedente de viaje en el período de incubación a una zona con circulación viral activa de dengue, con un cuadro clínico sin signos de alarma ni criterios de gravedad y una prueba serológica positiva deberá cerrarse como un caso de dengue con nexo epidemiológico y laboratorio positivo (no es necesario procurar confirmar la infección por laboratorio con métodos directos como PCR o indirectos como NT).

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

A partir de abril de 2022 en Argentina se implementa una **Estrategia de vigilancia epidemiológica integral** de las infecciones respiratorias agudas con el objetivo de monitorear la frecuencia y distribución de agentes etiológicos involucrados, entre los mismos SARS-CoV-2, influenza, VSR y otros virus respiratorios, así como caracterizar la enfermedad respiratoria en cuanto a gravedad e impacto en la población (Disponible en: 2022-estrategia-ira.pdf (argentina.gob.ar).

Se realiza una transición de la vigilancia de COVID-19 a integración de la misma en la vigilancia de las enfermedades respiratorias agudas de presunto origen viral.

En este contexto, se prioriza el diagnóstico de COVID-19 ante casos sospechosos pertenecientes a los siguientes grupos:

- Personas mayores de 50 años
- Personas con condiciones de riesgo[13]
- Poblaciones especiales que residan, trabajen o asistan a ámbitos como instituciones carcelarias, instituciones de salud, centros con personas institucionalizadas, etc.
- Personas con antecedente de viaje en últimos 14 días a una región en la que esté circulando una variante de interés o de preocupación que no esté circulando en el país;
- Personas con enfermedad grave (internadas)
- Fallecidos y casos inusitados
- Investigación y control de brotes

En el presente informe se desarrolla el análisis del comportamiento de los Eventos de Notificación Obligatoria ligados a la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas: Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía, Bronquiolitis en menores de 2 años e Infección respiratoria aguda grave (IRAG), COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorios (en vigilancia universal), Internado y/o fallecido por COVID-19 o IRA, Monitoreo de SARS-COV-2 y OVR en ambulatorios (Unidades de Monitoreo Ambulatorio-UMA) y los casos estudiados por laboratorio para la detección de virus respiratorios bajo vigilancia en Argentina a partir de los datos registrados al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS$^{2.0}$.

[13] Diabetes, obesidad grado 2 y 3, enfermedad cardiovascular/renal/respiratoria/hepática crónica, personas con VIH, personas con trasplante de órganos sólidos o en lista de espera, personas con discapacidad, residentes de hogares, pacientes oncológicos con enfermedad activa, tuberculosis activa, enfermedades autoinmunes y/o tratamientos inmunosupresores.

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE LA SE 10/2023

854

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana epidemiológica (SE) 10. De estos, 537 corresponden a dicha semana considerando la fecha de inicio de síntomas o la fecha mínima del caso[14].

1

Fallecido en la semana 10.

25%⬇

Disminución de casos confirmados según la fecha mínima del caso en SE 10 respecto a la SE 09 (180 casos menos).

130.473

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 11 de marzo de 2023.

8,62%

Positividad para SARS-CoV-2 por RT-PCR en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 09.

0%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 09.

10.045.811

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 11 de marzo de 2023.

90,3%

De los fallecidos en las últimas 12 semanas tenían 50 años o más.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 10/2023

- ✓ Entre SE01-08 de 2023 se registraron 55.819 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 8703 casos de Neumonía, 6268 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 1846 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).

- ✓ La positividad calculada para el periodo SE16/2022 a SE09/2023 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio para SARS-CoV-2, influenza y VSR entre las muestras analizadas por rt-PCR es de 25,41%, 20,42% y 3,13%, respectivamente. Respecto a la SE08, la positividad en la SE09 desciende tanto para influenza como para VSR.

- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE 23/2022 a SE09/2023 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 14,16%, 18,04% y 25,17%, respectivamente. En comparación con la semana previa, en la SE09 se observa un descenso de la positividad para VSR, mientras que para influenza permanece estable.

[14] La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

- ✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de adenovirus, VSR, parainfluenza e influenza.[15].

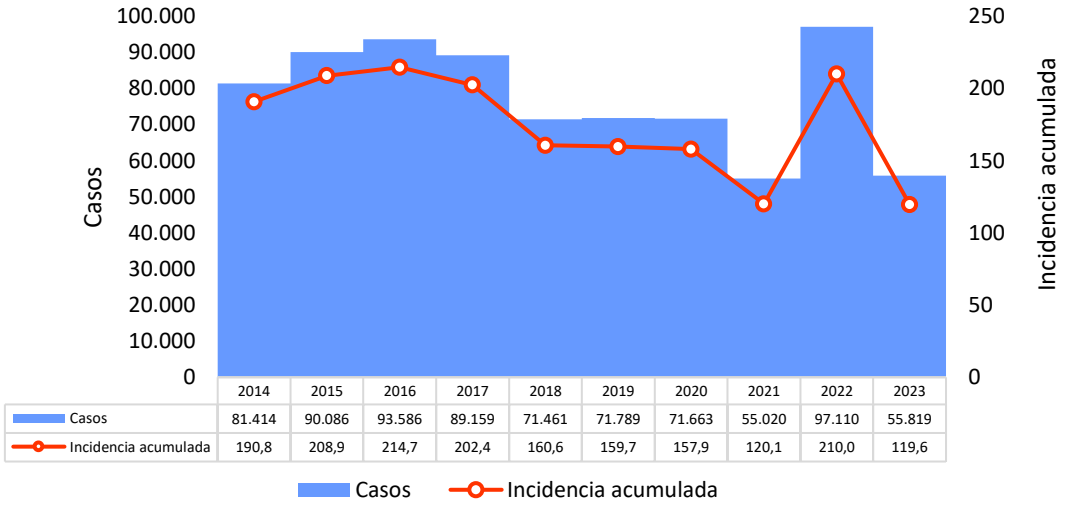
- ✓ Entre las SE01-52 del año 2022 se registraron 143 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

NOTIFICACIÓN AGRUPADA/NUMÉRICA AL COMPONENTE CLÍNICO ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre la SE01-08 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 55.819 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 119,6 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 8 semanas de los últimos nueve años, se observa que el mayor número de notificaciones se registra para el año 2022 (cuando se registraron 97.110 casos) superando al año con el mayor número para el resto del período que fue el 2016. Entre las SE01-08 del 2023, el número de casos de ETI notificados es menor en relación al registro histórico para los años 2014-2020 y algo superior que el año 2021.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. SE08. Total país. Año 2014-2023 Argentina.



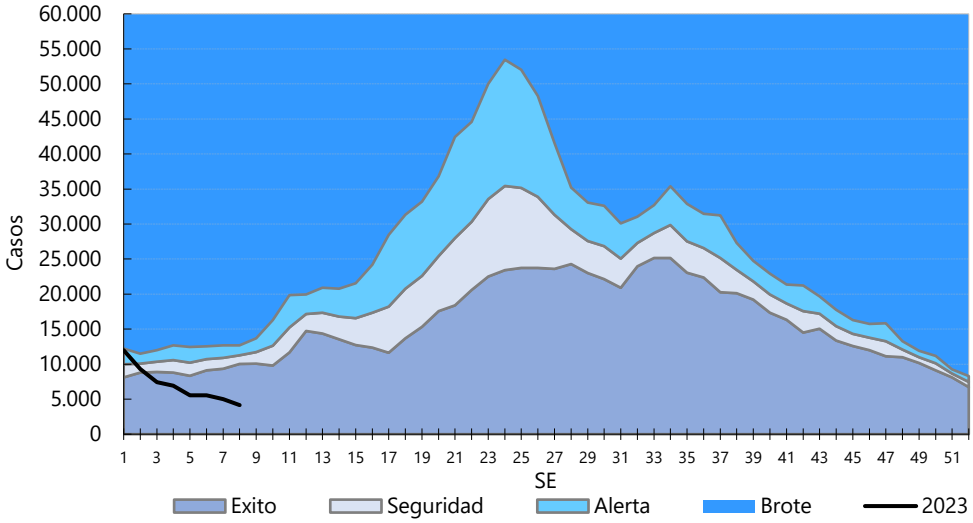
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Casos	81.414	90.086	93.586	89.159	71.461	71.789	71.663	55.020	97.110	55.819
Incidencia acumulada	190,8	208,9	214,7	202,4	160,6	159,7	157,9	120,1	210,0	119,6

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país se encuentran entre las zonas de alerta y seguridad en la primera semana de 2023 situándose dentro de los límites esperados en SE02-08.

[15] A la fecha no se registran casos positivos para metapneumovirus en SE08 de 2023.

Gráfico 2. Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Corredor endémico Semanal - 5 años: 2015 a 2019. SE01-08 de 2023. Argentina.



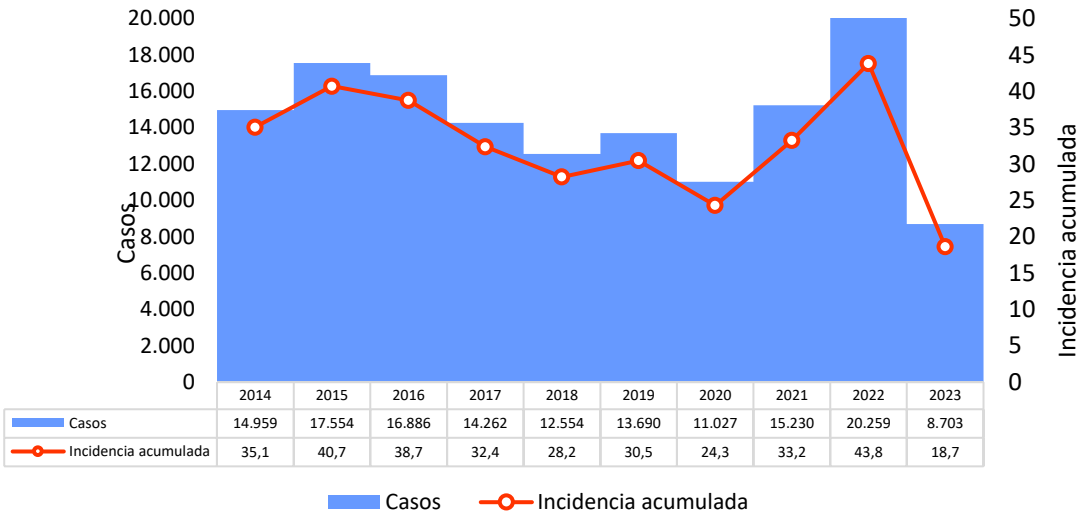
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

Entre las SE01-08 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 8.703 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 18,7 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las ocho primeras semanas de los últimos nueve años se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron 2015 y 2022. En la presente temporada el número de casos registrados es menor en relación al resto de los años incluidos en el periodo.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. SE08. Total país. Año 2014-2023 Argentina[16].

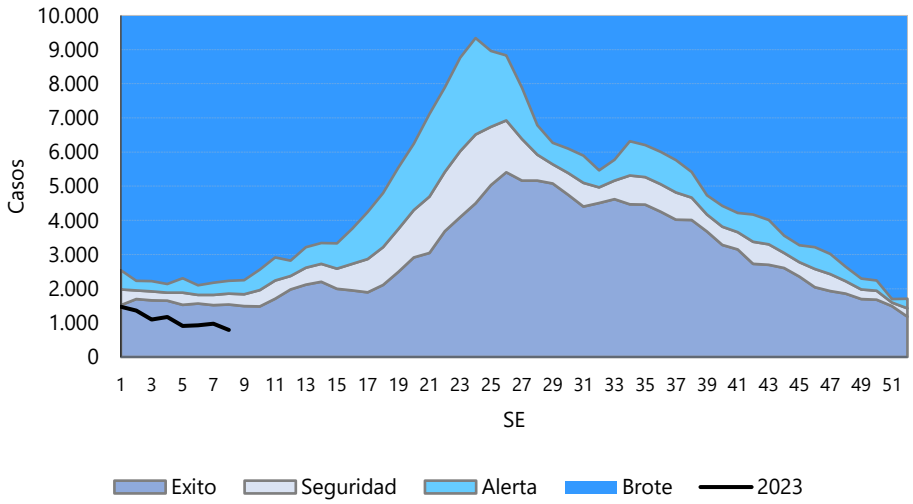


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Casos	14.959	17.554	16.886	14.262	12.554	13.690	11.027	15.230	20.259	8.703
Incidencia acumulada	35,1	40,7	38,7	32,4	28,2	30,5	24,3	33,2	43,8	18,7

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

Para las primeras ocho semanas del año 2023, las notificaciones de neumonía por semana a nivel país, muestran un número de casos menor a lo esperado en relación con el comportamiento del evento en años históricos.

Gráfico 4. Neumonía: Corredor endémico Semanal. 5 años: 2015 a 2019. SE01-08 de 2023. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

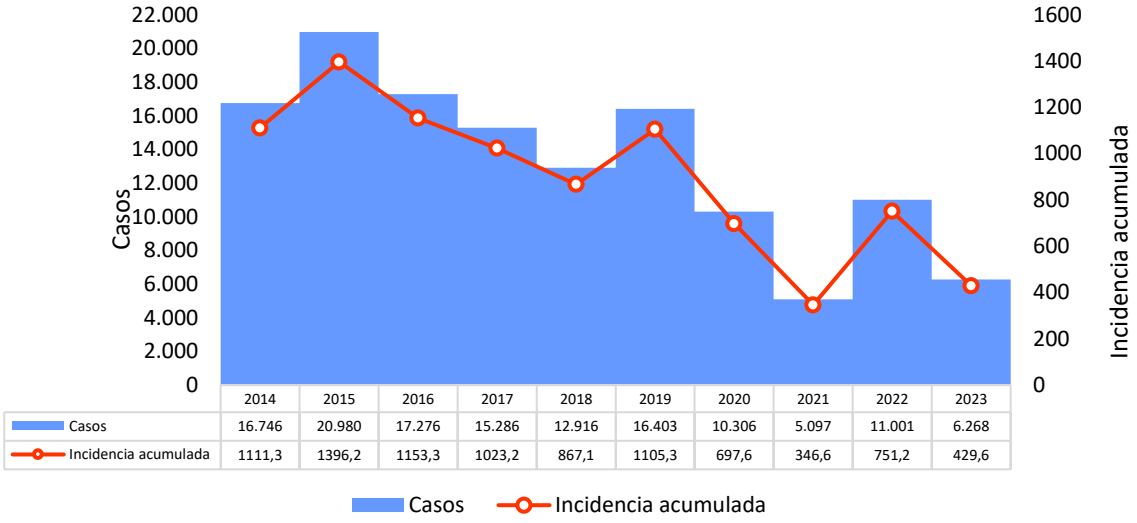
[16] Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las neumonías en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las neumonías en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

BRONQUIOLITIS

Entre las semanas 01-08 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 6.268 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 429,6 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras ocho semanas de los últimos nueve años muestra que los años con mayor número de notificaciones fueron 2015 y 2016, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019 respecto del año previo y con un número inusualmente bajo registrado para 2020 y 2021. Durante el año 2022, los casos registrados vuelven a incrementarse respecto de los dos años previos, registrándose un descenso para el año 2023, con un número de casos similar al año 2021.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. SE08.Total país. Año 2014-2023 Argentina[17].



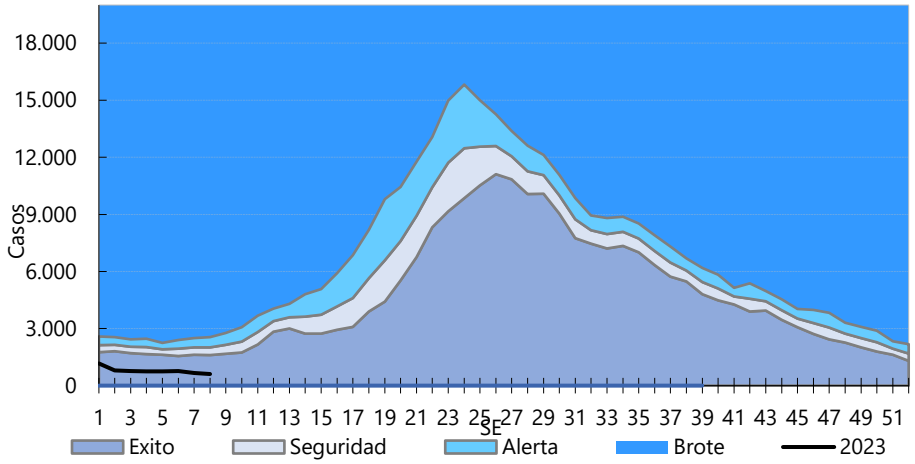
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Casos	16.746	20.980	17.276	15.286	12.916	16.403	10.306	5.097	11.001	6.268
Incidencia acumulada	1111,3	1396,2	1153,3	1023,2	867,1	1105,3	697,6	346,6	751,2	429,6

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0}

Para las ocho primeras semanas del año 2023, las notificaciones de bronquiolitis por semana se encuentran dentro de los límites esperados en comparación con el comportamiento del evento en años históricos.

[17] Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las bronquiolitis en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las bronquiolitis en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

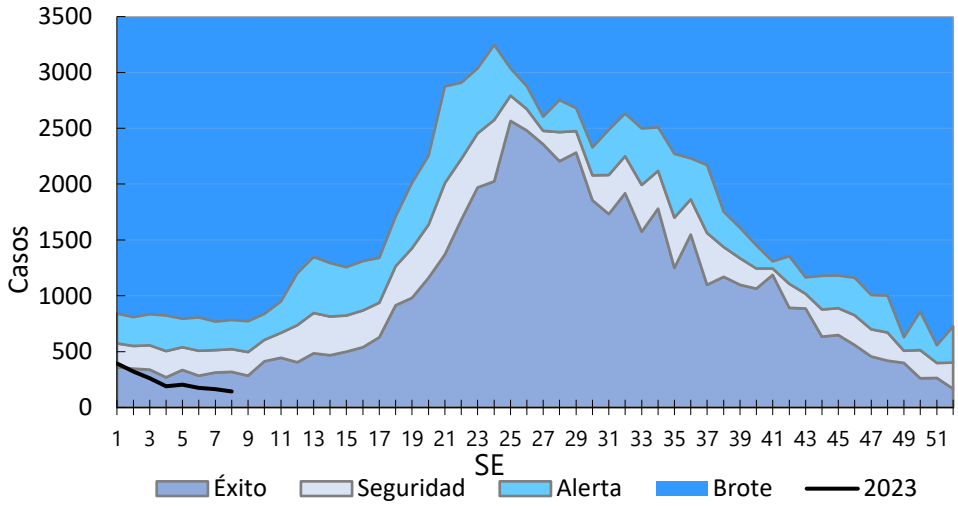
Gráfico 6. Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico Semanal. 5 años: 2015 a 2019. SE01-08 de 2023. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

Para el año 2023, los casos de IRAG notificados se encuentran en la zona de seguridad en la primera semana para situarse dentro de los límites esperados en SE02-08.

Gráfico 7. Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Corredor endémico Semanal. 5 años: 2015 a 2019. SE01-08 de 2023. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

VIGILANCIA DE COVID-19, INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EN UNIDADES DE MONITOREO DE PACIENTES AMBULATORIOS (UMAS)

A continuación, se presentan datos registrados hasta la SE09/2023 al evento "Monitoreo de SARS-CoV-2 y OVR en ambulatorios". El objetivo de esta estrategia es mantener la vigilancia y monitoreo de COVID-19 en pacientes ambulatorios en todos los grupos de edad en las 24 jurisdicciones del país logrando una representatividad geográfica. Adicionalmente, entre aquellos casos que cumplen con la definición de ETI, se realiza un muestreo aleatorio o sistemático para el estudio de SARS-CoV-2, influenza y VSR por rt-PCR.

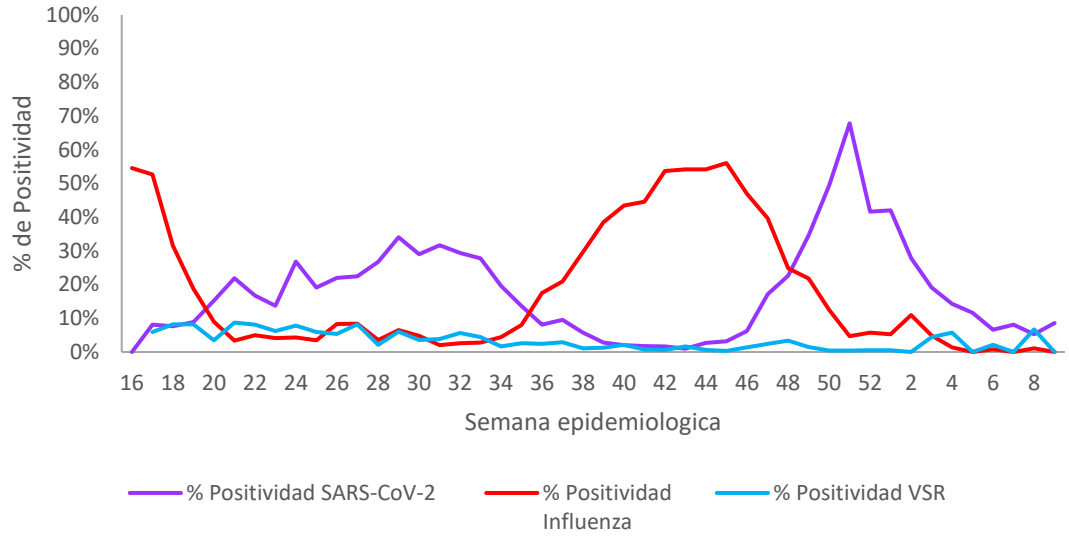
Desde el inicio de la estrategia de vigilancia de las UMAs, se analizaron por rt-PCR 22.405, 11.022 y 8.634 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente. Durante el año 2022, el porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 por PCR se mantuvo en valores inferiores al 10% hasta la SE19, llegó a un 26,81% en SE24, a partir de la cual -si bien con fluctuaciones- se mantuvo entre 19,11% y 34,01% (en sus valores mínimo y máximo) hasta la SE29 y posterior descenso hasta la SE43. Entre las SE 44-51 se observa un nuevo aumento en la proporción de positividad en las UMAs alcanzando un máximo de 67,84% en SE51, descendiendo en las siguientes semanas y representando un 8,62% en SE08 de 2023. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE16-17, con valores por debajo de 10% hasta SE35. Entre las SE36-45 se registra un nuevo ascenso en la positividad para influenza, alcanzando un 56,04% en SE45, con un descenso posterior a partir de SE46, sin detecciones positivas en las SE09 de 2023 a la fecha. Durante el año 2022, el porcentaje de positividad para VSR se mantuvo en valores por debajo del 10% con oscilaciones entre 0,30% y 8,72%. En lo que va de 2023, sostiene un comportamiento similar, sin detecciones positivas en la SE09 a la fecha.

Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16/2022 a SE09/2023. Estrategia UMAs. Argentina.

	Última semana			SE16 – SE09		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	508	46	9,06%	143.196	44.073	30,78%
SARS-CoV-2 por PCR	116	10	8,62%	22.405	5.693	25,41%
Influenza	75	0	0,00%	11.022	2.251	20,42%
VSR	64	0	0,00%	8.634	270	3,13%

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

Gráfico 8. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16/2022 a SE09/2023[18].

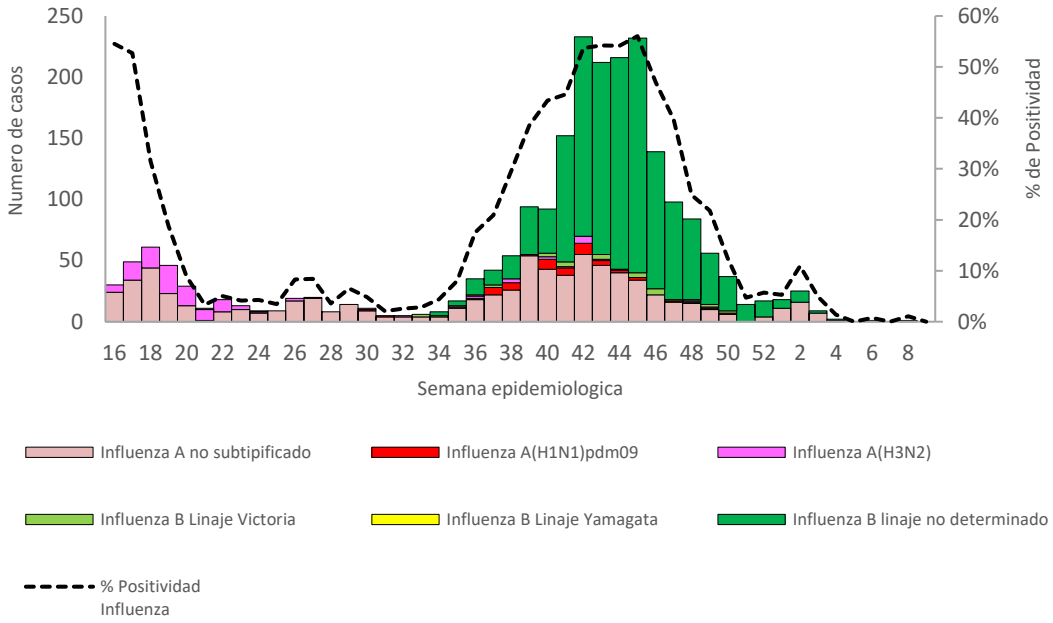


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=2.251), 928 (41,23%) fueron positivas para Influenza A y 1.323 (58,77%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 175 muestras cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A (H3N2) (n=124) e Influenza A (H1N1) pdm09 (n=51). Como puede observarse en el Gráfico desde el comienzo de la implementación de UMAs y hasta la SE23 de 2022 se registró de manera predominante circulación de A (H3N2). A partir de la SE30 se registran además casos de A (H1N1). Entre las SE33 -52 de 2022 vuelven a registrarse casos de virus influenza B, con el mayor número de casos identificados entre SE44-45. De los casos de influenza B detectados entre la SE16 de 2022 y la SE09 de 2023, 33 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 1.290 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje.

[18] Corresponde a las muestras analizadas para SARS-CoV-2, influenza y VSR por PCR.
En SE16 se registran 2 muestras para VSR, 1 con resultado positivo y 1 con resultado negativo. Para mejor interpretación de la positividad de virus respiratorios, no se incluyen en este gráfico

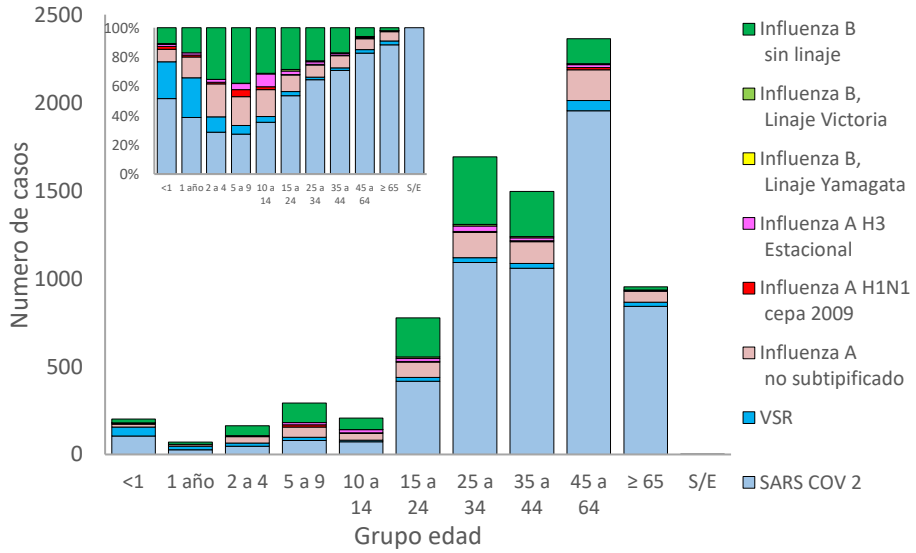
Gráfico 9. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16/ 2022 a SE09/2023 Estrategia UMAs. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

Los casos de influenza se detectan en todos los grupos de edad, con el mayor número de muestras positivas en el grupo de 25-34 años y 35-44 años. Las muestras positivas para VSR también se registran en todos los grupos de edad, principalmente en los menores de 1 año y en el grupo de 45-64 años.

Gráfico 10. Distribución absoluta de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados entre SE16/2022 a SE 09/2023. Estrategia UMAs. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2].

VIGILANCIA DE COVID-19, INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS

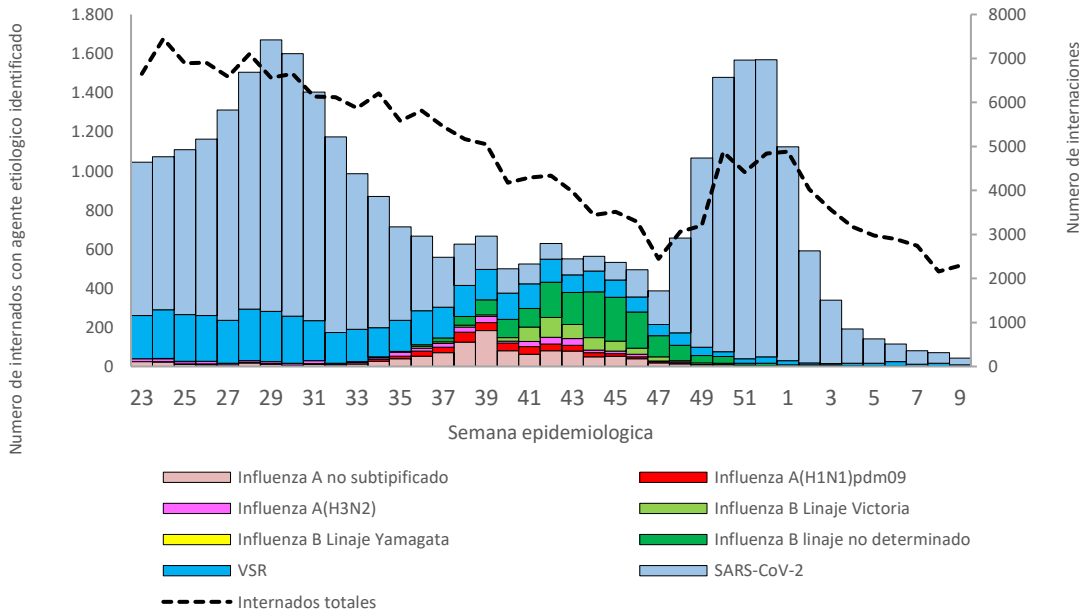
Entre la SE23/2022 a SE09/2023, se notificaron 160.790 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 22.762 fueron positivas (porcentaje de positividad 14,16%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 22.586 muestras para virus influenza con 4.075 detecciones positivas (porcentaje de positividad 18,04%). De las mismas 1.937 fueron influenza A y 2.138 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 786 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 398 (50,64%) son influenza A (H3N2) y 388 (49,36%) son influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 1.644 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 494 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 17.921 muestras estudiadas para VSR registrándose 4.511 con resultado positivo (porcentaje de positividad 25,17%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS 2.0 en SE 09 asciende respecto a la semana previa (variación positiva de 6,25%).

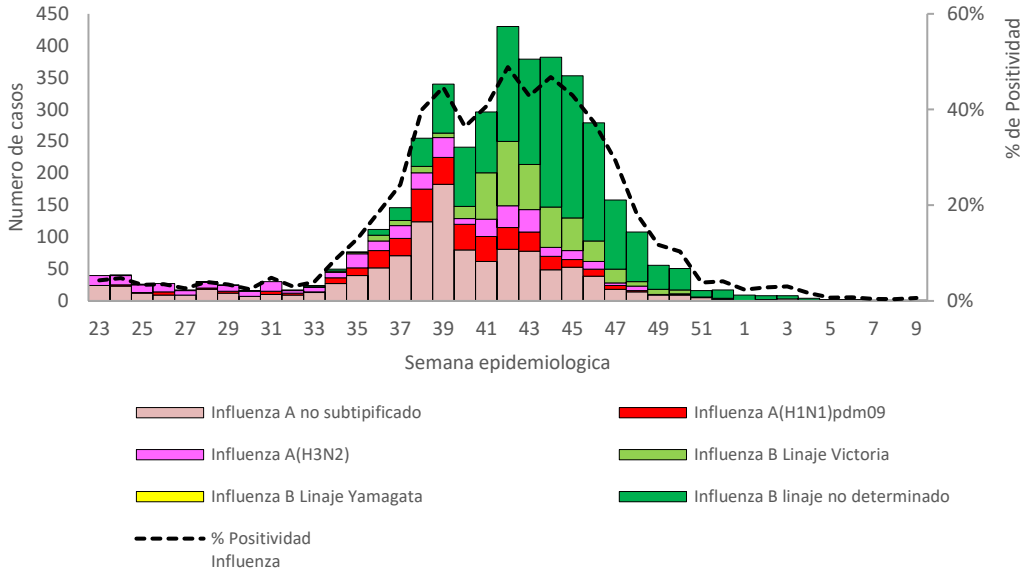
Gráfico 11. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23/2022 a SE09/2023



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En relación a la distribución temporal de virus influenza en casos hospitalizados durante el año 2022, desde el inicio de la estrategia se registran casos de influenza A (H3N2) y A (H1N1). En relación a los virus influenza B, a partir de SE34 y durante el resto del año, se observa un mayor número de detecciones positivas. Entre las SE23-34 el porcentaje de positividad para influenza en el grupo analizado se mantiene menor al 10%, observándose un ascenso entre las SE 35-44 con valores que oscilan en un rango de 12,96% a 48,86%, con una disminución a partir de SE45, situándose en 4,08% en SE52. En la SE09 del año 2023, el porcentaje de positividad para influenza en este grupo es de 0,63%.

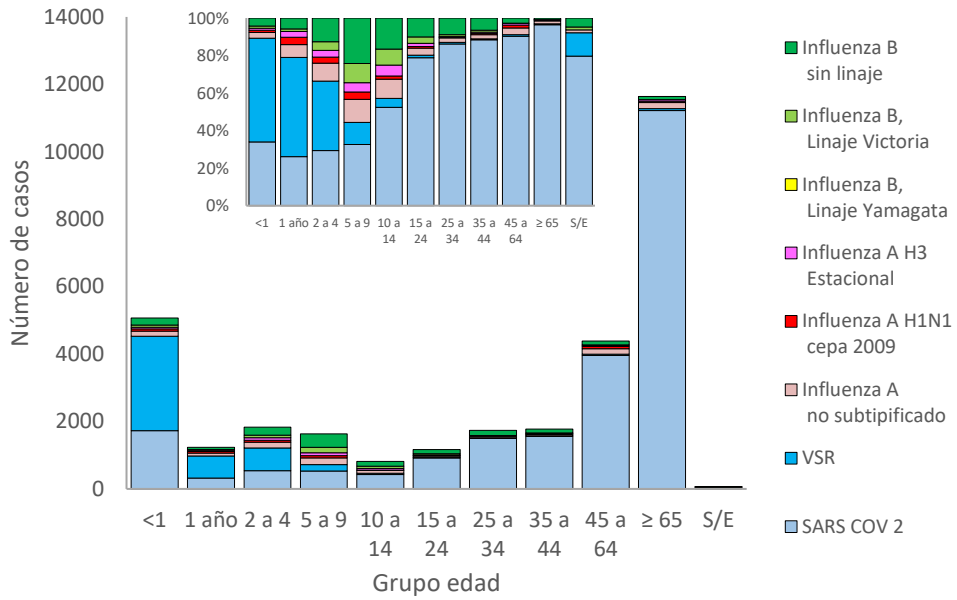
Gráfico 12. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE23/2022 a SE09/2023. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En la distribución por grupos de edad, el mayor número de casos positivos para VSR se observa en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Las detecciones positivas para influenza predominan en menores de 5 años, en el grupo de 5-9 años y 45-64 años en el periodo analizado.

Gráfico 13. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23/2022 a SE09/2023. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

Entre las SE01-52 del año 2022 se registraron 143 casos fallecidos con diagnóstico de influenza[19].

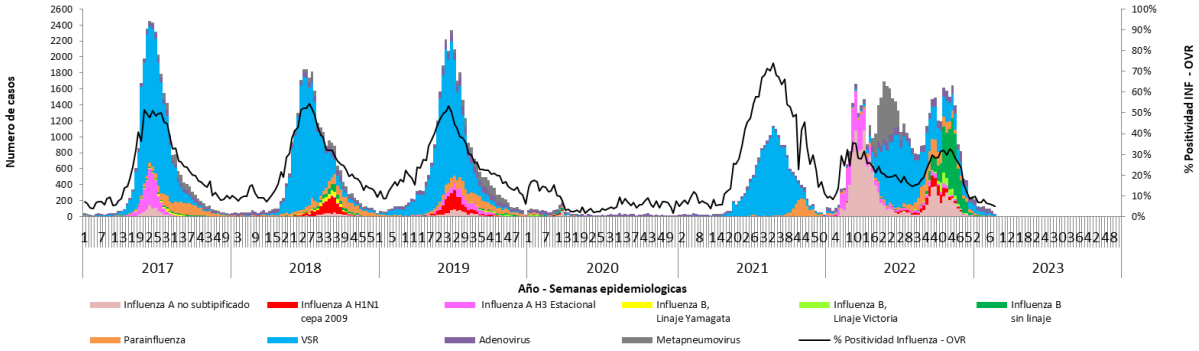
VIGILANCIA UNIVERSAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS

A partir de la SE23 y en concordancia con la modificación de la estrategia de vigilancia de IRAs, el siguiente análisis se realiza considerando la notificación de las muestras positivas para influenza a los eventos "Internado y/o fallecidos por COVID o IRA" y "COVID-19, influenza y OVR en ambulatorios (no UMAs)" con modalidad nominal e individualizada. Para otros virus respiratorios (adenovirus, VSR, parainfluenza y metapneumovirus) se consideran las notificaciones de muestras positivas bajo el grupo de eventos "Infecciones respiratorias virales" en pacientes ambulatorios e internados, modalidad agrupada/numérica semanal.

La curva de casos positivos de virus respiratorios por semana -excluyendo SARS-CoV-2 e incluyendo años previos- muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha registrado un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de influenza como por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente metapneumovirus que se registró de manera extraordinaria entre las semanas 16 y 26.

[19] Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, hasta SE22 se considera la fecha de apertura del caso. A partir de la SE23 y en concordancia con el cambio de la estrategia de vigilancia de virus respiratorios se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

Gráfico 14. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2022. SE07 2023

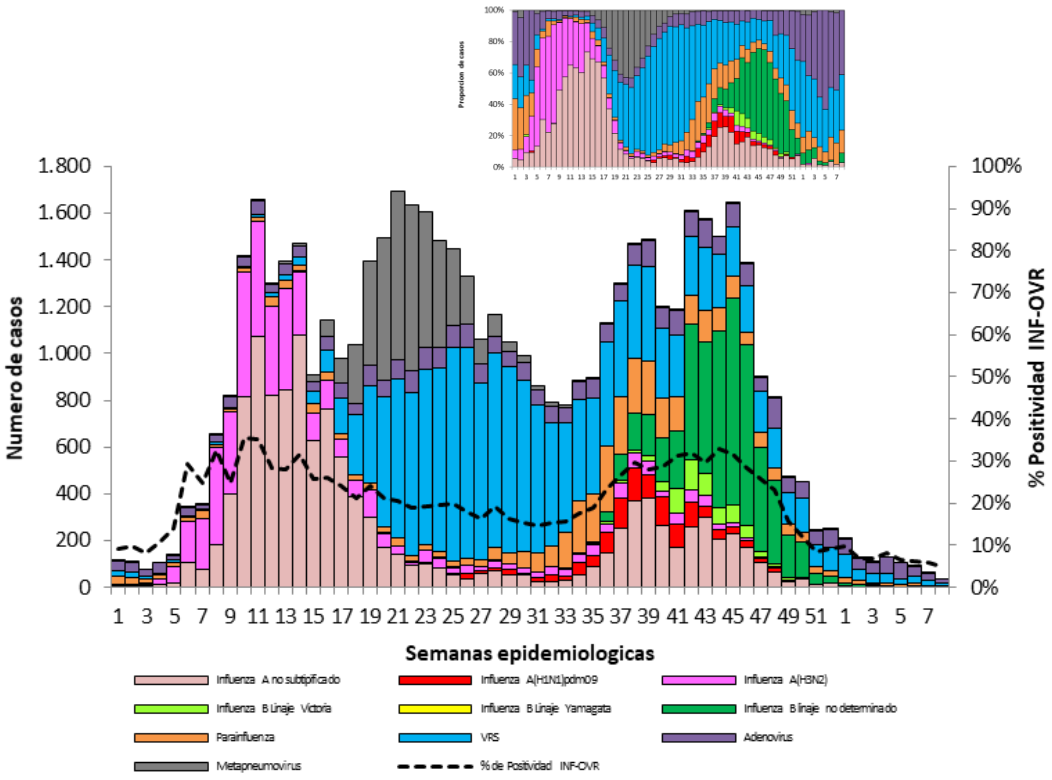


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

En la SE07 se detecta circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: adenovirus, VSR, influenza y metapneumovirus[20]. Durante el año 2022, se destaca la circulación intensa de influenza durante el verano y el nuevo ascenso experimentado entre las SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A(H1N1) e Influenza B así como la frecuencia absoluta y relativa de metapneumovirus entre las semanas 16 y hasta la 26.

[20]A la fecha no se registran casos positivos de metapneumovirus en SE08 de 2023.

Gráfico 15. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01/2022 a SE08/2023. Argentina. (n=54.050)

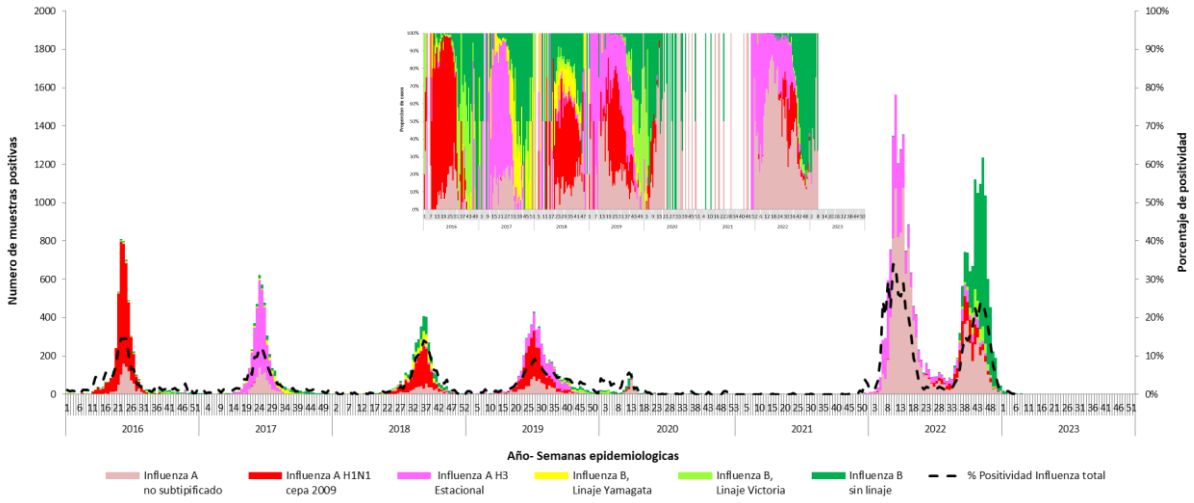


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

Entre las SE 03-14 del año 2022 se registra un importante aumento en el número de casos de virus influenza a expensas de Influenza A (H3N2) con un descenso posterior a partir de la SE16 pero con una circulación ininterrumpida. A partir de SE34 y hasta la SE45, se detecta nuevamente un aumento en el número de casos destacándose la co-circulación de influenza A (H1N1), A (H3N2) e influenza B, con una disminución sostenida en el número de casos a partir de SE46 de 2022.

Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados la proporción de positividad para influenza se sitúa en 0,44% durante la SE08 de 2023.

Gráfico 16. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica. Años 2016 a 2022. SE08 de 2023. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

VIGILANCIA DE COVID-19

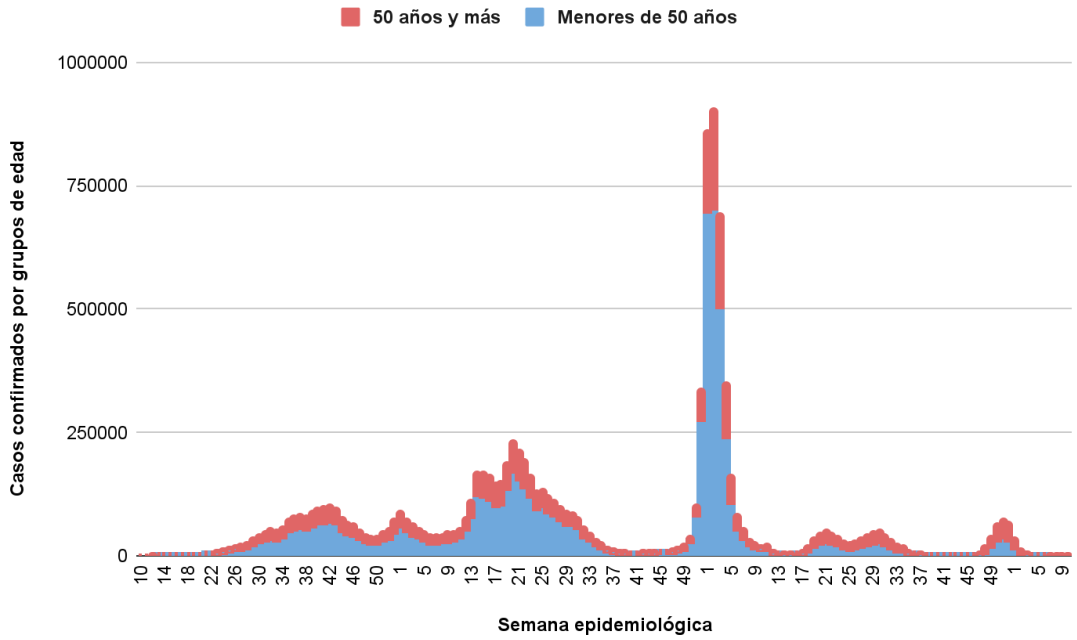
En Argentina, durante la SE 10 se confirmaron 854 casos de Covid-19 y 1 fallecimiento al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Desde el inicio de la pandemia hasta el 11 de marzo de 2023, se notificaron 10.045.811 casos confirmados de Covid-19 y 130.473 fallecimientos. Los casos nuevos corresponden a aquellos que han sido confirmados o notificados durante la última semana, e incluyen casos que pueden haber sido diagnosticados en semanas previas dado el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención, diagnóstico y notificación.

Para el análisis de la tendencia de los casos se utiliza como variable temporal la fecha de inicio del caso[21]. Considerando dicha fecha, en la SE 44/2022 se experimentó una interrupción del descenso sostenido del número de casos que llegó a menos de 1.000 casos registrados en las SE 43 y SE 44. Desde ese momento hubo un cambio de tendencia con aumento progresivo del número de casos, aumentando entre una semana y la siguiente. El mayor aumento se registró en la SE 48 con un incremento de 331% (respecto de la SE 47) y la mayor cantidad de casos en la SE 51 (n=72.171), según datos de la SE 10/2023. A partir de la SE 52 se observa una disminución sostenida en el número de casos, registrándose menos de 1.000 casos en las últimas cinco semanas. Hasta el momento de la realización del presente informe, la disminución de los casos en la SE 10 respecto a la SE 09 es de 25% (disminución de 180 casos) con un total de 537 casos confirmados. Sin embargo, los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

[21] La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

En la SE 10 las regiones que presentaron más casos en todo el país fueron NOA y AMBA (172 y 170 casos respectivamente). Los casos disminuyeron respecto de la semana previa en todas las regiones a excepción de NOA, con un aumento de 11 casos. En la última semana aumentaron los casos en Córdoba, Formosa, Mendoza, San Luis y Tucumán. Sin embargo, dicho aumento fue de 2 a 6 casos, a excepción de Tucumán que presentó un incremento de 32 casos. En Catamarca, Neuquén y Santa Cruz el número de casos se mantuvo estable. En el resto de las provincias disminuyeron los casos respecto a la semana previa.

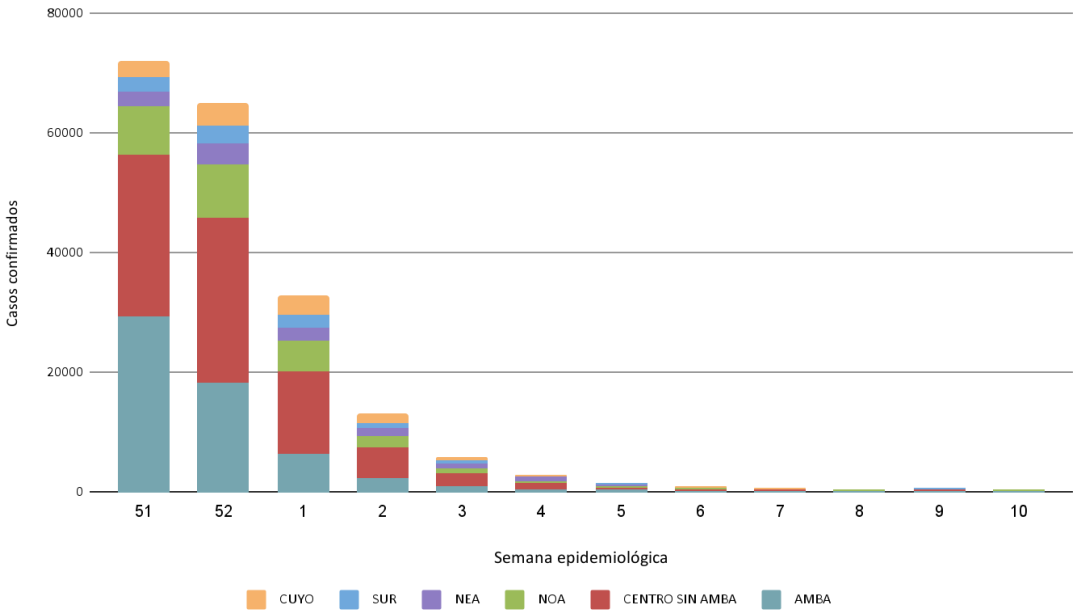
Gráfico 17. Casos confirmados por semana epidemiológica[22] según grupo de edad. SE 10/2020 - SE 10/2023, Argentina.



Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS[2.0].

[22] La semana utilizada es la semana de inicio del caso según las especificaciones indicadas. Se muestran los datos a semana cerrada. Las últimas semanas están sujetas a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

Gráfico 18. Casos confirmados en población general por semana epidemiológica según región del país. SE 51/2022 - SE 10/2023[23], Argentina.

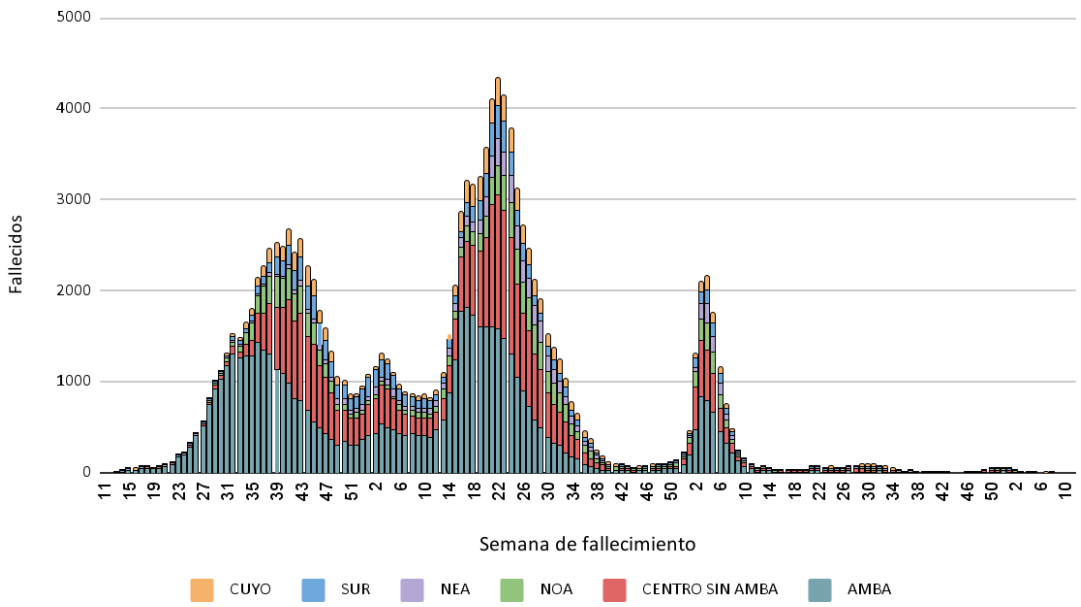


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS[2.0].

En cuanto a casos fallecidos, en la SE 10 fue informado 1 fallecimiento, ocurrido en dicha semana y correspondiente a un residente de Buenos Aires. Según la fecha de fallecimiento, se observa una tendencia ascendente desde la SE 47/2022, alcanzando un pico en la SE 01/2023 donde se registraron 67 fallecidos. A partir de la SE 02 se observa una tendencia en descenso, registrándose menos de 15 fallecimientos por semana a partir de la SE 05. La mediana en las últimas 12 semanas es de 18 casos fallecidos por semana, con un máximo de 67 en la SE 01 y un mínimo de 1 en la SE 10. Cabe destacar que los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

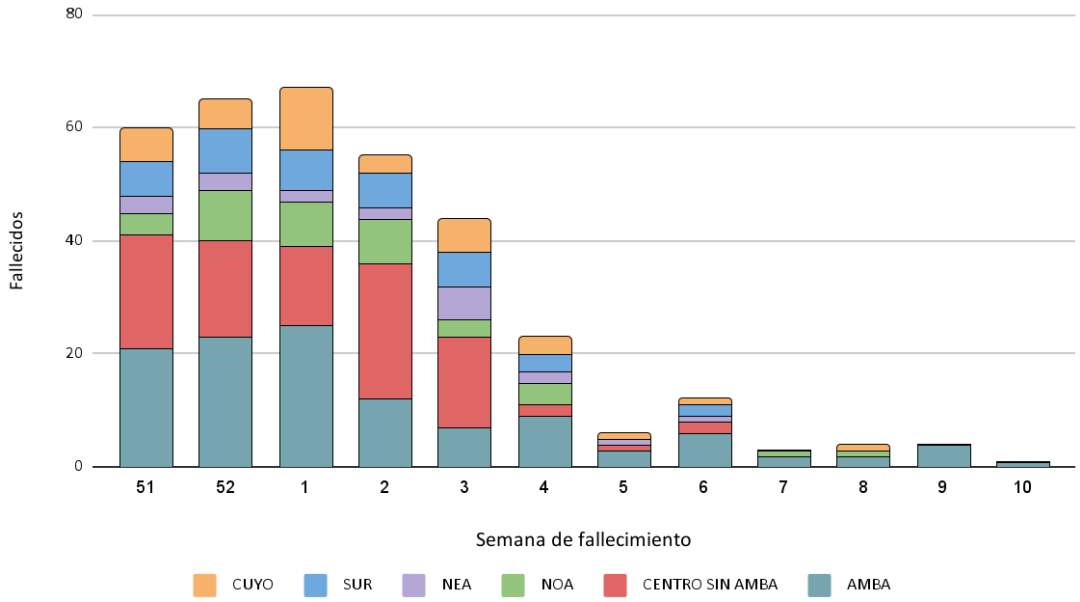
[23] Los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

Gráfico 19. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE11/2020 a SE 10/2023, Argentina.



Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS[2.0].

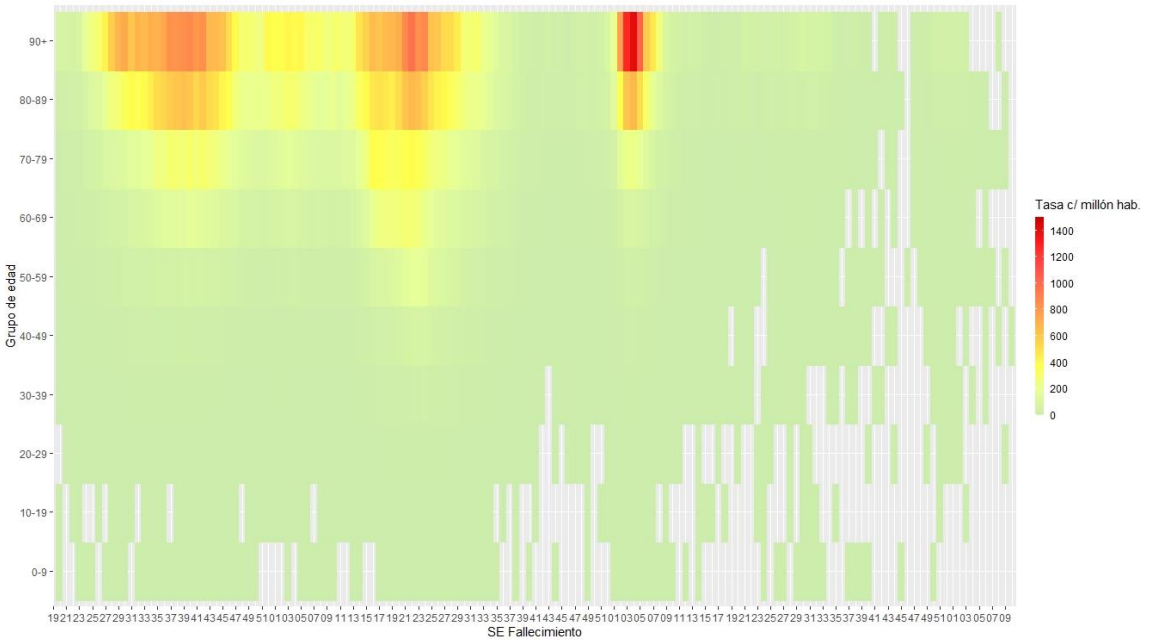
Gráfico 20. Casos fallecidos en población general por semana epidemiológica según región del país. SE 51/2022 - SE 10/2023*, Argentina



**Los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación*

Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS[2.0].

Gráfico 21. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/2020 a 10/2023.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Si se toman en cuenta los fallecidos de las últimas 12 semanas, se observa que el 90,3% tenían 50 años o más.

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS[24]

América del Norte: en la subregión la actividad de la influenza fue baja. Predominó influenza A(H3N2)pdm09, con la circulación concurrente de A(H1N1)pdm09 y B/Victoria. El SARS-CoV-2 circuló a niveles moderados y la actividad del VRS estuvo baja. En Canadá, la actividad de la influenza continúa baja, con predominio del virus influenza A. En México, la actividad de la influenza fue baja, mientras que la actividad del SARS-CoV-2 y del VRS permaneció elevada. En los Estados Unidos, la actividad de la influenza y del VRSV fue baja en general y la actividad del SARS-CoV-2 permaneció en niveles moderados, con un porcentaje de muertes por neumonía, influenza y COVID-19 por encima del promedio de temporadas previas y con tendencia al aumento.

Caribe: la actividad de la influenza fue moderada, con predominio del virus influenza B/Victoria. Circularon concurrentemente los virus influenza A(H3N2) y A(H1N1)pdm09. Guatemala reportó un aumento de la actividad de influenza con niveles moderados de circulación de influenza B/Victoria; la actividad de la IRAG estuvo baja. Honduras notificó un aumento de la actividad por influenza en niveles de intensidad moderada. El porcentaje de positividad del SARS-CoV-2 se mantiene en niveles moderados en la subregión, con altos niveles de circulación en Costa Rica. La actividad del VRS estuvo baja en general.

[24]Tomado de: Reporte de Influenza SE08 de 2023 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2023. OPS-OMS, disponible en https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza

América Central: la actividad de la influenza fue moderada, con predominio del virus influenza B/Victoria. Circularon concurrentemente los virus influenza A(H3N2) y A(H1N1)pdm09. Guatemala reportó mayor actividad de influenza con circulación moderada de influenza B/Victoria; la actividad de la IRAG fue baja. Honduras notificó un aumento de la actividad de la influenza ubicándose en niveles de moderada intensidad. El porcentaje de positividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles moderados en la subregión, con niveles elevados en Costa Rica. La actividad del VRS disminuyó en general.

Países Andinos: la actividad de la influenza fue baja, predominando los virus influenza A(H1N1)pdm09; circularon concurrentemente los virus influenza B/Victoria y A(H3N2). En Bolivia y Ecuador se incrementó la actividad de la influenza. La actividad del SARS CoV-2 fue baja en general. En la subregión, la actividad del VRS fue baja.

Brasil y Cono Sur: la actividad de la influenza estuvo en niveles observados entre temporadas; los virus de la influenza A se detectaron con mayor frecuencia con la circulación concurrente de B/Victoria y A(H1N1)pdm09. Paraguay notificó un aumento de la actividad de la influenza B (linaje indeterminado) en niveles de baja intensidad con niveles bajos de IRAG y ETI. La actividad del SARS-CoV-2 fue baja, excepto en Brasil y Chile con niveles de circulación moderados. La actividad del VRS permaneció baja en la subregión excepto en Brasil, donde se observaron niveles altos.

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19[25]

759.269.904

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS hasta el 5 de marzo de 2023.

6.865.624

Personas fallecidas en el mundo.

4.475.653

Casos nuevos reportados en las últimas 4 semanas.

31.926

Nuevos fallecidos reportados en las últimas 4 semanas.

58%⬇

A nivel global en las últimas 4 semanas el número de casos nuevos disminuyó respecto de la cuatrisemana previa.

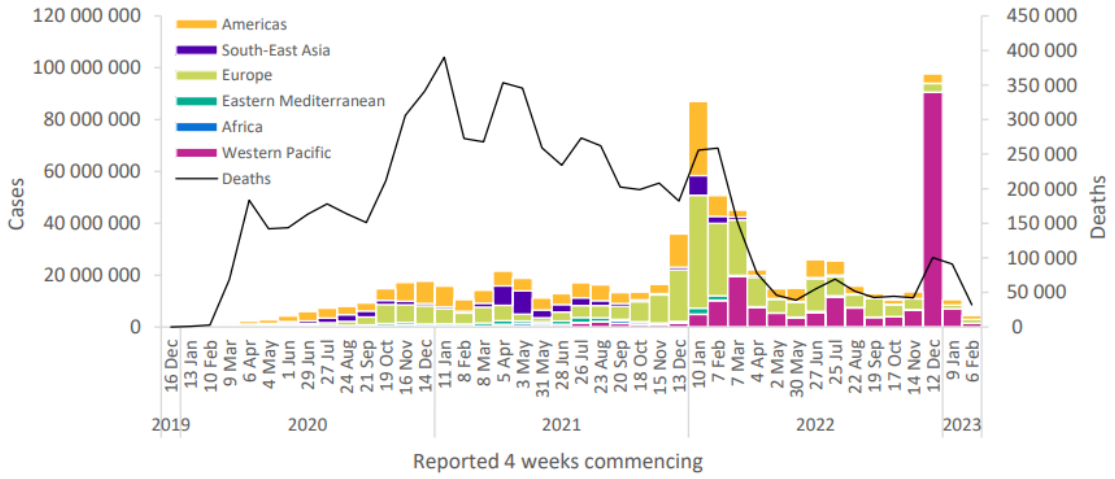
65%⬇

La cantidad de fallecidos nuevos disminuyó respecto de la cuatrisemana anterior.

[25] Tomado de: Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update, disponible en https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports.

- ✓ Según la OMS, estas tendencias deben interpretarse con cautela ya que varios países han ido cambiando progresivamente sus estrategias de testeo de COVID-19, lo que resulta en un menor número total de pruebas realizadas y, en consecuencia, un número menor de casos detectados.
- ✓ En la Región de las Américas, la cantidad de casos nuevos en los últimos 28 días disminuyó un 31% respecto de las 4 semanas previas, mientras que las nuevas muertes disminuyeron un 32%.
- ✓ Respecto de las variantes circulantes, a nivel mundial el 99,6% de las secuencias reportadas entre el 6 de febrero y el 6 de marzo de 2023 eran la variante Omicron.
- ✓ Según las secuencias enviadas a GISAID en la semana 7, las secuencias de variantes recombinantes (agrupadas) representaron el 44,1% de las secuencias enviadas. La prevalencia de Omicron BA.5 y sus linajes fue de 27,2% mientras que la prevalencia de Omicron BA.2 y sus linajes descendientes permaneció estable (14,2%). Las secuencias no asignadas (todas presumiblemente Omicron) representaron el 14,5%, mientras que las variantes Omicron BA.1, BA.3 y BA.4 y sus linajes descendientes representaron menos del 0,1%.

Gráfico 22. Casos y fallecidos de COVID-19 reportados semanalmente, por región de OMS.



Fuente: Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Reports (who.int)

Las recomendaciones para la comunidad y el equipo de salud para la prevención de COVID-19 y otros virus respiratorios se encuentran disponibles en: https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19

INFORMES ESPECIALES

EXCESO DE MORTALIDAD EN ARGENTINA. AÑOS 2020- 2021[26]

Este informe fue resumido y presentado en el marco del Consejo Federal de Salud realizado el 13 de marzo y ante los equipos técnicos de las áreas de Epidemiología y Estadística de las distintas jurisdicciones del día 14 de marzo. Además fue publicado en Este informe fue publicado el 14 de marzo de 2023 en https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-exceso-de-mortalidad-en-argentina-anos-2020-2021

A continuación se transcribe parte de ese informe para su difusión entre los equipos de vigilancia como una devolución y reconocimiento al enorme trabajo que han realizado durante la pandemia para tener información oportuna y de calidad para la toma de decisiones.

El exceso de mortalidad es una metodología que compara el número total de muertes esperadas, de acuerdo a la mediana de los años anteriores, con las muertes efectivas que ocurren durante una crisis (epidemia, pandemia, catástrofe), en un período y lugar determinado. Si las muertes contabilizadas resultan más que las muertes esperadas se considera que hubo exceso de mortalidad; cuanto mayor sea el exceso de mortalidad, mayor puede considerarse el impacto de la crisis que se está analizando. Este indicador incluye tanto las muertes directamente relacionadas con la enfermedad (en el caso de la pandemia, las causadas por COVID-19) como aquellas vinculadas indirectamente por la situación bajo análisis por ejemplo, por problemas de acceso a la prevención y tratamientos de otras condiciones de salud).

Para calcular el exceso de mortalidad se utilizan los datos provenientes de las estadísticas vitales. La elaboración de las estadísticas nacionales sobre defunciones se obtiene a través del Sistema de Estadísticas Vitales, que a nivel nacional coordina la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Los informes estadísticos que se generan en el nivel local cuando se certifica una defunción, son recolectados por las delegaciones de Registro Civil al momento de cada inscripción. Estas oficinas remiten luego los informes estadísticos en lotes a las oficinas provinciales responsables por su procesamiento. Si bien la frecuencia de este envío suele ser mensual, las delegaciones más pequeñas realizan remisiones con mayores plazos y la situación generada por la pandemia introdujo demoras adicionales.

Los acuerdos establecidos con todas las jurisdicciones establecen el envío anual de la información al nivel nacional, mediante archivos digitales. El plazo es el 30 de junio del año calendario siguiente al de registro, sin embargo, en 2021 se registraron mayores demoras a las habituales. La Dirección de Estadísticas e Información en Salud es la encargada de los procesos finales para la elaboración y difusión de las estadísticas nacionales de mortalidad.

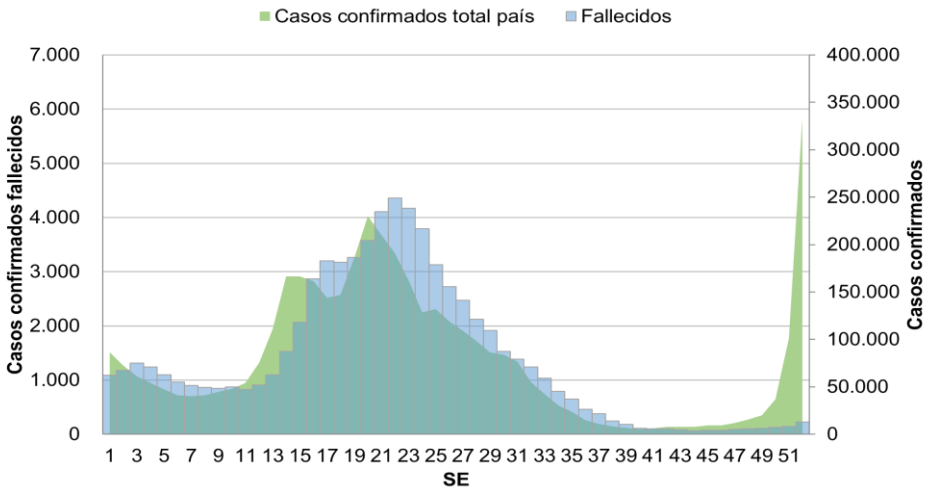
Durante la pandemia, los datos de mortalidad por COVID-19 se recolectaron a partir de la vigilancia epidemiológica de casos fallecidos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud que coordina la Dirección de Epidemiología a nivel nacional en un trabajo articulado con las direcciones de epidemiología de las 24 jurisdicciones.

[26] Este informe fue publicado el 14 de marzo de 2023 en https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-exceso-de-mortalidad-en-argentina-anos-2020-2021

EXCESO DE MORTALIDAD 2021

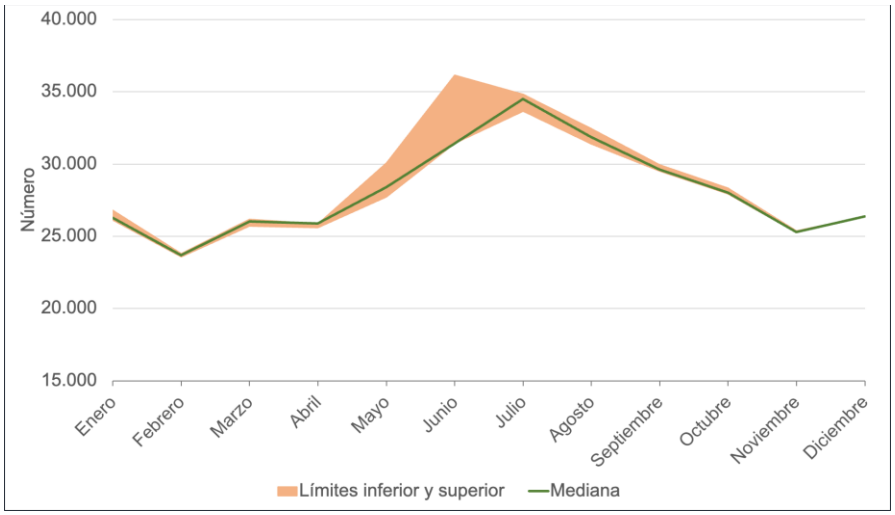
En Argentina, en el año 2021 se observó un exceso de mortalidad de 26,3% por encima del valor umbral (percentil 75 de datos históricos) con 89.901 fallecimientos por encima de lo esperado. El mayor exceso de mortalidad se observó en el primer semestre (40,5% considerando los seis meses), mientras que en el segundo semestre el exceso fue de 9,3%. Entre enero y mayo se observan valores positivos y crecientes para el exceso de mortalidad. Esto coincide con la dinámica de la pandemia en el país.

Gráfico 1: Evolución de casos y fallecidos COVID-19 por semana de epidemiológica (SNVS). Argentina 2021



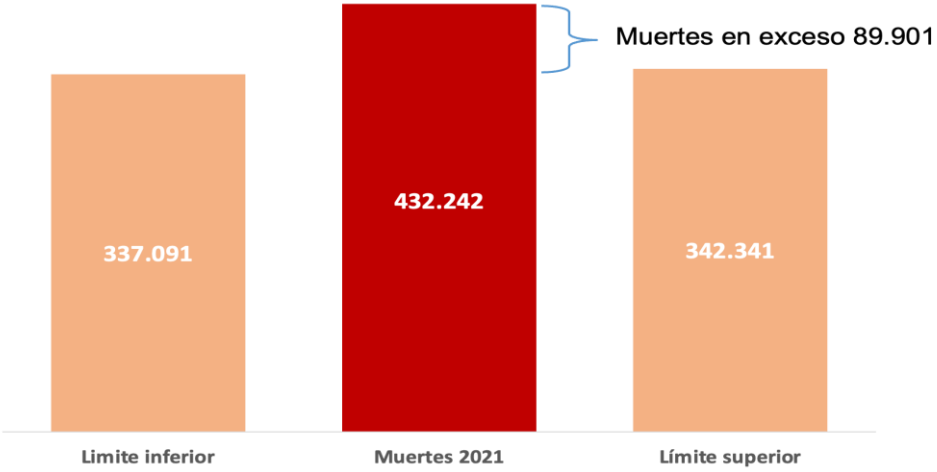
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología.

Gráfico 2: Percentilos 25-75 de muertes esperadas para Argentina en 2020-201 tomando en cuenta el quinquenio 2015-2019



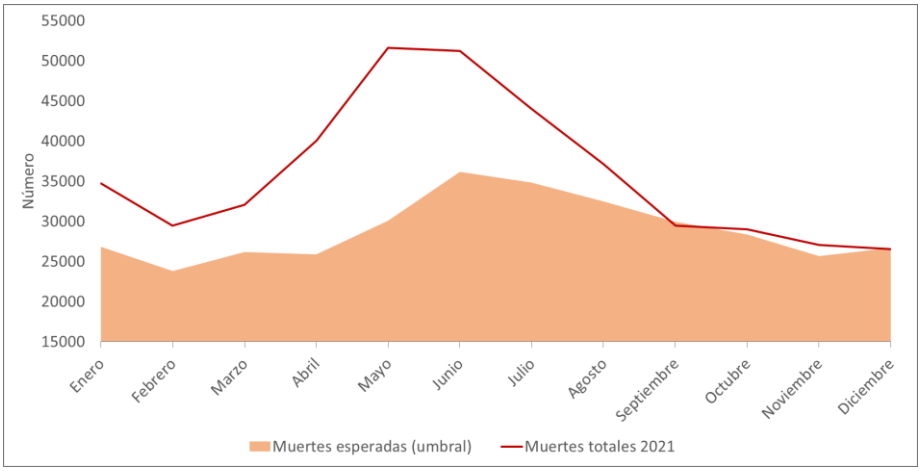
Fuente: Elaboración propia en base a Datos de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS).

Gráfico 3: Muertes esperadas y muertes ocurridas por todas las causas-Argentina 2021



Fuente: Datos de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS).

Gráfico 4. Muertes esperadas y muertes registradas por todas las causas (exceso de mortalidad). Argentina 2021

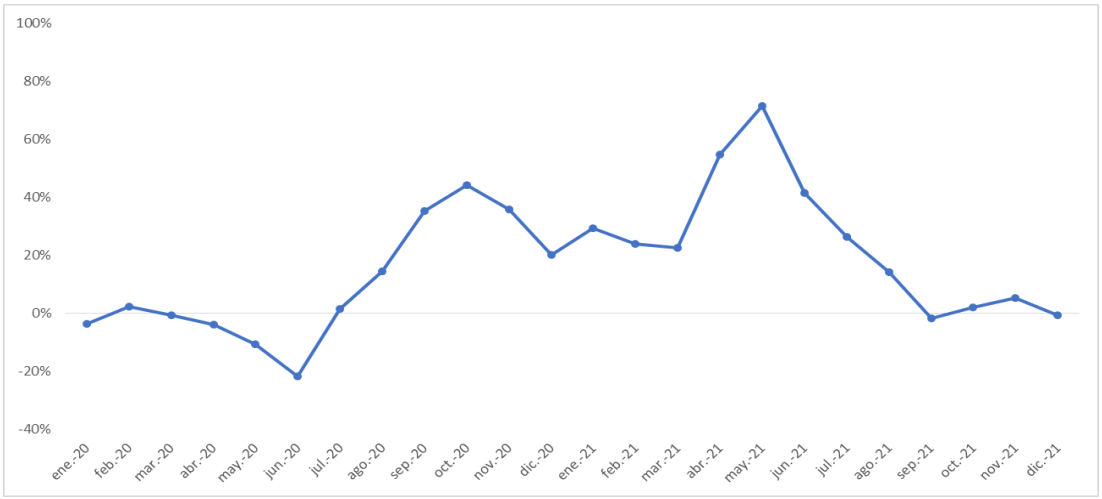


Fuente: Dirección de Epidemiología /Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

EXCESO DE MORTALIDAD 2020-2021 EN ARGENTINA Y EN LA REGIÓN

El exceso de mortalidad registrado durante los años 2020-2021 en Argentina fue de 18,2%, es decir que, debido a la pandemia, hubo un 18% más muertes que las esperadas para esos dos años, comparado con los datos históricos de mortalidad. La mayor proporción de exceso se registró en el primer semestre de 2021, coincidente con la etapa de mayor impacto de la pandemia en nuestro país y en la región.

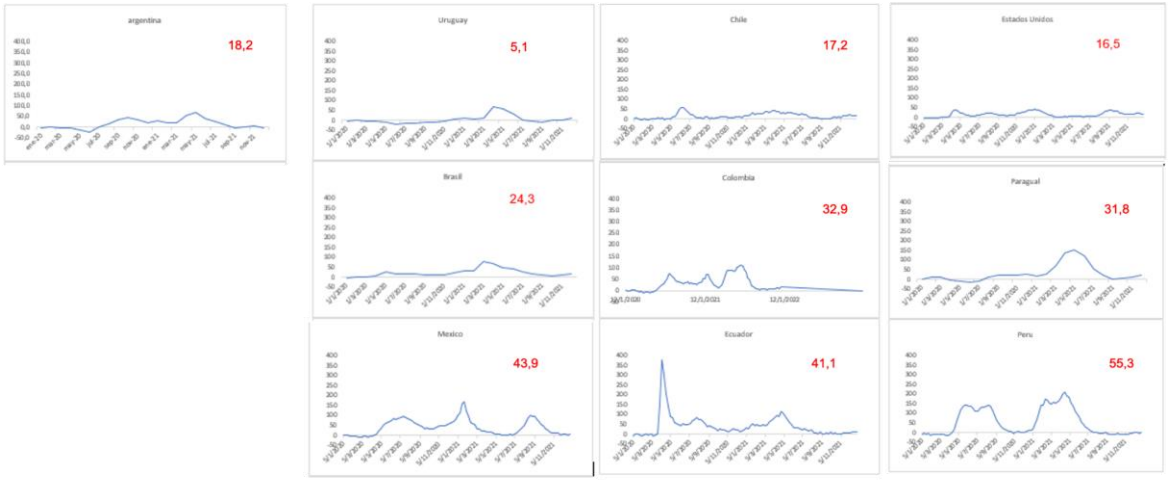
Gráfico 5: Porcentaje mensual de exceso de mortalidad. Argentina 2020-2021



Fuente: Elaboración propia de las direcciones de Epidemiología y de Estadísticas e Información en Salud en base a datos de estadísticas vitales.

La mayoría de los países de la región presentaron exceso de mortalidad durante el periodo 2020-2021, siendo afectados en diferentes magnitudes.

Gráfico 6: Exceso de mortalidad 2020-2021, países seleccionados de la región



Fuente: 1: Datos propios Dirección de Estadísticas e Información de la Salud 2: Our world in data, https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid

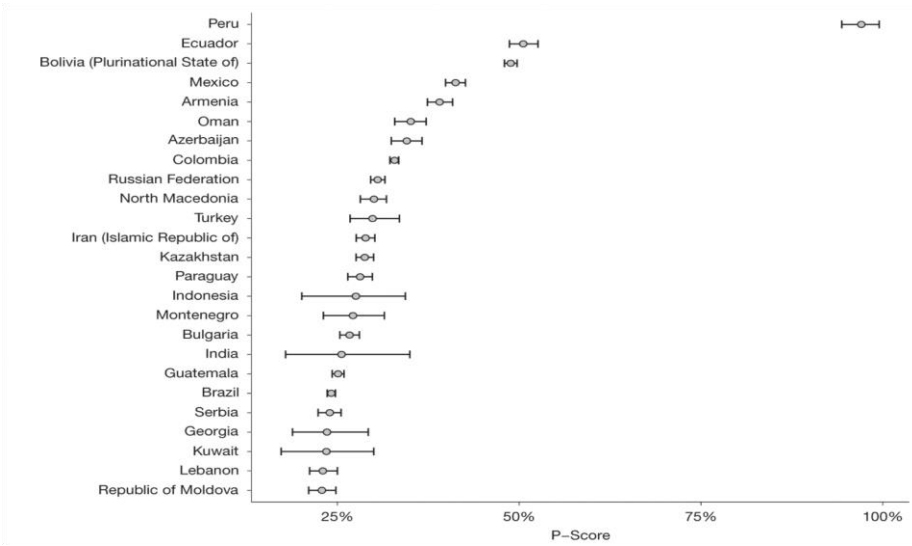
Gráfico 7: exceso de mortalidad 2020-2021, países seleccionados de la región



Fuente: 1: datos propios Dirección de Estadísticas e Información de la Salud 2: Our world in data, https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid

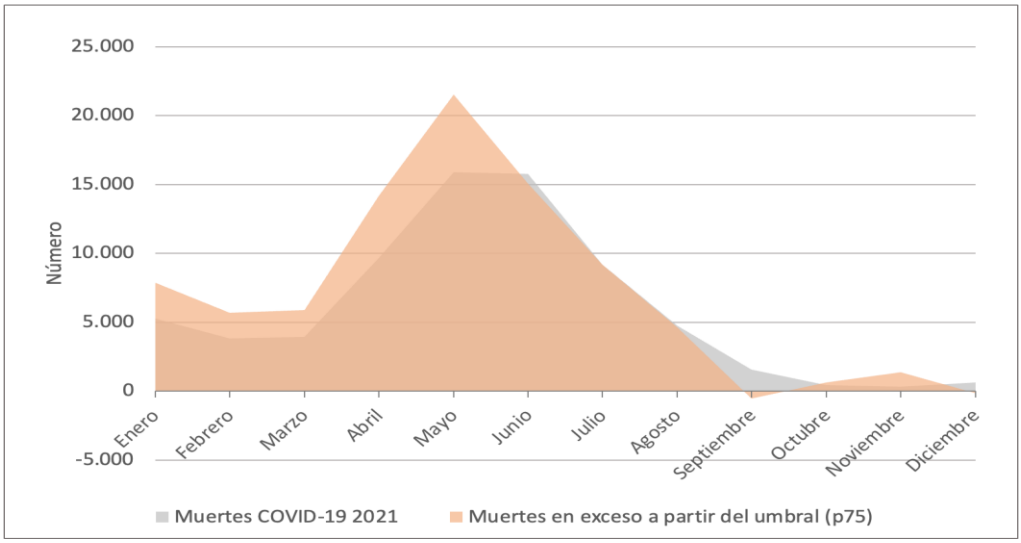
La Región de las Américas fue una de las regiones más afectadas por la pandemia. La Organización Mundial de la Salud en su análisis de exceso de mortalidad, publicó los 25 países con mayor exceso registrado durante 2020-2021, correspondiendo un tercio de ellos a países de la región de las Américas.

Gráfico 8: Países con mayor porcentaje de exceso de mortalidad (muertes en exceso en relación a las muertes esperadas)



Fuente: Msemburi, W., Karlinsky, A., Knutson, V. et al. The WHO estimates of excess mortality associated with the COVID-19 pandemic. Nature 613, 130–137 (2023). https://doi.org/10.1038/s41586-022-05522-2

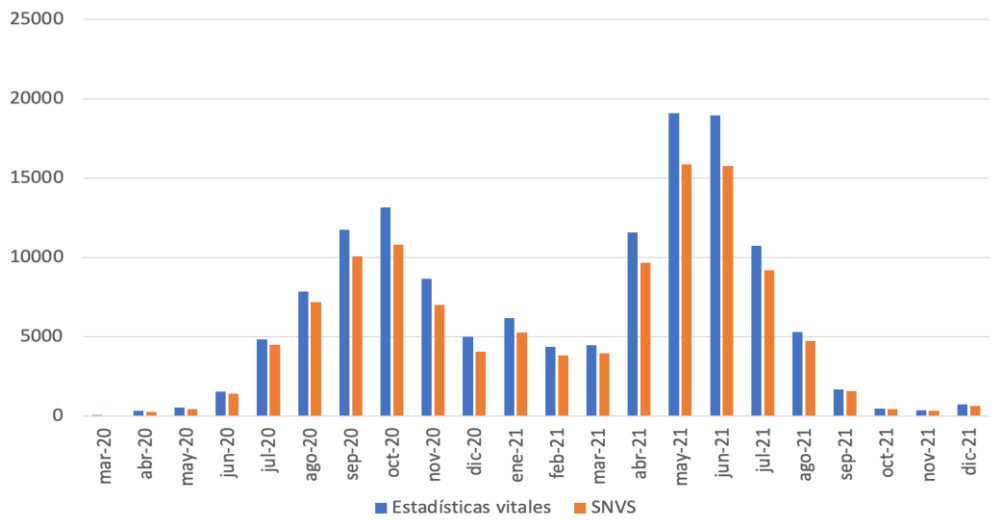
Gráfico 9: Muertes en exceso y muertes por COVID-19 notificadas en el SNVS. 2021



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS y Dirección de estadísticas e Información en Salud en base a datos de Estadísticas Vitales.

Analizando el bienio 2020-2021, entre enero 2020 y diciembre 2021 se informaron según certificado de defunción 138.177 muertes por COVID-19, mientras que en el mismo periodo se notificaron al SNVS 116.920 casos fallecidos confirmados de COVID-19. La diferencia representa un 18% (ratio 1,18) de casos más de lo notificado al SNVS.

Gráfico 10: Muertes por COVID-19 según certificado de defunción y fallecidos COVID-19 notificados en SNVS. Argentina. Enero 2020 a diciembre 2021



Fuente: Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS y Dirección de estadísticas e Información en Salud en base a datos de Estadísticas Vitales.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud, estimó que el número total de muertes ocurridas durante 2020-2021, fue de 14.91 millones de muertes mientras que las muertes reportadas ascendieron a 5.42 millones (https://www.who.int/data/stories/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-january-2020-december-2021).

En un estudio publicado en The Lancet en abril de 2022[27], en el que se evaluó la razón entre el exceso de mortalidad y las muertes reportadas como medida para evaluar el subregistro en la pandemia las muertes por exceso de mortalidad fueron más de 3 veces de las muertes reportadas. En ese mismo informe se muestra que en Argentina la relación entre exceso de mortalidad y muertes reportadas presenta una razón de 1,2 (lo que representa un subregistro de 20%), mientras que países como Japón presentaron una razón de 6 (500% más muertes ocurridas que las registradas por el sistema de vigilancia), Finlandia 5 (400% más), México 2 (100% más), Italia 1,9 (90% más), España 1,6 (60% más), Uruguay 1,6 etc. Los datos reportados en ese artículo para Argentina coinciden con los calculados a partir de los datos del Sistema Nacional de Vigilancia y los datos de mortalidad de la DEIS.

En Argentina, la notificación de casos de COVID-19 (y los fallecimientos, si correspondiera) la realizan usuarios certificados (profesionales, técnicos, administrativos y autoridades sanitarias de las 24 jurisdicciones del país) de los subsectores público, privado y de la seguridad social a través del SNVS 2.0. Además, y con el objetivo de registrar de manera más exhaustiva los fallecimientos en casos de COVID-19, muchas de las jurisdicciones revisan y cruzan sistemáticamente datos de otros registros de mortalidad como registros civiles, hospitalarios y de empresas funerarias, entre otros. Estos datos se incorporan luego al SNVS 2.0. Esto hizo que los datos de Argentina de mortalidad sean muy robustos y con poco subregistro.

Tabla 1: Razón entre exceso de mortalidad y muertes ocurridas en 2020-2021, países seleccionados

País	Razón entre el exceso de mortalidad y las muertes reportadas (SNVS)
Chile	0,95
Argentina	1,2
Brasil	1,3
Paraguay	1,35
Colombia	1,4
Estados Unidos	1,4
Uruguay	1,6
España	1,64
Perú	1,7
Italia	1,9
México	2
Ecuador	3,3
Finlandia	5,03
Japón	6,02

Fuente: COVID-19 Excess Mortality Collaborators. Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020-21. Lancet. 2022 Apr 16;399(10334):1513-1536

[27] *COVID-19 Excess Mortality Collaborators. Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020-21. Lancet. 2022 Apr 16;399(10334):1513-1536)*

ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

Esta sección de Alertas Epidemiológicas Internacionales se construye con la información recibida por el Centro Nacional de Enlace (CNE), oficina encargada de la comunicación con otros países en relación a la información sanitaria dentro del marco del Reglamento Sanitario internacional (RSI) que funciona en la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

La mayoría de los eventos que requieren la emisión de Alertas y Actualizaciones Epidemiológicas se refieren principalmente a agentes infecciosos, aunque también pueden estar relacionados con mercancía contaminada, contaminación de alimentos, o ser de origen químico o radionuclear, de acuerdo con las provisiones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI (2005)).

El propósito de las **Alertas Epidemiológicas** es informar acerca de la ocurrencia de un evento de salud pública que tiene implicaciones o que pudiera tener implicaciones para los países y territorios del mundo.

Las Actualizaciones Epidemiológicas consisten en actualizar la información sobre eventos que están ocurriendo en la población y sobre los cuales ya se alertó o informó previamente.

A continuación se mencionan los eventos de mayor relevancia que han sido compartidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 09 y el 15 de marzo del 2023.

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA: BROTES DE INFLUENZA AVIAR POR INFLUENZA A(H5N1) EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

13 DE MARZO 2023

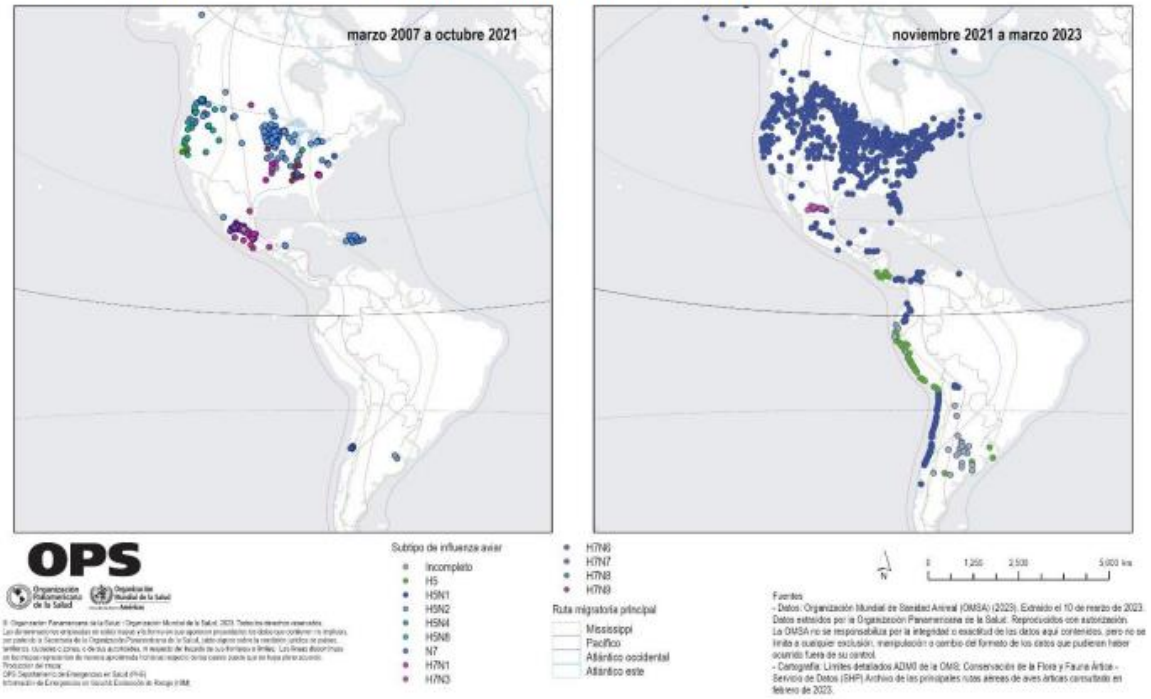
En la Región de las Américas hasta la semana epidemiológica (SE) 9 de 2023, las autoridades Argentina, Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, los Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela han detectado brotes por virus IAAP A(H5N1) en aves domésticas, de granjas avícolas y/o silvestres, y en mamíferos. La detección de brotes de IAAP en 14 países de América Latina y el Caribe es una situación nunca registrada. Los brotes identificados se ubican principalmente en las áreas de la ruta migratoria del Pacifico. Hasta la fecha y desde la introducción de influenza aviar A(H5N1) en las Américas en 2014, se han registrado dos infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5N1): la primera en los Estados Unidos de América notificada el 29 de abril de 2022 y la segunda en Ecuador, la cual fue notificada el 9 de enero de 2023.

Brotes de influenza aviar según tipo de animal afectado. Región de las Américas, hasta la semana 9 de 2023

País	Aves silvestres	Aves de granja	Aves de traspatio	Mamíferos
Argentina	**Sí**	**Sí**	**Sí**	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	**Sí**	**Sí**	**Sí**	
Canadá	**Sí**	**Sí**	**Sí**	**Sí**
Chile	**Sí**		**Sí**	**Sí**
Colombia	**Sí**	**Sí**	**Sí**	
Costa Rica	**Sí**			
Cuba	**Sí**			
Ecuador	**Sí**	**Sí**		
Estados Unidos de América	**Sí**	**Sí**	**Sí**	**Sí**
Guatemala	**Sí**			
Honduras	**Sí**			
México	**Sí**	**Sí**		
Panamá	**Sí**		**Sí**	
Perú	**Sí**	**Sí**	**Sí**	**Sí**
Uruguay	**Sí**			
Venezuela (República Bolivariana de)	**Sí**			

Fuente: Datos notificados a OPS por los Centros Nacionales de Enlace para el RSI o disponibles en los Ministerios e Institutos de Salud de los países y territorios de la Región.

Brotes de influenza aviar y principales rutas migratorias de aves silvestres. Región de las Américas, marzo 2007 a octubre 2021 y noviembre de 2021 a marzo de 2023.



Fuente: Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) (2023). Extraído el 10 de marzo de 2023. Datos extraídos y reproducidos por la OPS/OMS.

Fuente: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-brotes-influenza-aviar-causados-por-influenza-ah5n1-region

SARAMPIÓN - NEPAL

14 de marzo 2023

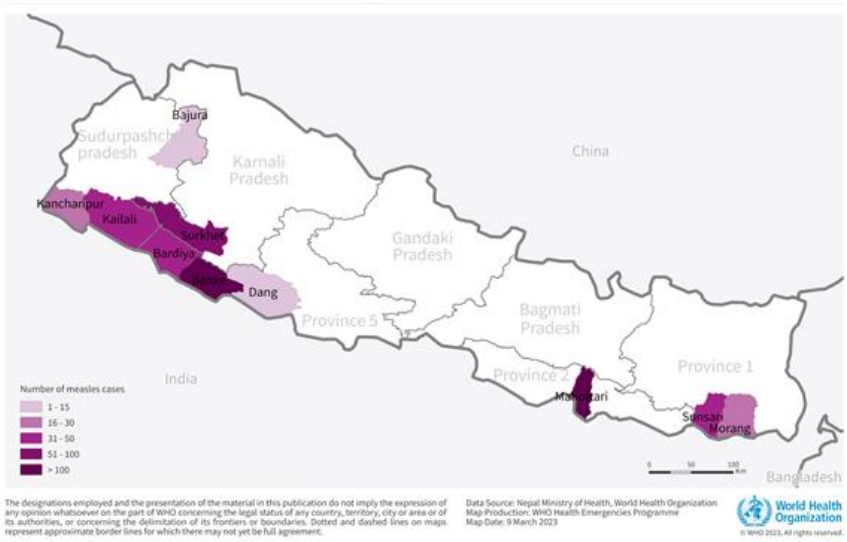
Entre el 24 de noviembre de 2022 y el 10 de marzo de 2023, se notificaron un total de 690 casos de sarampión, incluida una muerte asociada (CFR 0,14 %), en siete distritos del oeste de Nepal (Banke: 327 casos; Surkhet: 62 casos; Bardiya: 49 casos; Kailali: 39 casos; Kanchanpur: 27 casos; Bajura: 13 casos y Dang: 12 casos) y tres distritos en el este de Nepal (Mahottari: 103 casos; Sunsari: 34 casos; y Morang: 24 casos).

El brote comenzó en el oeste de Nepal en Nepalgunj SMC, provincia de Lumbini, luego de que se informara un grupo de casos de fiebre y erupción cutánea el 29 de diciembre de 2022. El Laboratorio Nacional de Salud Pública confirmó sarampión el 2 de enero de 2023. Después de la confirmación y búsqueda activa de casos en Nepalgunj SMC y municipios adyacentes, el primer caso de sarampión se identificó retrospectivamente en Nepalgunj SMC con un inicio de síntomas el 24 de noviembre de 2022. También se ha detectado casos de sarampión confirmados por laboratorio en el este de Nepal.

El brote actual está ocurriendo en dos grupos de distritos en la parte sur de Nepal, en la frontera con la India. Debido a la porosidad de la frontera internacional y a que el sarampión es endémico tanto en Nepal como en la India, la fuente de infección del país no puede determinarse definitivamente sin más estudios epidemiológicos moleculares.

La mayoría de los casos (n=591; 86%) tienen menos de 15 años. Sin embargo, también se han observado nueve casos de sarampión en el grupo de mayor edad (≥ 45 años), siendo la edad máxima de un caso de 73 años. El brote actual ocurre en una población con inmunidad subóptima de la población, lo que se debe en parte a la interrupción de los servicios de inmunización de rutina durante la pandemia de COVID-19, así como a la calidad de las actividades de inmunización complementaria contra el sarampión y la rubéola a nivel nacional realizadas en 2020. Más de la mitad de los casos (58%; n=400) no están vacunados, de estos el 68% (n=272) tenían menos de cuatro años. Solo el 31% y el 28% de los casos en los grupos de edad de 1 a 4 años y de 5 a 9 años, respectivamente, han recibido dos o más dosis de vacuna, lo que muestra susceptibilidad en estas cohortes. Según las estimaciones de la OMS/UNICEF de la cobertura nacional de inmunización, en Nepal, se informó que la cobertura de la primera dosis y la segunda dosis de la vacuna que contiene sarampión fue del 90 % y el 87 %, respectivamente, en 2021 a nivel nacional.

Distribución de casos de sarampión (n= 690) notificados por distrito en Nepal entre el 24 de noviembre de 2022 y el 10 de marzo de 2023



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

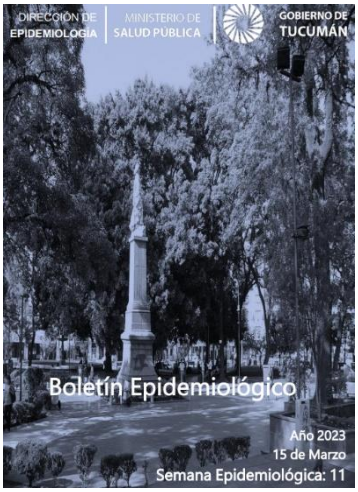
Data Source: Nepal Ministry of Health, World Health Organization
Map Production: WHO Health Emergencies Programme
Map Date: 9 March 2023

World Health Organization

© WHO 2023. All rights reserved.

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

TUCUMÁN: BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SE 11

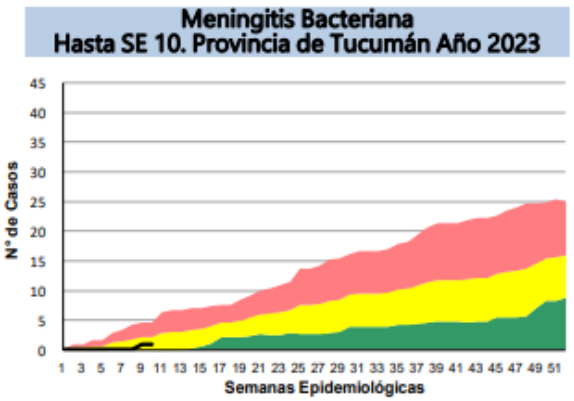


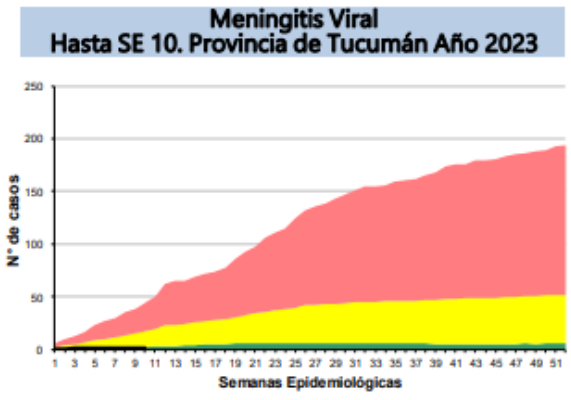
La meningitis es una enfermedad caracterizada por la inflamación del tejido que cubre el cerebro y la médula espinal; se comporta en forma endemoepidémica en las Américas, con cierta estacionalidad en época invernal. La causa puede ser viral, bacteriana, parasitaria. El diagnóstico diferencial es primordial por las diferencias que existen en la severidad de la enfermedad, el tratamiento y la factibilidad de intervención. La Meningitis en Tucumán es endémica, con episodios de brotes epidémicos. Los últimos brotes se registraron en 1996 y en el período 2005/2006, ambos por enterovirus ECHO 4. Dentro de las causas bacterianas el Neumococo mostró mayor incidencia anual y elevada letalidad, hasta el año 2012 en que se incorporó la vacuna Antineumocóccica al calendario nacional.

Número de casos acumulados de meningitis, según agente etiológico. Hasta la SE 10. Tucumán 2023.

Viricas	1
Bacterianas	1
Meningococo	0
Neumococo	0
Haemophilus Influenzae	1
TBC	0
Bacterianas/otras	0
Bacteriana s/e	0
Micóticas	0

Corredor endémico de casos acumulados





Fuente: Dirección de Epidemiología

MISIONES | Ministerio de Salud Pública | SIMISIONES

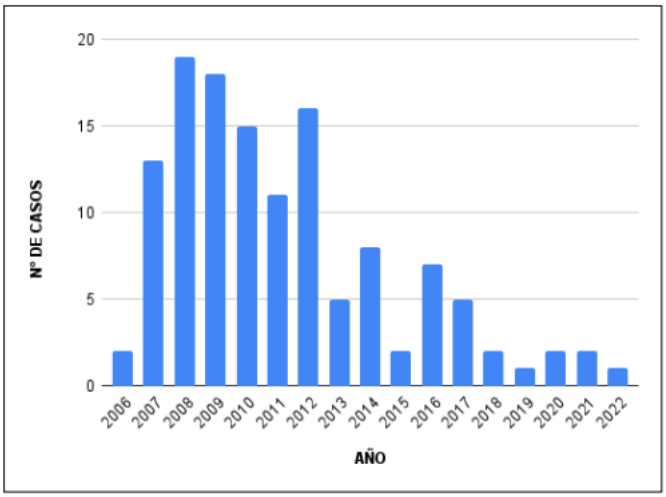
2023 - "Año de la juventud para liderar el desarrollo sostenible y la economía del conocimiento; de la resiliencia ante el cambio climático y de la agricultura familiar como sistema productivo que garantiza la soberanía alimentaria "

Informe Epidemiológico Semanal Nº 10.23.

LEISMANIASIS VISCERAL.

No se han notificado nuevos casos confirmados de Leishmaniasis Visceral a la fecha.

AÑOS	CASOS
2006	2
2007	13
2008	19
2009	18
2010	15
2011	11
2012	16
2013	5
2014	8
2015	2
2016	7
2017	5
2018	2
2019	1
2020	2
2021	2
2022	1



Fuente: Departamento de Vigilancia Epidemiológica- Misiones.

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA

DENGUE Y CHIKUNGUNYA: CLASIFICACIONES SEGÚN LUGAR DE ADQUISICIÓN Y SUJETOS OBLIGADOS A NOTIFICAR

En 2022 se aprobó la Resolución Ministerial 2827/22 que actualizó el listado de eventos de notificación obligatoria e incorporó a la normativa el *Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria*, el cual es, a la vez una guía operativa para la práctica de la detección y respuesta ante eventos de importancia para la salud pública.

En ese contexto se actualizaron las normas de vigilancia de Dengue y Chikungunya, incluyendo las clasificaciones de casos según el lugar de adquisición de la infección y se especificó quienes están obligados a notificar.

CLASIFICACIONES DE DENGUE Y FIEBRE CHIKUNGUNYA SEGÚN EL SITIO DE ADQUISICIÓN DE LA INFECCIIÓN:

Las definiciones de casos sospechosos, probables y confirmados se pueden consultar en el Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria.

Ante la detección de casos, a partir de las investigaciones epidemiológicas se debe definir si los mismos son de transmisión local (o autóctonos) o si adquirieron probablemente la infección fuera del área de su residencia habitual (importados). Esto se corresponde con uno de los objetivos de la vigilancia es detectar zonas con circulación viral (donde esté ocurriendo la transmisión local autóctona), lo que aumenta el riesgo para la población de esa zona de contraer la enfermedad y orienta las acciones de vigilancia y control. Ante la presencia de mosquitos transmisores, una oferta viral que originalmente está dada por la aparición de casos importados y la presencia de poblaciones susceptibles es posible que se desencadenen “brotes” de la enfermedad. En cada una de las etapas en las que puede dividirse la ocurrencia de casos. Por este motivo a continuación se transcriben las clasificaciones de caso según el sitio de adquisición de la infección:

- **Caso importado:** se considerará importado cuando el sitio posible de contagio corresponde a áreas de transmisión fuera de su jurisdicción de residencia (en el que haya permanecido dentro de los 15 días previos al inicio de los síntomas).
- **Caso autóctono:** se considerará autóctono cuando el sitio posible de contagio corresponde a la jurisdicción de residencia habitual donde se comprobó circulación viral (sin viaje fuera de la misma).
- **Brote:** Se considerará un área donde está ocurriendo un brote a aquella en que se identifiquen dos o más casos relacionados en lugar y tiempo con al menos uno sin antecedentes de viaje y al menos uno esté confirmado por laboratorio; o, cuando se identifique un caso confirmado por laboratorio sin antecedentes de viaje en el que la autoridad sanitaria provincial pueda certificar el carácter de autóctono.

Todos los casos sospechosos, probables o confirmados, constituyen eventos de notificación obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$)

QUIENES ESTÁN OBLIGADOS A LA NOTIFICACIÓN

Están obligados a la notificación en los términos del Art.4° de la Res.2827/22 los siguientes:

a. Los médicos, médicos veterinarios, bromatólogos, bioquímicos, biólogos y otros profesionales de la salud que participen de la detección o seguimiento de Eventos de Notificación Obligatoria en los términos del Anexo I y II de la presente, de casos en establecimientos de salud Incluidos: consultorios, establecimientos de internación, servicios de emergencias, servicios de atención a domicilio y toda otra situación de asistencia a casos) de gestión pública, privada o de la seguridad social.

b. Los profesionales de los laboratorios de gestión pública, privada o de la seguridad social en todos los niveles y dependencias -incluyendo servicios asistenciales, de investigación, bancos de sangre, y otros que estudien muestras de eventos de notificación obligatoria por laboratorio;

c. Las respectivas autoridades de los laboratorios y establecimientos de salud de gestión pública o privada;

d. Las respectivas autoridades sanitarias provinciales y municipales.

PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN

La información epidemiológica surgida del análisis de los datos de vigilancia epidemiológica dengue y otros arbovirus se publica de manera semanal en el Boletín Epidemiológico Nacional disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/bancos/materiales-para-equipos-de-salud/soporte/boletines-epidemiologicos/ y se encuentran en este Boletín en el apartado Vigilancia de dengue y otros arbovirus.

RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE COMUNICACIONAL EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS

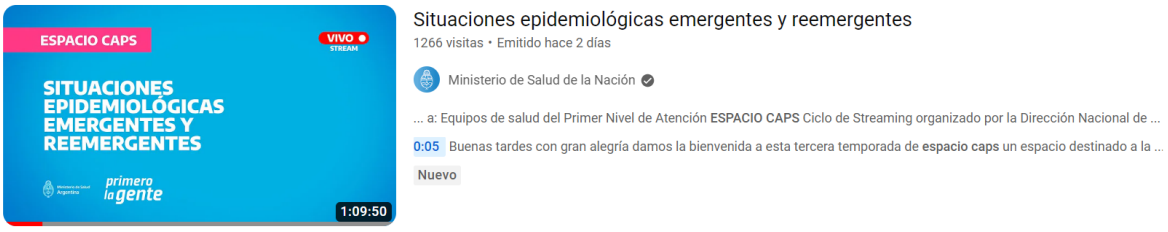
Documento con recomendaciones y mensajes clave para la elaboración de productos informativos, piezas digitales y para el abordaje comunicacional de las problemáticas referidas a las arbovirosis (Dengue, Zika y Chikungunya).



Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-el-abordaje-comunicacional-en-la-prevencion-de-enfermedades

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES Y REEMERGENTES EN EL ESPACIO CAPS

El día 15 de marzo tuvo lugar el streaming Situaciones Epidemiológicas Emergentes y Reemergentes, en el marco del Espacio CAPS, ciclo organizado por la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria,, en el que referentes de la Dirección de Epidemiología, la Coordinación de Zoonosis y de la Dirección de Enfermedades Transmisibles por Vectores presentaron la situación epidemiológica de Influenza Aviar, Dengue y Chikungunya, y brindaron herramientas para la vigilancia epidemiológica en el primer nivel de atención.



Disponible en: https://www.youtube.com/live/RXFcinq4LrA?feature=share

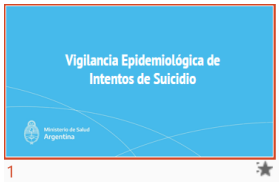
PRESENTACIÓN EN COFESAMA DE LA VIGILANCIA DE INTENTO DE SUICIDIO



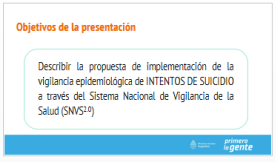
Se presentó ante el Consejo Federal de Salud Mental la estrategia de implementación de la vigilancia de Intento de Suicidio a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Los equipos técnicos de la Dirección de Epidemiología y de la Dirección Nacional de Salud Mental y Consumos Problemáticos presentaron ante referentes de salud mental y epidemiología de las diferentes jurisdicciones los objetivos de la incorporación de Intento de Suicidio al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades y la estrategia de implementación de esa vigilancia a través del SNVS2.0.

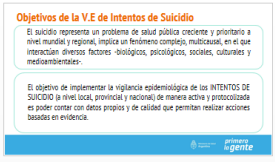
A continuación se presentan algunas de las placas que fueron soporte de dicha presentación para poder compartirlas con los distintos equipos. Cabe destacar que a partir de la semana próxima comenzarán reuniones regionales para programar la implementación en las diferentes jurisdicciones.



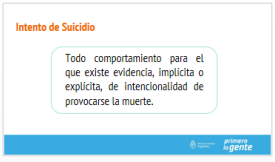
1



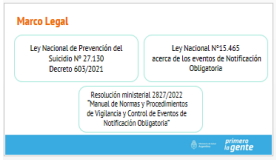
2



3



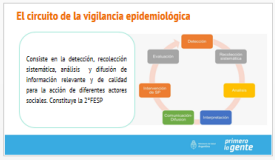
4



5



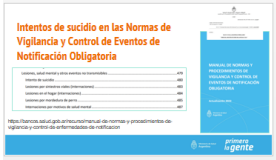
6



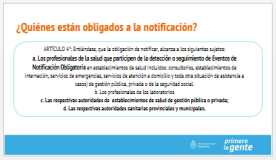
7



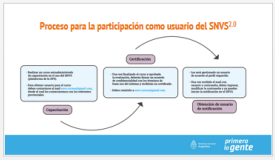
8



9



10



11



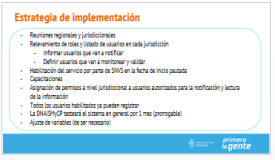
12



13



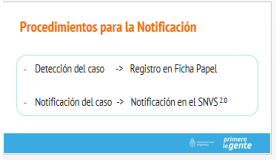
14



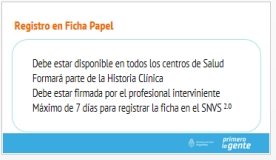
15



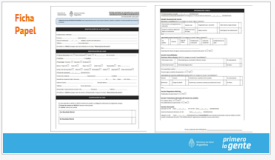
16



17



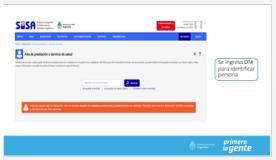
18



19

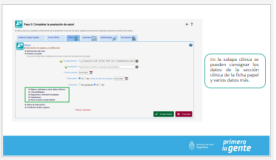


20


21


22


23


24

primero
la gente



Ministerio de Salud
Argentina