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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA
37

NÚMERO 619
AÑO 2022

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 4

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES 2

Viruela símica 3

Hepatitis aguda grave de origen desconocido 8

EVENTOS PRIORIZADOS 11

Vigilancia de Infecciones respiratorias agudas 12

Vigilancia de dengue y otros arbovirus 34

INFORMES ESPECIALES 40

Fiebre Hemorrágica Argentina: situación y recomendaciones para equipos de salud y medidas de prevención en ocasión de evento masivo 41

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA 52

Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria 53

STAFF

Dirección de Epidemiología

Carlos Giovacchini
Victoria Hernández
Tamara Wainziger
Silvina Erazo
Sebastián Riera
Martina Iglesias
María Belén Markiewicz
Maria Eugenia Chaparro
Luciana Iummato
Leonardo Baldiviezo
Julio Tapia
Julieta Caravario
Juan Ruales
Juan Pablo Ojeda
Ignacio Di Pinto
Hilan Mauricio Vargas
Guillermina Pierre
Martina Meglia Vivarés
Camila Dominguez
Paula Rosin
Fiorella Ottonello
Federico M. Santoro
Daniela Álvarez
Cecilia S. Mamani
Carla Voto
Antonella Vallone
Andrés Hoyos Obando María Pía Buyayisqui
Karina Martinez
Ezequiel Travin
Dalila Rueda
Analí López Almeyda
Laura Bidart
Mariel Caparelli
Mercedes Paz
Mariana Mauriño
Georgina Martino
Alexia Echenique
Estefanía Cáceres
Silvina Moisés

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

- Informe *viruela símica*: Adrián Lewis[1]
- Informe *infecciones respiratorias agudas*: Elsa Baumeister y Andrea Pontoriero[2], Josefina Campos[3].
- Informe sobre dengue y otros arbovirus: Cintia Fabbri, Alejandra Morales y Victoria Luppo[4]
- Informe sobre Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA): Anabel Sinchi, Julia Marina Brignone, Maria Laura Martin, María de los Ángeles Conti y Laura Riera[4] ; Natalia Casas[5]; Janisse Requena Olavarria, Marcela López Yunes, María del Valle Juárez y Natalia Katz[6]

Imagen de tapa: Ministerio de Salud de la Nación, fotografía aportada por el banco de imágenes de la dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

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-Malbrán.
[4] Laboratorio Nacional de Referencia de dengue y otros arbovirus - INEVH-ANLIS).
[5] Coordinación de Zoonosis- Msal Nación.
[6] Direccion de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles- Msal Nación.

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES

VIRUELA SÍMICA

SITUACIÓN NACIONAL AL 20/09/2022

326 Casos confirmados reportados

0 Personas fallecidas en el país

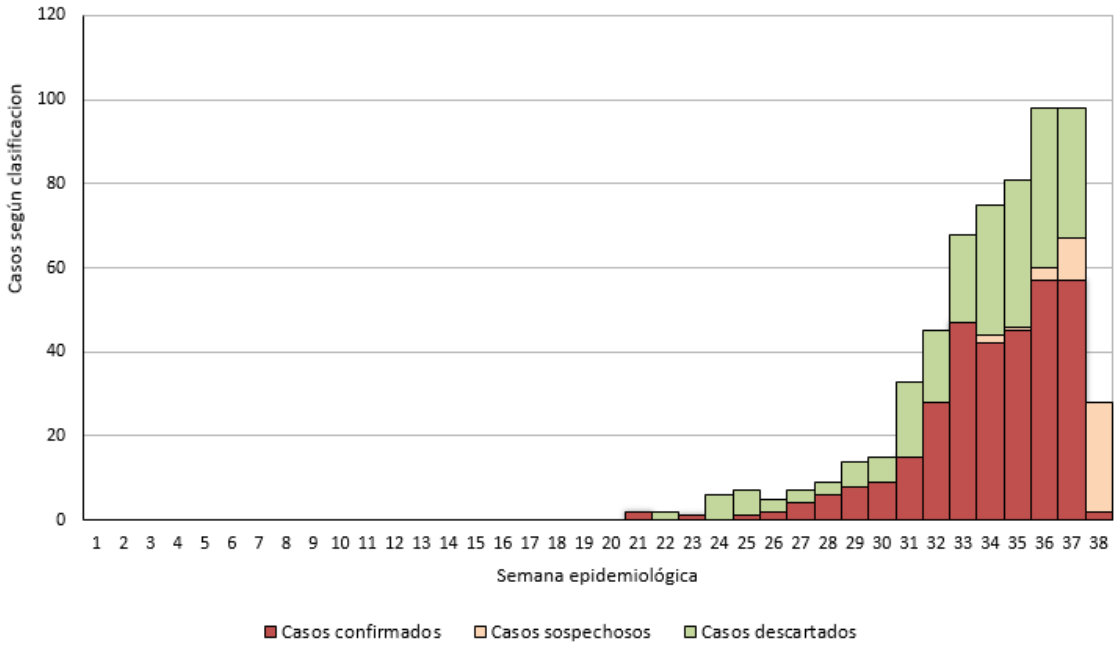
- ✓ Hasta el 20 de septiembre se confirmaron 326 casos en Argentina.
- ✓ Cerca del 85% no tienen antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas.
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 34,5 años con un mínimo de 18 años y un máximo de 61 años.
- ✓ El 61,6% de los casos confirmados fueron diagnosticados en las últimas 4 semanas (SE34 a SE 37)[1].
- ✓ Todos los casos, menos uno, corresponden a personas de sexo masculino.
- ✓ A la fecha no se han registrado casos graves ni fallecidos.
- ✓ Se han notificado casos sospechosos en 14 jurisdicciones y confirmados en 10. Sin embargo, más del 70% de los casos confirmados se registraron en residentes de la CABA que, junto a la provincia de Buenos Aires y Córdoba, concentran el 96,9% de los casos.
- ✓ Hasta el momento la población más afectada es la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres (186 de los 326 casos registrados hasta ahora lo refieren y para el resto de los casos no se cuenta con el dato).

Tabla 1. Notificaciones de viruela símica según clasificación y provincia de residencia. Argentina. Actualizada al 20-09-22.

Provincia de residencia	Confirmado	Frec. relativa acumulada Confirmados	Sospechoso	Descartado	Total notificados	Frec.relativa acumulada notificados
CABA	232	71,2	23	112	367	61,27
Buenos Aires	76	94,5	17	88	181	91,49
Córdoba	8	96,9	3	3	14	93,82
Santa Fe	3	97,9		7	10	95,49
Río Negro	2	98,5		1	3	95,99
Mendoza	1	98,8		3	4	96,66
Corrientes	1	99,1	1	1	3	97,16
Neuquén	1	99,4		2	3	97,66
Salta	1	99,7		0	1	97,83
Tierra del Fuego	1	100,0	2	2	5	98,66
Chaco			1	2	3	99,17
San Juan				2	2	99,50
Jujuy				2	2	99,83
La Pampa				1	1	100,00
Total	**326**		**47**	**226**	**599**	

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0 el 20/09/2022

Gráfico 1. Casos notificados de viruela símica por semana epidemiológica de inicio de síntomas segúnclasificación. Argentina. SE1 a SE37 (38 parcial)



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

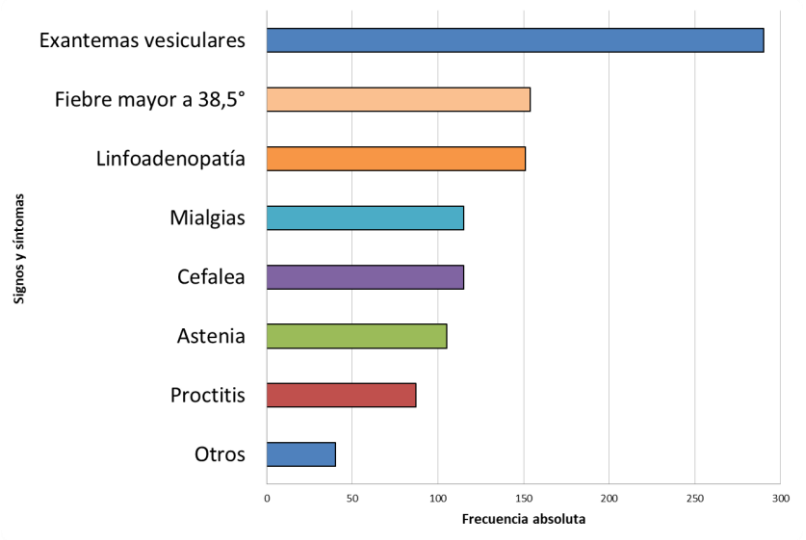
El primer caso confirmado en Argentina se registró en la semana 20 seguido por casos esporádicos hasta la SE26. Desde la semana 27 y hasta la SE30 se observó un aumento paulatino en el número de casos confirmados siempre por debajo de los 10 casos semanales. Entre las semanas 31 y 33 se produjo el mayor aumento hasta el momento pasando a superar los 40 casos a partir de la semana 33 y sosteniéndose alrededor de los 45 por semana hasta la SE35. En la SE36 vuelve a observarse un aumento llegando a los 57 casos y sosteniéndose el mismo número en la SE 37[7].

La mayoría de los casos en el brote actual han presentado síntomas leves de la enfermedad, sin embargo ciertas poblaciones tienen mayor riesgo de presentar una enfermedad grave, (niños pequeños, personas gestantes y personas inmunodeprimidas).

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.

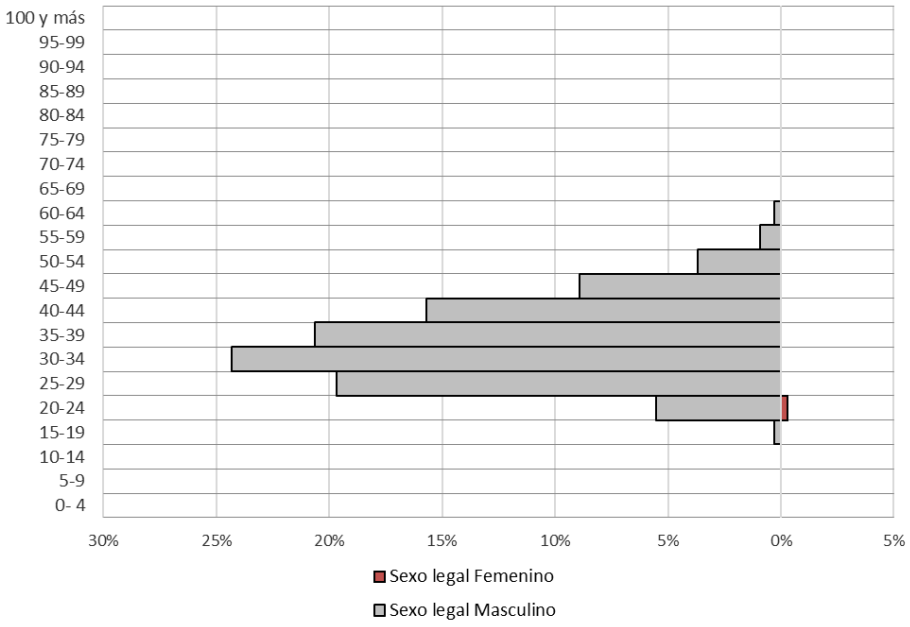
[7] La información es parcial y sujeta a modificaciones conforme se reciben notificaciones en el SNVS)

Gráfico 2. Viruela símica: frecuencia absoluta de signos y síntomas en casos confirmados (n=326)



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

Gráfico 3. Distribución por edad y sexo informado en los casos confirmados (n=326)



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

El 99,7% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino y solo uno tiene registrado sexo legal femenino (de género mujer trans).

La mediana de edad es de 34,5 años, con un mínimo de 18 años y un máximo de 61 años.

Hasta el momento la población más afectada continúa siendo la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres (186 de los 326 casos registrados hasta ahora lo refieren y para el resto de los casos no se cuenta con el dato). No obstante, se recuerda que la viruela símica puede afectar a cualquier persona que entre en contacto con una persona enferma de viruela símica,

principalmente si tiene contacto físico directo -como el contacto sexual, o con materiales contaminados.

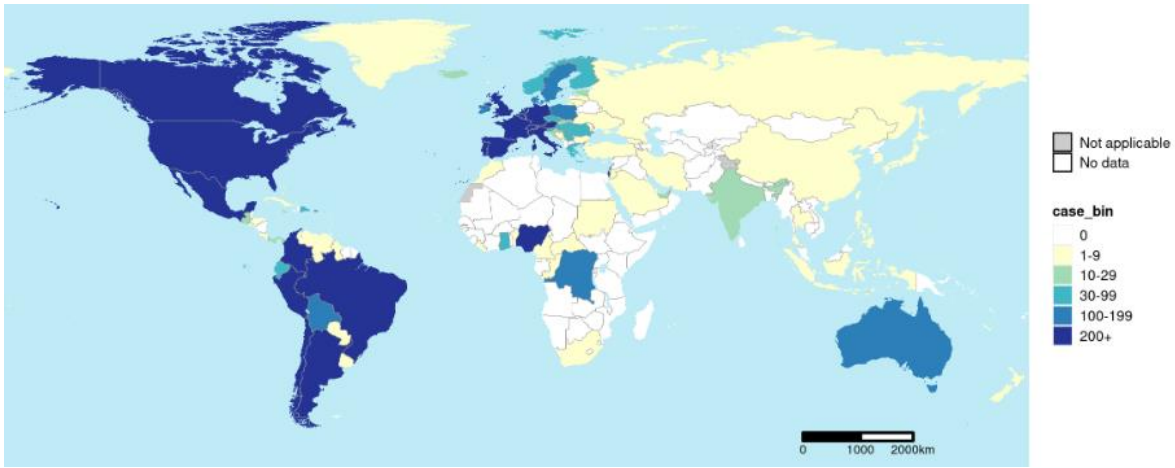
De los 326 casos confirmados hasta el momento 51 refieren antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas. De los casos restantes, se cuenta con información disponible para 215 casos confirmados, para los que existe una distribución de antecedentes de contacto físico con casos sospechoso/confirmado/sintomático, contacto físico con viajero, relaciones múltiples/ocasionales.

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://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/06/20220527_-ficha_viruela_simica_1.pdf

SITUACIÓN INTERNACIONAL

61.753	105	23
Casos confirmados reportados a OMS	Países afectados	Personas fallecidas reportadas a OMS

Mapa 1. Distribución geográfica de casos de viruela símica reportados a OMS entre el 01/01 y el 20/09.



Fuente: 2022 Monkeypox Outbreak: Global Trends (shinyapps.io)

Tabla 2. Viruela símica: Casos notificados y fallecidos por Región de la OMS, al 14-09-22.

Región	Casos	Fallecidos
Región de África	587	14
Región de las Américas	36.783	4
Región del Mediterráneo Oriental	51	1
Región de Europa	24.138	3
Región del Sudeste Asiático	21	1
Región del Pacífico Occidental	173	0

Fuente: 2022 Monkeypox Outbreak: Global Trends (shinyapps.io)

Desde el 1 de enero hasta el 20 de septiembre de 2022, se han registrado más de 61.753 casos de viruela símica confirmados por laboratorio en 105 países/territorios/área y 23 muertes distribuidas en cinco de las seis Regiones de la OMS.

A la fecha, se han reportados cuatro muertes en la Región de las Américas, correspondiendo 2 a Brasil, una a Ecuador y otra a Cuba.

El brote actual continúa afectando principalmente a personas jóvenes de sexo masculino, siendo el 97,4% de los casos con información disponible, con una mediana de edad de 35 años.

Menos del 1% de los casos con datos sobre la edad se encuentran entre los 0 y 17 años, de los cuales 86 (0,3%) poseen edades entre 0 y 4 años.

Entre los casos con orientación sexual reportados, el 90,9% (13.940/15.339) se identificaron como homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. De todos los tipos de transmisión reportados, la transmisión a través de la piel y el contacto mucoso durante las actividades sexuales fue el más comúnmente reportado, con 10.215 de 11.242 (90,9%) de todos los eventos de transmisión reportados.

Entre los casos mundiales con estado de VIH conocido, el 44,2% (7 709 de 17 444) corresponden a casos VIH positivos.

El entorno de exposición más frecuente reportado a nivel mundial es el de fiestas con contactos sexuales (registrado en el 58,7% de los casos con datos para este indicador).

El día 23 de julio de 2022 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y debido a la rápidapropagación del virus en al menos 75 países y territorios, declaró que el brote actual de viruela constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005), motivo por el cual se insta a intensificar las medidas de vigilancia epidemiológica, identificar casos, y sus contactos e implementar las medidas de control. Disponible aquí.

HEPATITIS AGUDA GRAVE DE ORIGEN DESCONOCIDO

Este informe se confeccionó con información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud hasta el día 21 de septiembre de 2022.

La implementación de la vigilancia de Hepatitis aguda grave de origen desconocido en pediatría se inició el 27 de abril de 2022, ante la detección de casos en otros países del mundo.

El trabajo de recopilación de información y cierre de los casos se realiza en conjunto por los equipos de la Dirección de Epidemiología Nacional y Provinciales, la Coordinación de Hepatitis Virales y los laboratorios nacionales de referencia de Hepatitis Virales y Gastroenteritis virales del INEI-ANLIS y el equipo técnico del INCUCAI.

SITUACIÓN NACIONAL AL 21/09/2022

11
Casos probables notificados

1
Caso probable fallecido

3
Casos probables trasplantados

28
Casos descartados

29
Casos pendientes de clasificación

3
Mediana de edad probables (Min 0 – Max 8)

29
Última semana epidemiológica en que se registraron casos probables.

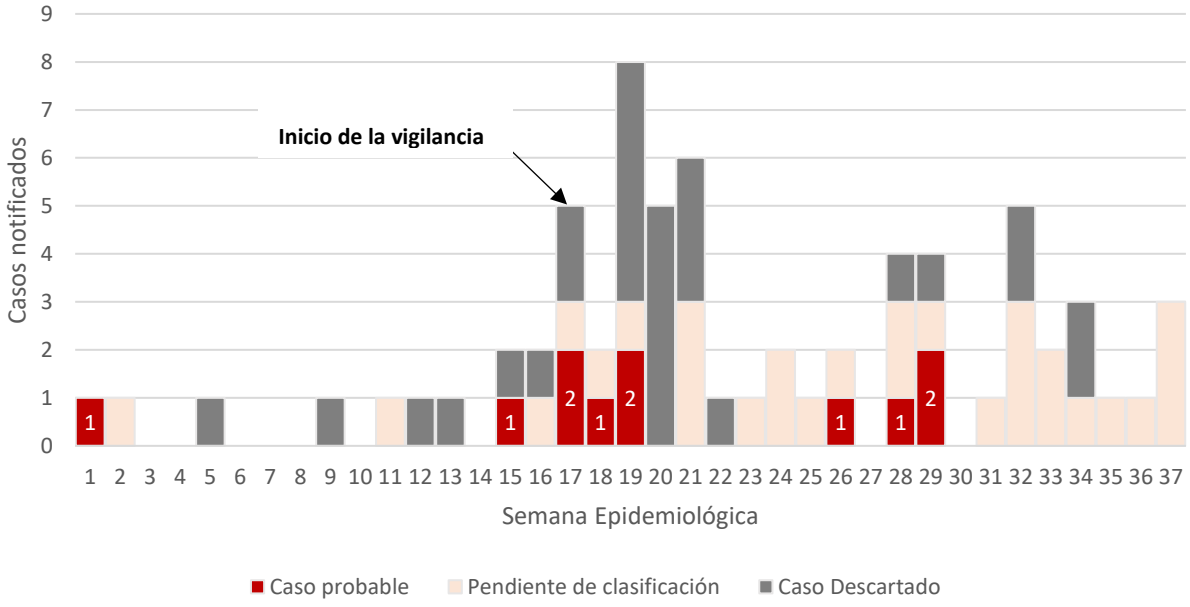
37
Última semana epidemiológica en que se registraron casos pendientes en investigación.

Tabla 3. Casos de hepatitis aguda grave de origen desconocido en pediatría, según jurisdicción de residencia y clasificación del caso.

Jurisdicción de residencia	Casos probables	Casos descartados	Pendientes de clasificación	Casos notificados
Buenos Aires	2	17	16	35
CABA		3	3	6
Catamarca			1	1
Chaco			1	1
Chubut	1	1		2
Córdoba		1		1
Corrientes		2		2
La Pampa	1		1	2
Mendoza	1		1	2
Misiones	2	1	1	4
Neuquén	1	1	1	3
Rio Negro		1		1
Salta			1	1
San Juan	1			1
San Luis	1			1
Santa Cruz			1	1
Santa Fe	1		2	3
Tucumán		1		1
Total general	**11**	**28**	**29**	**68**

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

Gráfico 5. Curva de casos de Hepatitis Aguda Grave de origen desconocido en menores de 16 años, según clasificación del caso por SE*. Argentina, 2022.



**Calculada en base a la FIS y cuando no se encuentre, Fecha de apertura.*

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del SNVS 2.0

Documento integrado sobre hepatitis aguda grave:

https://bancos.salud.gob.ar/recurso/documento-integrado-sobre-hepatitis-aguda-grave

Ficha de notificación:

https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ficha-de-notificacion-hepatitis-aguda-grave

EVENTOS PRIORIZADOS

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.

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[8]
- 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 SNVS2$^{2.0}$.

[8] 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 36/2022

7.902

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana 36.

61

Fallecidos fueron informados en la semana 36. De estos, 21 ocurrieron en dicha semana.

6,72%

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

11,86%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 36/2022

- ✓ Entre la SE01-35 de 2022 se registraron 796.022 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 127.837 casos de Neumonía, 151.721 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 26.432 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ La positividad calculada para el periodo SE16- SE36 de 2022 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio para SARS-CoV-2, influenza y VSR entre las muestras analizadas por rt-PCR es de 25,44%, 8,39% y 5,48%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, aumenta para influenza y VSR.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE 23-36 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 16,24%, 4,76% y 35,77%, respectivamente. Se observa un aumento de la positividad para influenza y descenso para VSR, en comparación con la semana previa.
- ✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de VSR, influenza, parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus.
- ✓ Hasta la SE 36 de 2022 se registraron 99 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

9.697.763

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 10 de septiembre de 2022

129.830

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 10 de septiembre de 2022.

90,7%

De los fallecidos en las últimas 4 semanas tenían 50 años o más.

82,5%

De la población argentina recibió al menos dos dosis de la vacuna contra la COVID-19.

100%

De los casos investigados en vigilancia genómica de SARS CoV-2 entre la SE04 y SE 32 corresponden a variante Ómicron en todas las regiones del país. Entre la SE31 y SE32 se observa que BA.4 y BA.5 se encuentran en ascenso mientras que la proporción de BA.2 disminuye.

46,8%

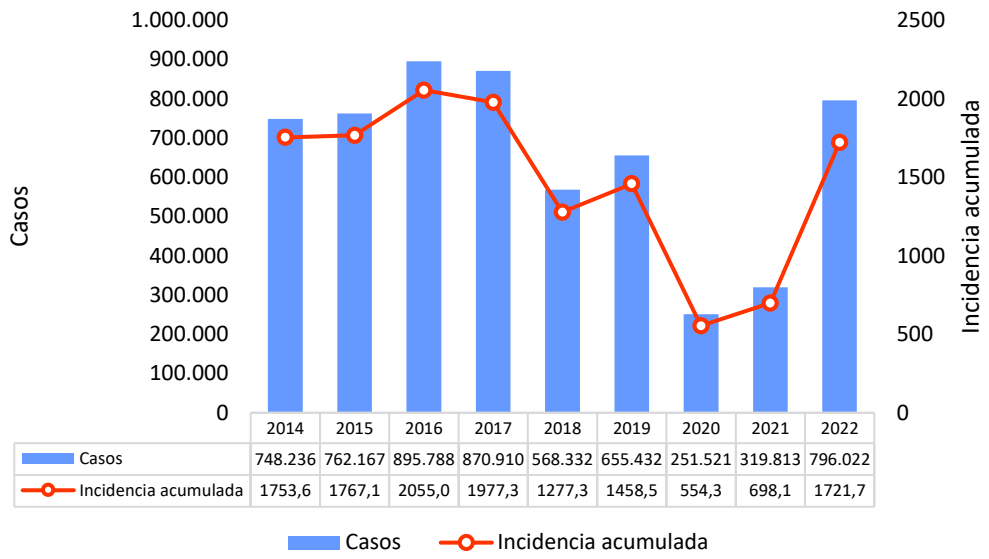
De la población argentina recibió el primer refuerzo. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 58,4% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es del 71,4%.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En las 35 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 796.022 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1721,7 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 35 semanas de los últimos nueve años, se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron el 2016 y 2017, seguido por los casos registrados en el presente año. Si bien los años 2020 y 2021 fueron afectados por la pandemia para la notificación agrupada numérica, se observa un aumento también respecto de los dos años previos (2018 y 2019) para el mismo período en el presente año.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes SE01 a 35.. Total país. Año 2014-2022 Argentina.



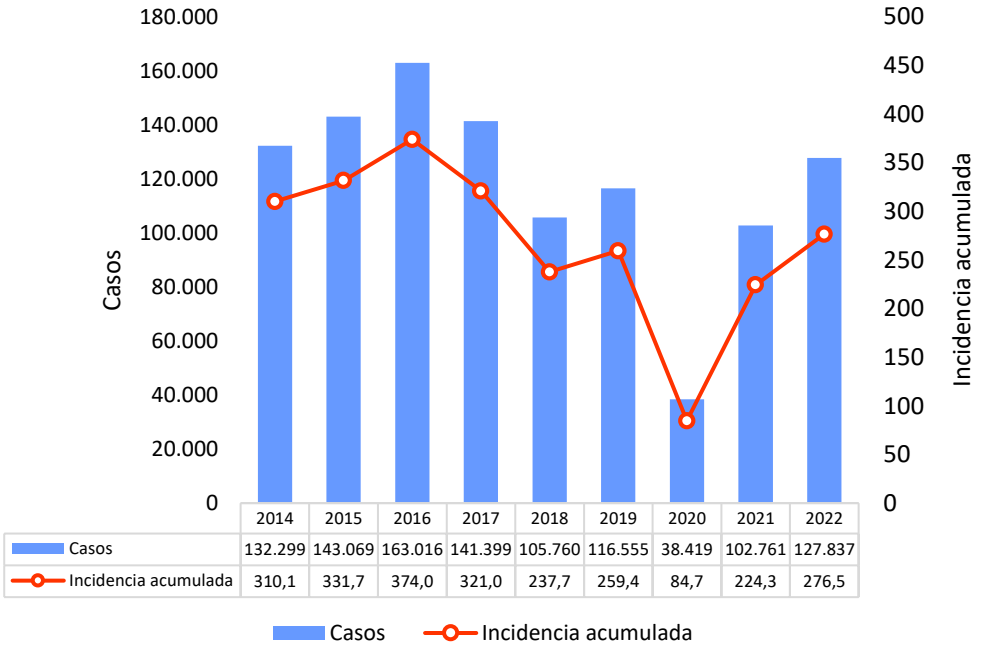
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

En las 35 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 127.837 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 276,5 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 35 semanas de los últimos nueve años se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron 2015 y 2016. En la presente temporada se verifica también un aumento en el número de casos, superando el registrado en los últimos 4 años para el mismo período.

Gráfico 2: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a SE35 – Año 2014-2022. Argentina.[9]



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Casos	132.299	143.069	163.016	141.399	105.760	116.555	38.419	102.761	127.837
Incidencia acumulada	310,1	331,7	374,0	321,0	237,7	259,4	84,7	224,3	276,5

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

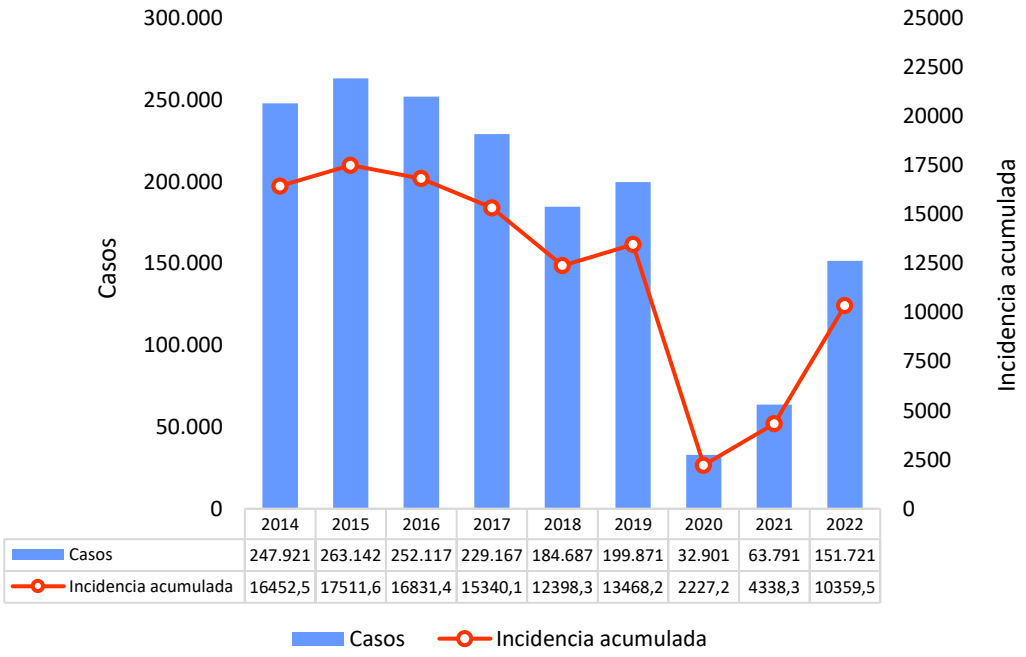
BRONQUIOLITIS

En las 35 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 151.721 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 10359,5 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 35 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 en curso, los casos registrados vuelven a incrementarse respecto de los dos años previos pero no llegan a los niveles de notificación alcanzados en todos los demás años de la serie.

[9] 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.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 35 – Año 2014-2022 Argentina.[10]



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Casos	247.921	263.142	252.117	229.167	184.687	199.871	32.901	63.791	151.721
Incidencia acumulada	16452,5	17511,6	16831,4	15340,1	12398,3	13468,2	2227,2	4338,3	10359,5

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 SE36 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 8.255, 4.472 y 3.595 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente. El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 por PCR se mantuvo en valores inferiores al 10% hasta la SE19, llegó a un 33,04% en SE24, a partir de la cual -si bien con fluctuaciones- se mantuvo entre 26,06 % y 36.98% (en sus valores mínimo y máximo) hasta la SE31, descendiendo a 6,72% en la SE 36. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE16-17, con valores por debajo de 10% hasta SE35. La positividad para influenza registró un 11,86 % en la SE36. El porcentaje de positividad para VSR se mantuvo en valores por debajo del 10% con oscilaciones entre 1,77% y

[10] 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.

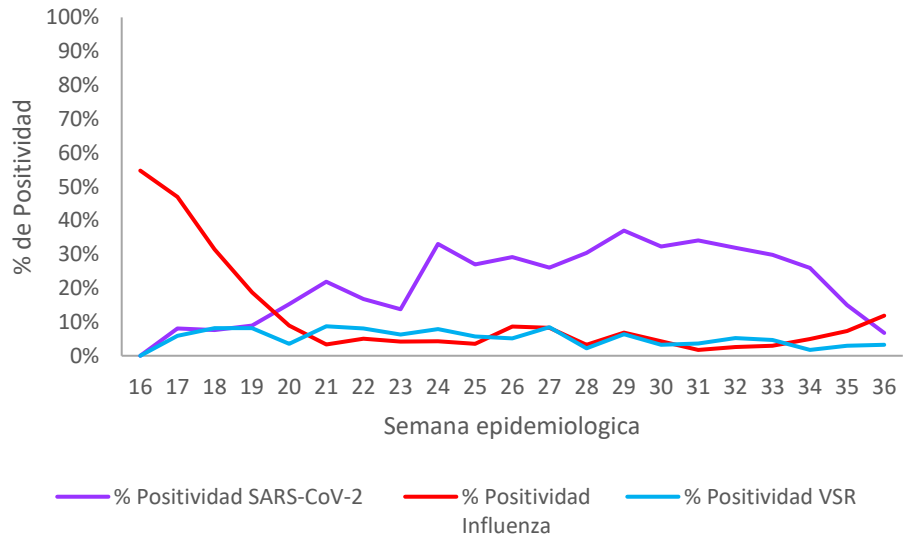
8,42%, situándose en 3,28% en la SE36.

Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16-36 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.[11]

	Última semana			SE16 – SE36		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	1.598	166	10,39%	78.227	25.420	32,50%
SARS-CoV-2 por PCR	134	9	6,72%	8.255	2.100	25,44%
Influenza	59	7	11,86%	4.472	375	8,39%
VSR	61	2	3,28%	3.595	198	5,51%

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 4. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16-36 Año 2022.[12]



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.

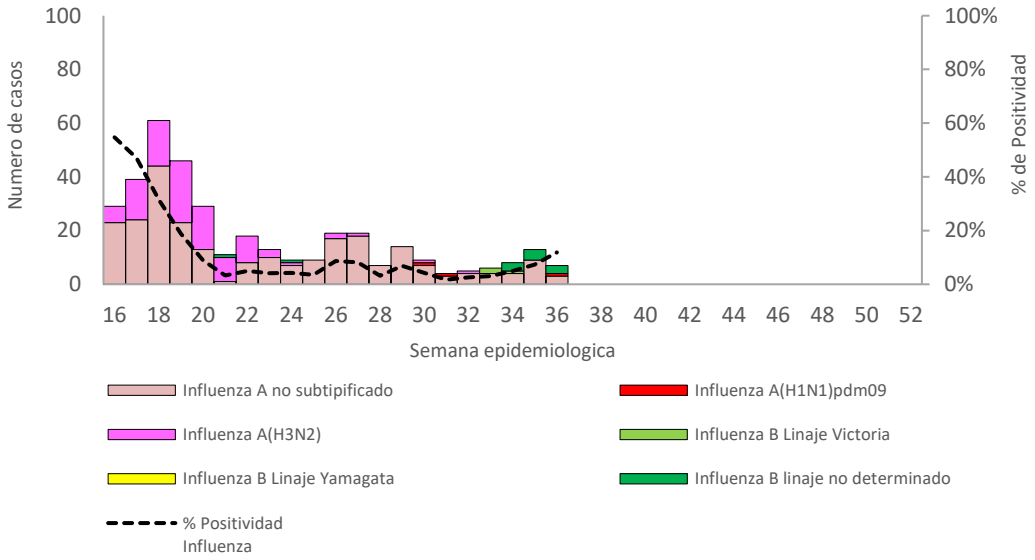
En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=375), 360 (96%) fueron positivas

[11] Se debe considerar para la interpretación de los porcentajes que el número de muestras notificadas en la última semana es aún escaso y se actualizará en la medida que se registre nueva información al SNVS.2.0.

[12] 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

para Influenza A y 15 (4%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 108 muestras cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A (H3N2) (n=105) e Influenza A (H1N1) pdm09 (n=3). Como puede observarse en el gráfico, desde el comienzo de la implementación de UMAs y hasta la SE29 se registró circulación de Influenza A (H3N2). A partir de la SE30 se registraron 3 casos de Influenza A (H1N1). Entre las SE33-36 nuevamente se registran casos de virus influenza B de los cuales 3 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 10 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje.

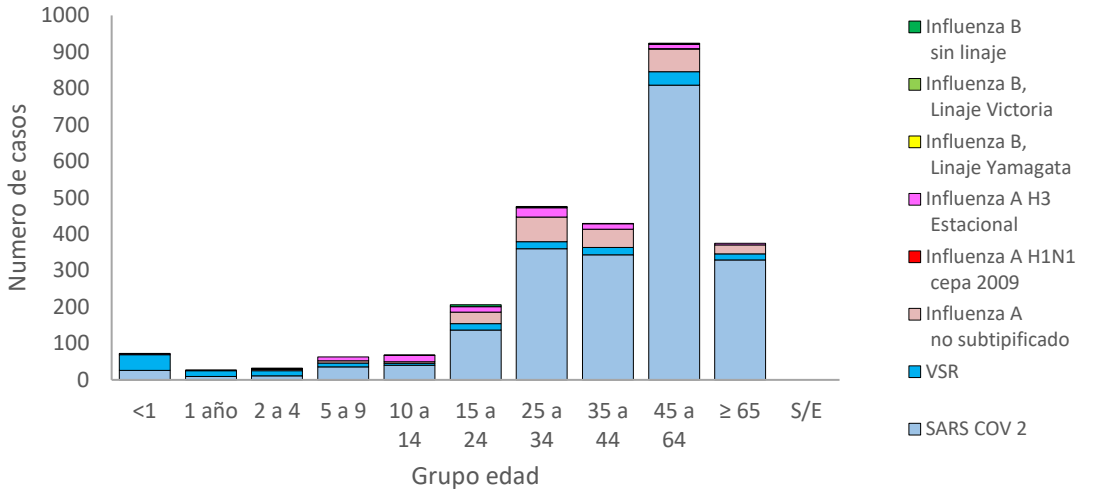
Gráfico 5. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-36 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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 45-64 años. Las muestras positivas para VSR también se registran en todos los grupos de edad, principalmente en los menores de 1 año y en segundo lugar, en el grupo de 45-64 años.

Gráfico 6. Distribución absoluta de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados a SE 36 de 2022. 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

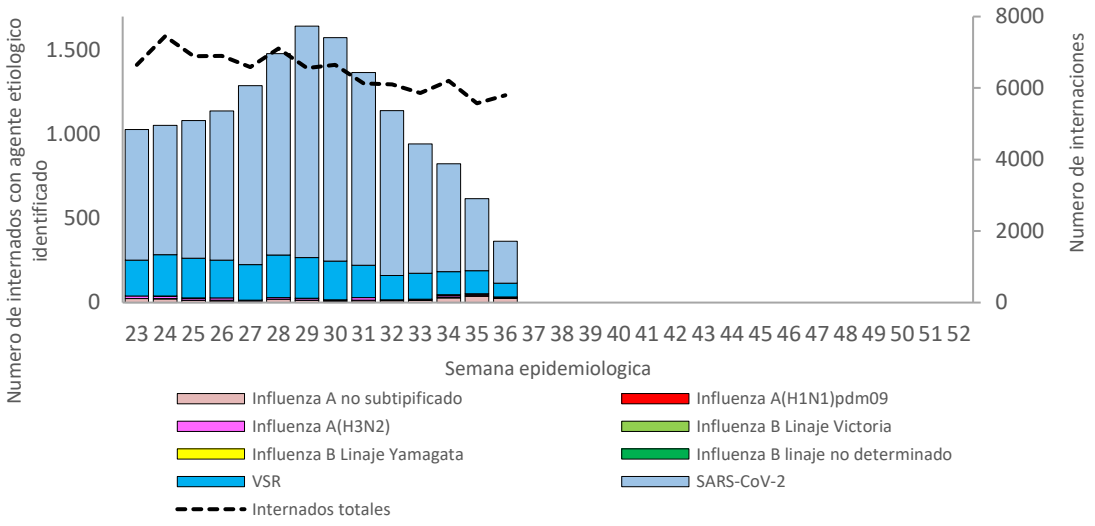
Entre la SE23-36, se notificaron 76.512 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 12.428 fueron positivas (porcentaje de positividad 16,24%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 8.801 muestras para virus influenza con 419 detecciones positivas (porcentaje de positividad 4,76%). De las mismas 400 fueron influenza A y 19 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 164 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 130 (79,27 %) son influenza A (H3N2) y 34 (20,73%) son influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 17 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 3 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 7.549 muestras estudiadas para VSR registrándose 2.700 con resultado positivo (porcentaje de positividad 35,76%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS 2.0 en la SE 36 aumenta respecto a la semana previa (variación de 0,04%).

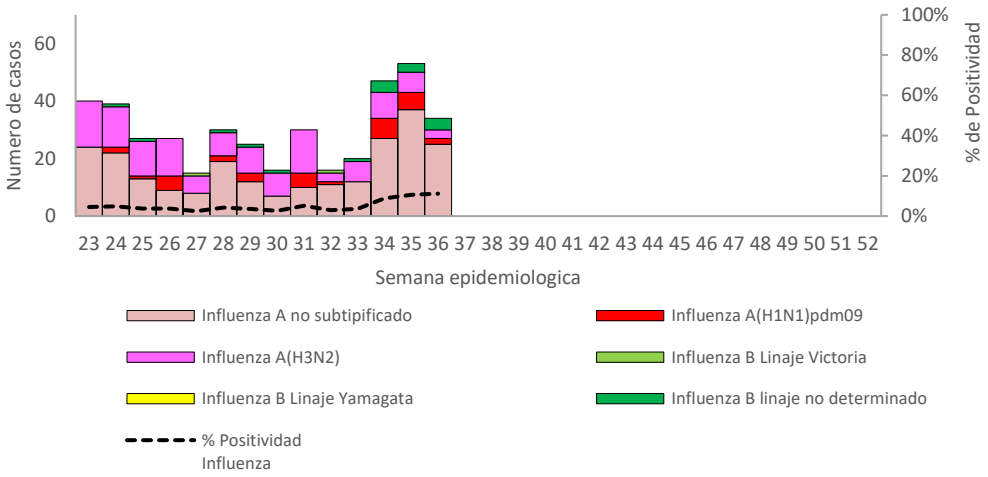
Gráfico 7. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23-36 Año 2022



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, desde el inicio de la estrategia se registran casos de influenza A (H3N2) y A (H1N1), aunque este último con menor frecuencia absoluta. Adicionalmente se identifican casos aislados de influenza B sin linaje hasta la SE33, a partir de la SE34 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%, y en la SE36 se sitúa en 11,14%.

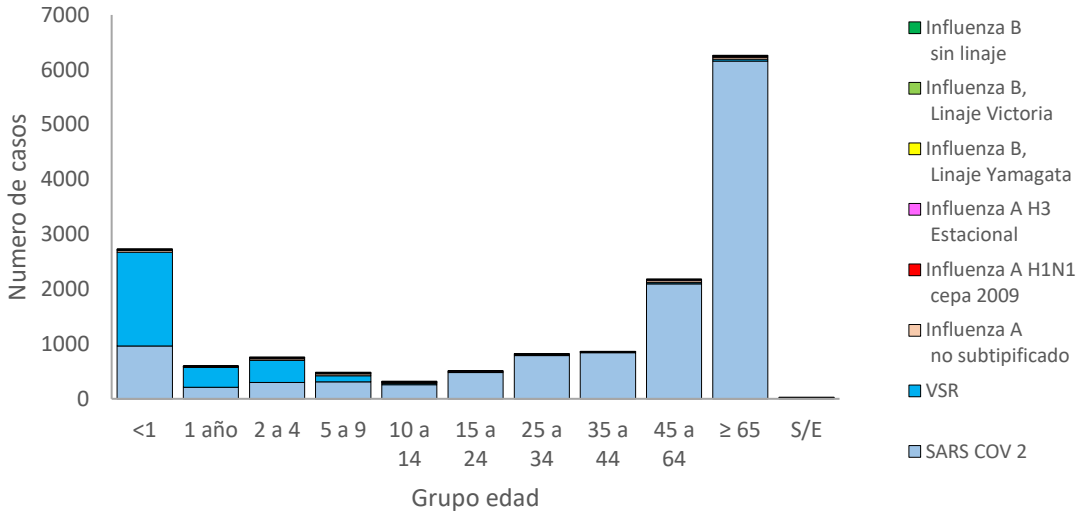
Gráfico 8. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE16-36 Año 2022. Argentina.



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 y ≥ 65 años en el periodo analizado.

Gráfico 9. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23-36 de 2022. 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[2.0].

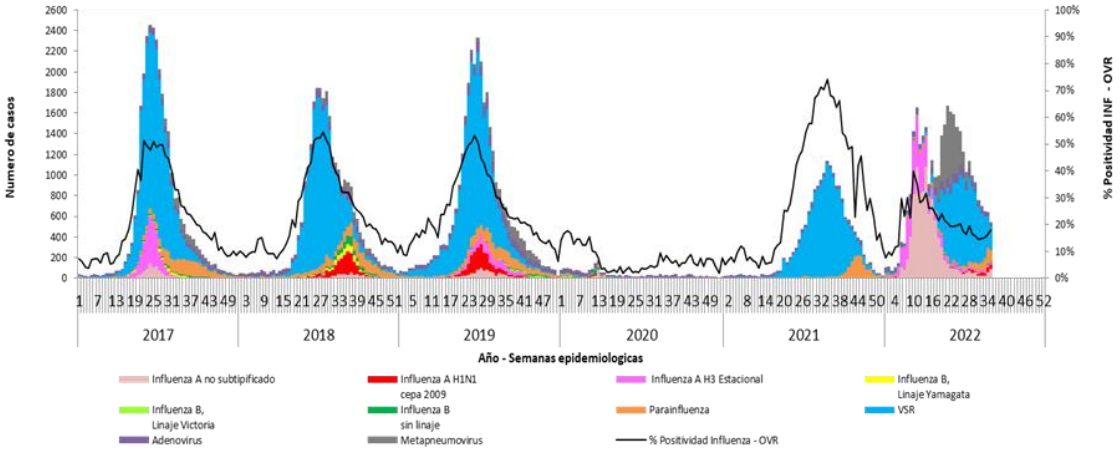
Hasta la SE 36 de 2022, se registraron 99 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

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. En lo que va del año 2022 puede notarse 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.

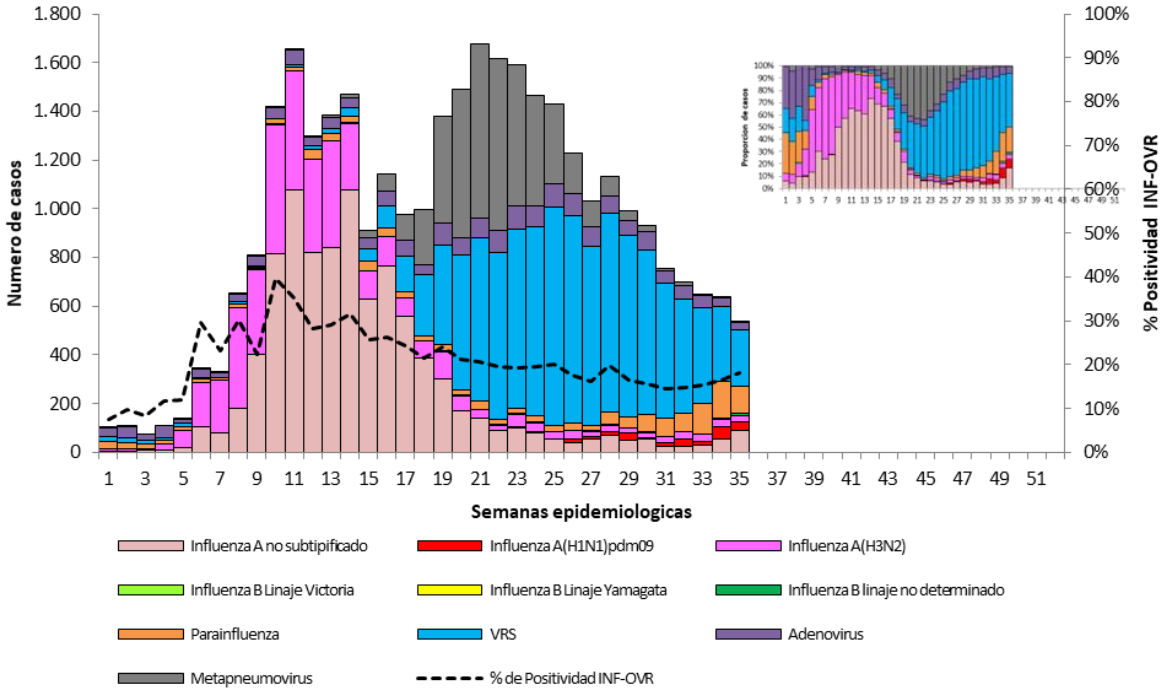
Gráfico 10. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2021. SE01-SE35 2022



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 SE35 se detecta circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: VSR, parainfluenza, influenza, adenovirus y metapneumovirus. Se destaca la frecuencia absoluta y relativa de metapneumovirus en particular a partir de la semana 16 y hasta la 26 y el descenso de virus Influenza en las últimas 15 semanas, registrándose un incremento de los casos positivos a partir de SE34 en comparación con las 4 semanas anteriores.

Gráfico 11. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01- SE35 de 2022. Argentina. (n=33.163)

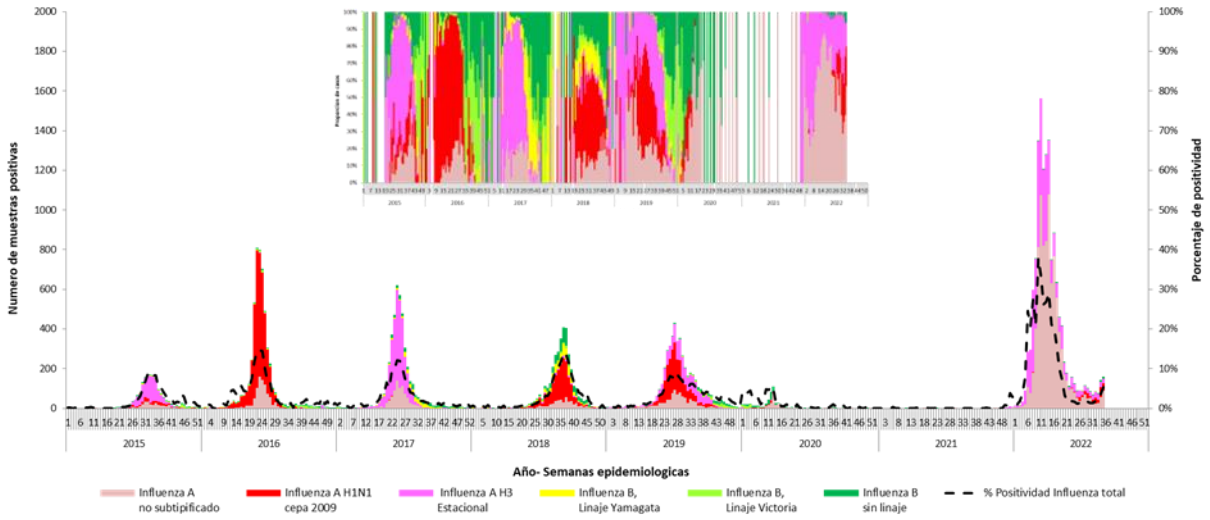


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

A partir de las últimas semanas del año 2021 y 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, se detecta un aumento en el número de casos de influenza en relación al rango de oscilación que presenta en las 4 semanas previas. En las últimas semanas se destaca tanto la detección de casos de Influenza A (H1N1) como de influenza B sin linaje.

Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados, la proporción de positividad para influenza se sitúa en 5,35% durante la SE35.

Gráfico 12. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica, SE 01 de 2015 a SE35 de 2022. Argentina.



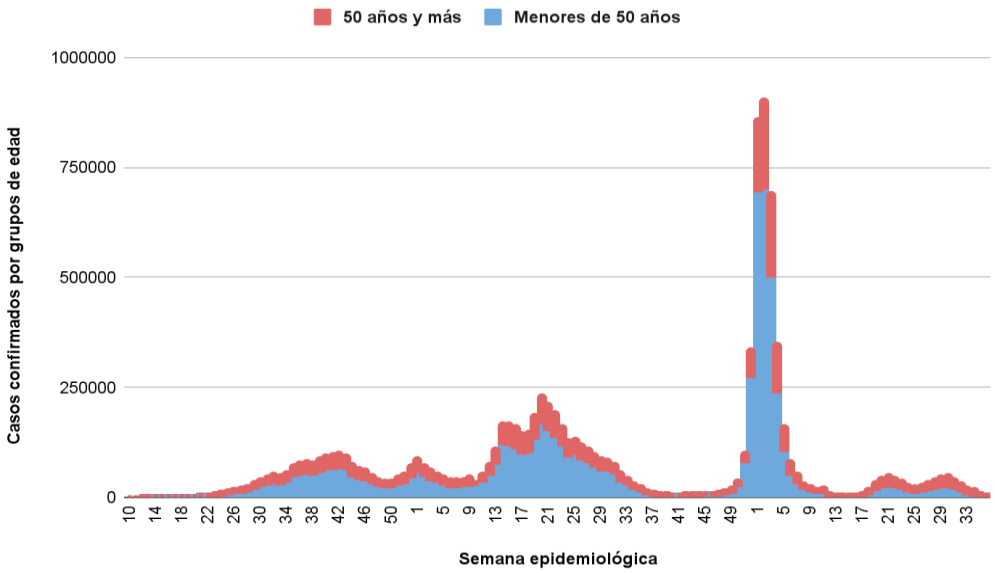
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

VIGILANCIA DE COVID-19

En Argentina, desde el inicio de la pandemia hasta el 10 de septiembre de 2022, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 9.697.763 casos confirmados de Covid-19 y 129.830 fallecimientos. Respecto a la población de 50 y más años (población priorizada para el diagnóstico en la actualidad), desde el inicio de la pandemia hasta el 10 de septiembre de 2022, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 2.492.536 casos confirmados de Covid-19 y 117.438 fallecimientos.

Para el análisis de la tendencia de los casos se utiliza como variable temporal la fecha de inicio del caso[13]. Considerando dicha fecha, se registra un descenso de los casos del 45% durante la SE 35 en relación a la semana previa (5.017 casos menos) según datos notificados a la SE 36.

Gráfico 13. Casos confirmados por semana epidemiológica[14] según grupo de edad. SE 10/2020 - SE 36/2022, Argentina



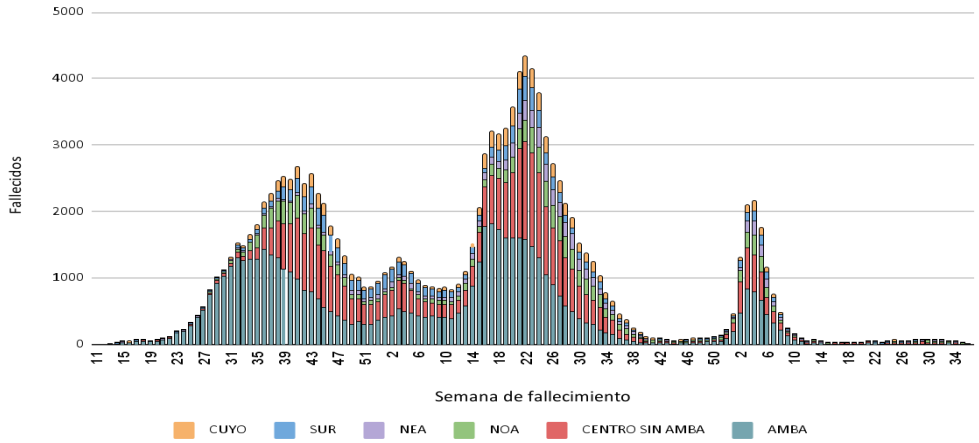
Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS[2.0].

En cuanto a los fallecimientos, según las notificaciones realizadas a la SE 36, en la SE 35 se produjeron 35 muertes, disminución de 42% (n=25) respecto a la semana previa. Se destaca que desde la SE 12/2022 se observa la cantidad de fallecidos por semana más baja desde el comienzo de la pandemia.

[13] 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.

[14] 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.

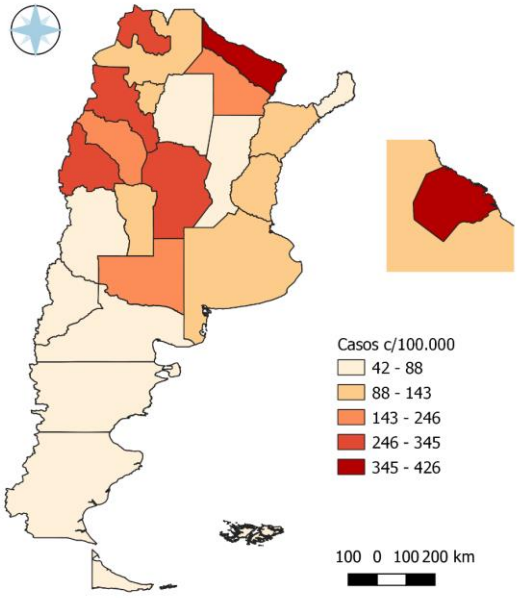
Gráfico 14. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE1/2020 a SE 36/2022, Argentina según regiones.



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

La incidencia de casos de COVID-19 a nivel nacional en población general en las últimas 4 semanas (SE 33 a SE 36/2022) fue de 167 casos cada 100.000 habitantes. Las jurisdicciones que presentaron las tasas más elevadas fueron CABA, Formosa y Catamarca (Mapa 3).

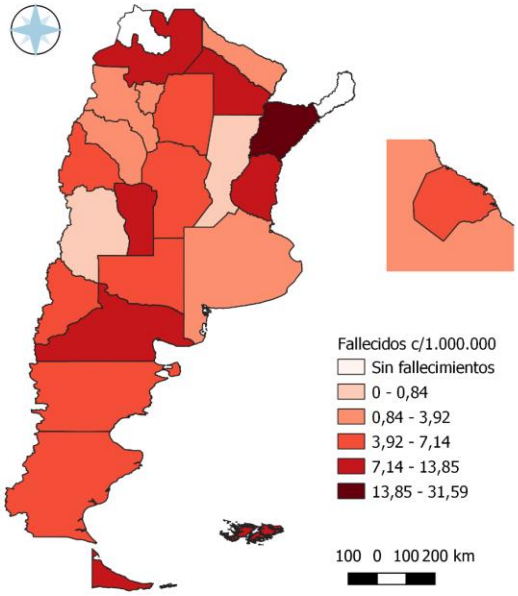
Mapa 1. Incidencia de COVID-19 en población general cada 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 33 a 36/2022, Argentina. N=77.254.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS[2.0]). Poblaciones utilizadas: INDEC proyección 2022.

En cuanto a la tasa específica de mortalidad por COVID-19 (Mapa 4), a nivel nacional esta fue 5,3 fallecidos por cada millón de habitantes considerando el período comprendido en las últimas 4 semanas (SE33 a 36). Las provincias con las mayores tasas para el período fueron Corrientes, Chaco, Salta y Río Negro.

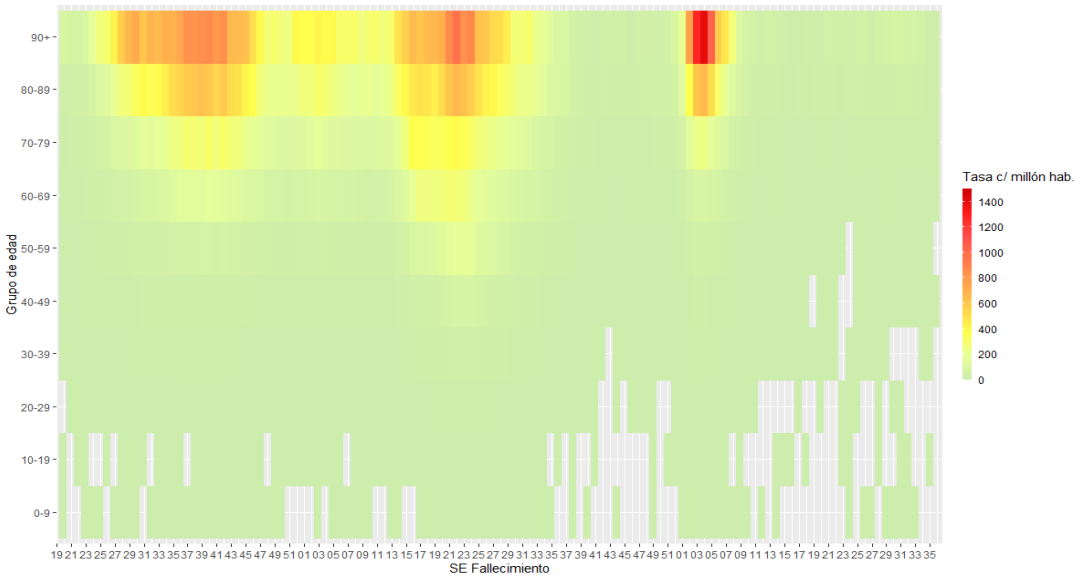
Mapa 2. Tasa de mortalidad acumulada en las últimas dos semanas por 1.000.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 33 a 36/2022, Argentina. N=245.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS[2.0]). Poblaciones utilizadas: INDEC proyección 2022.

Si se analiza la tasa de mortalidad por grupos decenales de edad en su evolución a lo largo de las semanas se observa que son más altas en los grupos de edad más avanzada (mayores de 70 años). A partir de la SE 12 del año en curso y a nivel país, se registran de manera sostenida las tasas de mortalidad por semana más bajas de la pandemia.

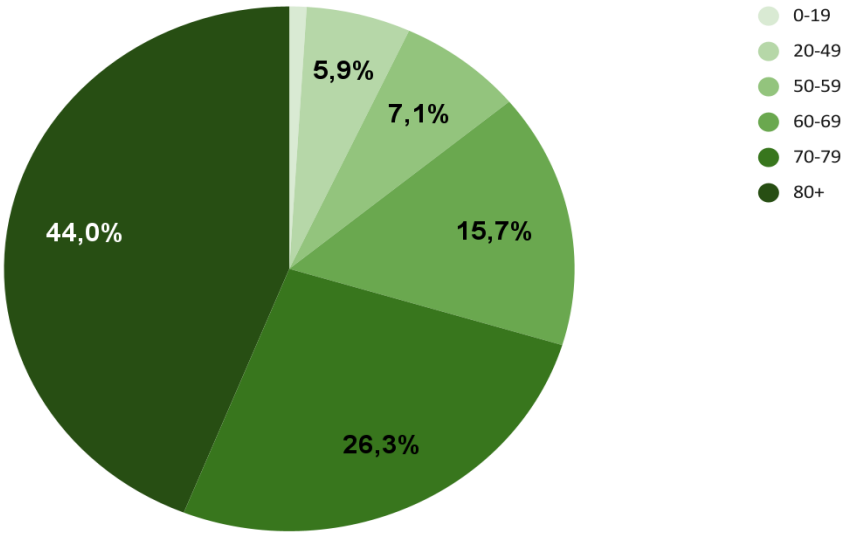
Gráfico 15. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/20 a 36/22.



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 2022, se observa que el 93,1% tenían 50 años o más.

Gráfico 16. Fallecidos por grupo edad. Total País, SE 01 a 36/22. N=12.124*



**Nota: Se excluyen tres fallecidos sin dato de edad correspondiente al período informado.*

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

Para más información, consultar la Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 06/09/22 SE 36.

INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

Ómicron es actualmente la variante dominante que circula a nivel mundial. El patrón de alta transmisión observado para Ómicron ha facilitado la aparición de mutaciones adicionales que definen diferentes sublinajes clasificados dentro la misma variante. A la fecha, se han reportado globalmente 5 diferentes linajes principales de Ómicron: BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 y BA.5 y sus linajes descendientes (BA.1.1, BA.2.12.1, entre otros). En la actualidad, los linajes descendientes de BA.5 Omicron continúan siendo dominantes a nivel mundial.

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En relación a los linajes de Ómicron, en SE32 la proporción de BA.4, BA.5 y Omicron compatible con BA.4/BA.5 es de 21,79%, 15,38% y 37,18%, mientras que BA.2 se sitúa en 5,13%. Si se consideran solo las muestras con identificación de linaje, el porcentaje de BA.4, BA.5 y Omicron compatible con BA.4/BA.5 es de 23,29%, 16,44% y 39,73%, mientras que BA.2 se sitúa en 5,48%.

Para el resto de las variantes del virus (incluida Delta) no se registran casos desde la SE03 de 2022.

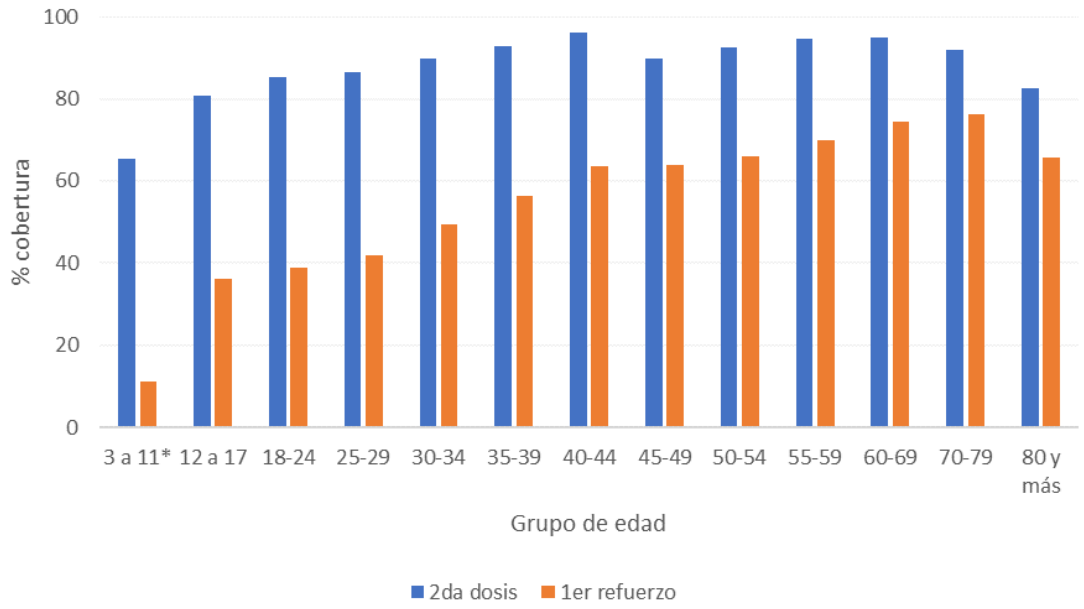
Para más información, consultar la Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 13/09/22 SE 36 y el Informe de Vigilancia Genómica SE 35.

INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas de segunda dosis, el 82,5% de la población argentina recibió dos dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 90,6% de la población de 18 y más años recibió las dos dosis, mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura de la segunda dosis es del 92,4%. Con respecto al grupo de entre 12 y 17 años, hasta la SE36, la cobertura alcanzó el 80,8%. En el grupo de 3 a 11 años, entre el inicio del plan de vacunación en la SE41/2021 hasta la SE36, la cobertura alcanzó el 65,5%.

Respecto de las coberturas del primer refuerzo, el 46,8% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 58,4% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es del 71,4%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años la cobertura alcanzó el 36,4% y en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 11,5%.

Gráfico 17. Coberturas de 2da dosis y 1er refuerzo por grupo de edad. SE 36**

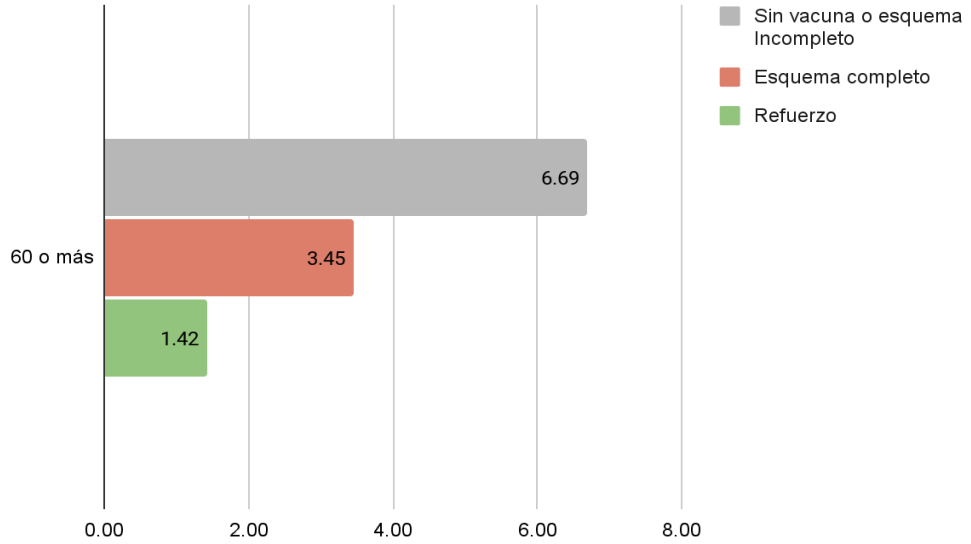


Fuente: Informe de avance vacunación contra Covid-19. DICEI. Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NoMiVac).

**El 1er refuerzo en el grupo de 5 a 11 años.*
*** Se actualizaron las proyecciones de población utilizadas como denominadores al año 2022.*

En cuanto a los casos fallecidos según condición de vacunación, entre las SE33-SE36 se registraron 6,69 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o con esquema incompleto. Se produjeron 3,45 muertes cada 100.000 habitantes en personas de 60 años y más años con esquema completo, mientras que en personas de este mismo grupo etario vacunadas con dosis de refuerzo la mortalidad fue de 1,42 muertes cada 100.000 habitantes.

Gráfico 18. Tasas de mortalidad c/100.000 en población de 60 años y más según estado de vacunación. SE 33 - SE 36/2022, Argentina*.



Se excluyen los grupos de 3 a 59 años debido a que las tasas son muy inestables por presentar numeradores muy pequeños.

**Sin vacuna o esquema incompleto: fallecidos sin vacuna, con una sola dosis o con segunda dosis aplicada menos de 21 días antes de la fecha de contagio (fecha gráfico)*

**Esquema completo: fallecidos con sólo dos dosis de vacuna y fecha de contagio a partir de 21 días de recibida la segunda dosis.*

Refuerzo: fallecidos con al menos 3 dosis de vacuna y fecha de contagio a partir de 7 días de recibido el refuerzo.

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$) y del Informe de avance vacunación contra Covid-19. DICEI. Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NoMiVac).

Para más información, consultar en:
https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS[15]

América del Norte: en general, la actividad de la influenza permaneció baja en la subregión y predominó la influenza A(H3N2). La actividad del SARS-CoV- 2 siguió siendo elevada pero disminuyó. En México, la actividad de influenza y del SARS-CoV-2 continuó disminuyendo. En los Estados Unidos, la actividad de la influenza estuvo en niveles interestacionales, mientras que la actividad del SARS-CoV-2 se mantuvo alta, aunque en disminución; la actividad del VRS siguió aumentando.

Caribe: en general, la actividad de la influenza se mantuvo baja y predominó la influenza A(H3N2). Dominica, República Dominicana, Haití y Santa Lucía informaron una mayor actividad del SARS-CoV-2. La actividad del VRS siguió aumentando en la República Dominicana.

América Central: en general, la actividad de influenza se mantuvo estable en niveles bajos, predominando influenza A(H3N2). En El Salvador, la actividad de la influenza aumentó a niveles de intensidad moderada, predominando influenza A(H3N2). En Panamá se reportó aumento de la actividad del SARS-CoV-2, aunque decreciente. En Nicaragua, la actividad del VRS está aumentando.

Países Andinos: en general, la actividad de la influenza permaneció baja, con predominio de influenza A(H3N2). La actividad del SARS-CoV-2 continúa elevada en Bolivia, Ecuador y Perú.

Brasil y Cono Sur: en general, la actividad de la influenza se mantuvo baja, con detección de influenza A(H1N1)pdm09, influenza B (linaje indeterminado) y predominio de influenza A(H3N2). La actividad del SARS- CoV-2 fue baja en toda la subregión, excepto en Argentina. En Uruguay, la actividad del VRS continúa aumentando.

[15]Tomado de: Reporte de Influenza SE35 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS, disponible en https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19[16]

605.709.697

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS hasta el 11 de septiembre de 2022

6.493.407

Personas fallecidas en el mundo.

3.130.975

Casos nuevos reportados en la última semana.

10.935

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

28%⬇

A nivel global en la última semana el número de casos nuevos descendió respecto de la semana previa.

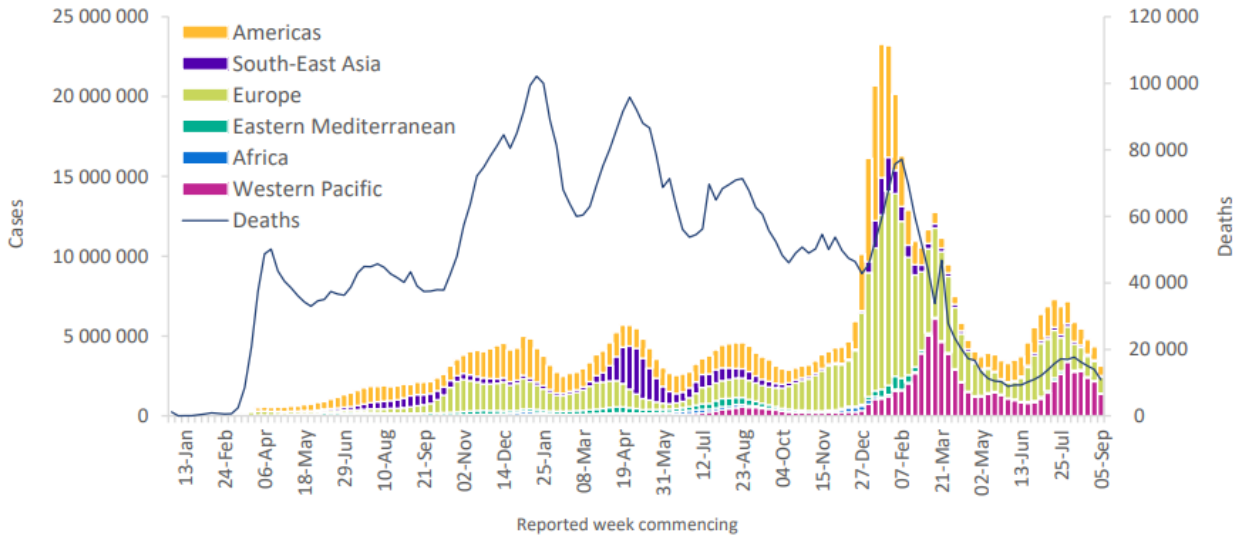
22%⬇

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

- ✓ 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.
- ✓ Respecto de las variantes circulantes, a nivel mundial, BA.5 es el linaje predominante de la variante Ómicron. Según muestras estudiadas en la SE 35, la proporción de secuencias notificadas de BA.5 es de 90%, mientras que las proporciones de los linajes descendientes de BA.2 se mantuvieron estables y de BA.4 disminuyeron.

[16] 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

Gráfico 19. 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

VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

INTRODUCCIÓN

Para los datos nacionales, este informe se confeccionó con información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud hasta el día 11 de septiembre de 2022.

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.

Se insta a los equipos de salud, en la actual situación epidemiológica atravesada por la pandemia por SARS-CoV2, a fortalecer la sospecha clínica de dengue y otros arbovirus, a tener en cuenta el algoritmo de diagnóstico y definición de caso sospechoso.

INFORMACIÓN NACIONAL DE DENGUE TEMPORADA 2022-2023

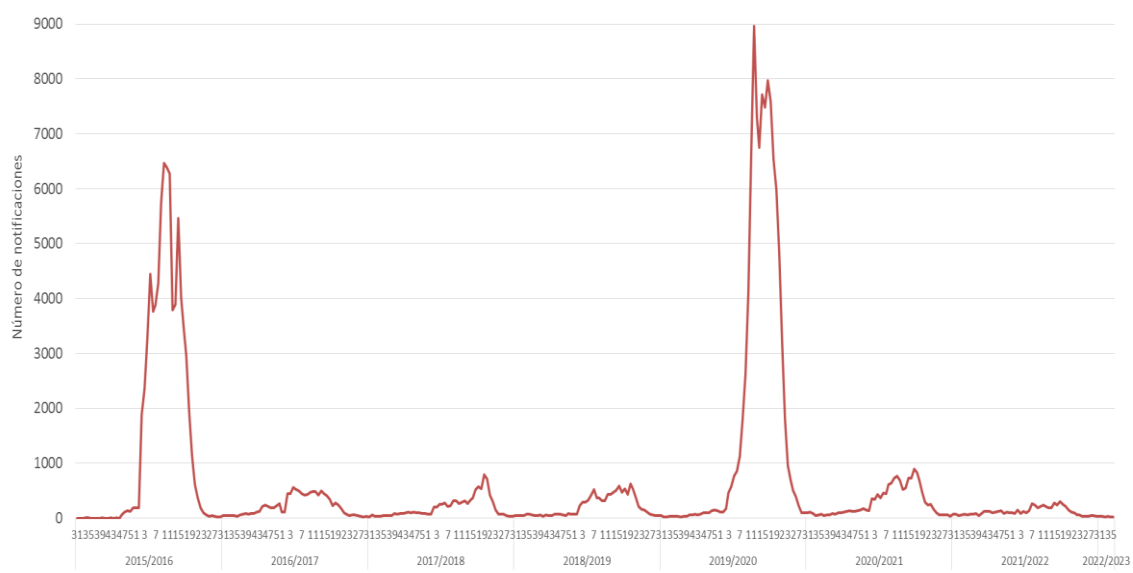
El período de análisis de esta edición corresponde a la SE 36/2022 de la temporada 2022-2023, correspondiente al período interbrote, siendo meses no epidémicos (Gráficos 1 y 2). Durante estos meses se registra una baja en la cantidad de casos sospechosos.

Gráfico 20. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para temporadas no epidémicas (2016-2017,2017-2018,2018-2019,2020-2021, 2021-2022 y 2022-2023 a SE 35). 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 21. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para todas las temporadas (2015-2016 a SE 36/2023). 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).

Actualmente se registran tres casos confirmados de dengue, todos con antecedente de viaje al exterior, y tres casos probables. El primer caso confirmado (SE 31) se trata de una persona con residencia en Corrientes, que registra antecedente de viaje a Colombia. El caso fue estudiado por laboratorio, con serotipo DEN-1. El segundo caso (SE 32) registra residencia en Buenos Aires y presenta antecedente de viaje a Paraguay. El tercer caso (SE 33) se registró en San Juan, en una persona con antecedente de viaje a Brasil. No hay registro de casos confirmados autóctonos hasta el momento. Se realizaron las acciones de control y bloqueo pertinentes.

En cuanto a los casos probables, corresponden a las provincias de Buenos Aires y Salta (SE 31 y SE 35). Todos registran una prueba de laboratorio IgM positiva y se encuentran en investigación, a fines de confirmar o descartar la infección.

Desde la SE 31 del presente año, se notificaron 124 casos con sospecha de dengue, de las cuales el 59% son sospechosos no conclusivos, el 21% se encuentran pendientes de estudios de laboratorio, el 15% fueron descartados y el 5% representan tres casos confirmados y tres casos probables. Las notificaciones se registraron en doce provincias del país: Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, Salta, Santa Fe, Tucumán y San Juan.

RESUMEN DE LA TEMPORADA 2021-2022

Para la temporada 2021-2022 se confirmaron 789 casos sin antecedente de viaje al exterior, todos ellos durante el 2022. Los casos se presentaron en las provincias de Salta, Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, Santiago del Estero y Misiones. Salta aportó un 77% de los casos confirmados, seguida por Buenos Aires con un 19% y Santa Fe con un 3%. Si bien los casos se distribuyeron entre las SE 04 y la SE 23 del 2022, el 62% de los mismos se concentró entre las SE 14 y 18. No se registraron casos confirmados fallecidos.

Durante este período, siete localidades presentaron circulación viral. En la provincia de Salta se evidenció circulación en Profesor Salvador Mazza, Tartagal, Aguaray, Santa Victoria Este y Rivadavia. En la provincia de Buenos Aires se registró un brote en varias localidades del partido de La Matanza y en la provincia de Santa Fe en la localidad de Rafaela.

Se estudió el serotipo del 30% de los casos. De ellos, el 89% registró serotipo DEN-2 (Salta y un caso en Santiago del Estero), y el restante 11%, serotipo DEN-1 (Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba).

En cuanto a casos importados, fueron confirmados 23 casos con antecedente de viaje al exterior del país, provenientes de Brasil, Bolivia, Costa Rica, México, Maldivas y Cuba.

Del total de los casos reportados durante el período de estudio, el 15% corresponde a casos confirmados, 2% a casos probables, 57% a casos sospechosos no conclusivos, el 19% a casos descartados y un 6% se encuentran aún en estudio.

INFORMACIÓN REGIONAL DEL DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE 36

Dengue, Zika y Chikungunya en países limítrofes

Durante el 2022, a SE 36/2022, se registraron en Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay los serotipos DEN-1 y DEN-2. Además, se registró también circulación de los serotipos DEN-3 y DEN-4 en Brasil. Uruguay presenta 7 casos confirmados y Chile no registra casos de dengue.
En cuanto a casos fatales, se registraron 864 en Brasil y 7 en Bolivia.

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 01/2022 a 36/2022.

País	Última actualización	Serotipos circulantes	Total casos	Tasa de incidencia	Confirmados laboratorio	Muertes	Letalidad
Brasil	SE 34	DEN 1, 2, 3 y 4	2.073.007	968.73	1.073.341	864	0,04
Bolivia	SE 32	DEN 1 y 2	9.792	82,75	3.093	7	0,07
Paraguay	SE 36	DEN 1 y 2	4.907	67,96	184	0	0,00
Uruguay	SE 20	-	29	0,83	7	0	0,00
Argentina	SE 36	DEN 1 y 2	815	1,76	818	0	0,00

*Se excluye de la tabla al país limítrofe Chile, donde no hay circulación viral de dengue.
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$^{2.0}$).

El estado de Rio Grande do Sul en Brasil emitió una alerta máxima contra el dengue el día 20 de abril de 2022. A la SE 36/2022 se han confirmado 52.706 casos autóctonos correspondientes a este año y 66 fallecimientos.

En cuanto a otras arbovirosis, Brasil, Bolivia y Paraguay registran casos de Fiebre Chikungunya; y Brasil y Bolivia de Enfermedad por virus Zika. En ambos eventos la mayor cantidad de confirmados se concentra en Brasil (Tabla 5).

Tabla 3. Casos confirmados por laboratorio y tasas de incidencia (cada mil hab.) de Fiebre Chikungunya y Enfermedad por virus de Zika según país*. SE 01/2022 a 36/2022.

	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus de Zika		
País	**Última actualización**	**Confirmados laboratorio**	**Muertes**	**Última actualización**	**Confirmados laboratorio**	**Muertes**
Brasil	SE 32	98.480	53	SE 28	1.855	0
Bolivia	SE 32	11	0	SE 32	3	0
Paraguay	SE 35	150	0	SE 35	0	0
Argentina	SE 36	0	0	SE 36	0	0

*Se excluyen de la tabla a los países limítrofes Chile y Uruguay donde no hay circulación de los virus Zika y Chikungunya.
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$^{2.0}$).

Fiebre Amarilla

En cuanto a la situación de la Fiebre Amarilla en países limítrofes para el año 2022, se registró únicamente un caso confirmado en Brasil, con lugar de contagio al norte de Brasil, región lejana a la frontera con Argentina. A lo largo del año 2021 se han registrado únicamente casos en Brasil y Bolivia.

CONCLUSIONES

Desde el inicio de la temporada actual (SE 31/2022 a la fecha), se han registrado tres casos confirmados importados de dengue y tres casos probables que se encuentran en investigación.

A lo largo del país, no se registra evidencia de circulación viral. Se refuerza en este contexto la importancia de la vigilancia por laboratorio para el cierre de casos mediante pruebas moleculares que permitan determinar la circulación actual del virus en las zonas afectadas.

En conjunto con la vigilancia regional y provincial, se hace imprescindible el análisis de la situación de salud referente a arbovirosis de países limítrofes como Brasil, Bolivia y Paraguay.

Se insta a los equipos de salud, en la actual situación epidemiológica atravesada por la pandemia por SARS-CoV2, a fortalecer la sospecha clínica de dengue y otros arbovirus, a tener en cuenta el algoritmo de diagnóstico y definición de caso sospechoso.

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).

INFORMES ESPECIALES

Fiebre Hemorrágica Argentina: situación y recomendaciones para equipos de salud y medidas de prevención en ocasión de evento masivo

En el marco de la Peregrinación a la Virgen de María del Rosario de San Nicolás que se realiza entre el 21 y 24 de septiembre en la localidad de San Nicolás, provincia de Buenos Aires -zona endémica de Fiebre Hemorrágica Argentina-, se recomienda a los equipos de salud de todo el país sensibilizar la vigilancia de este evento, e indagar acerca del antecedente de viaje a dicha localidad ante la consulta de pacientes con síntomas compatibles de FHA, tales como fiebre, mialgias o cefalea.

En el presente informe se actualiza la situación epidemiológica a la SE 37.

SITUACIÓN NACIONAL DE FHA HASTA LA SE 37

48 — Casos confirmados reportados

7 — Personas fallecidas en el país

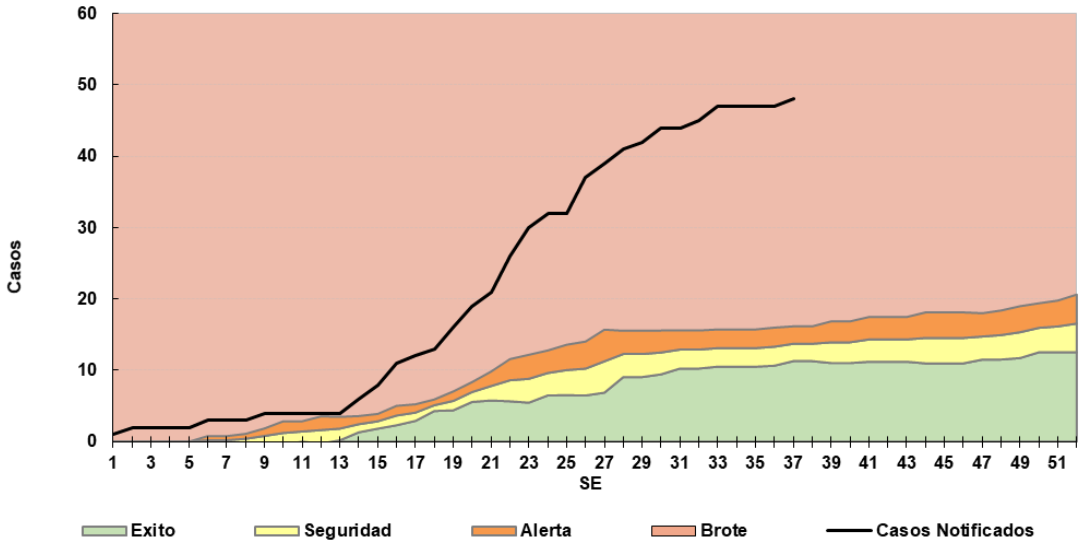
- ✓ Hasta la SE 37 de 2022 se confirmaron 48 casos de Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA). El 96% registra residencia en departamentos del área endémica (46 casos).
- ✓ Los casos acumulados hasta la SE 37 se encuentran por encima de lo esperado para el mismo período respecto a los últimos años.
- ✓ Hasta la SE 37 se registran 7 fallecimientos vinculados al evento.
- ✓ El 60,4% de los casos (n= 29) corresponde al sexo legal masculino y el restante 39,6% al femenino. La mediana de edad es de 35 años, con un mínimo de 2 y un máximo de 75. Tres casos corresponden a menores de 15 años.

A la semana epidemiológica 37 (SE 37) del año 2022 se han notificado un total de 284 casos sospechosos de FHA, de los cuales 48 casos se confirmaron por laboratorio y 7 fallecieron.

Un número similar de casos confirmados se presentó en el año 2020. Además, ese fue un año epidémico de dengue (enfermedad que puede presentar un cuadro clínico similar a una FHA durante la primera semana de evolución), lo que posiblemente elevó el número de casos notificados a 446 para el mismo período.

Para el año en curso se evidencia una situación epidémica en comparación con años no epidémicos, como puede observarse en el corredor endémico acumulado, los casos confirmados desde principio de año se ubican en zona de brote superando actualmente lo esperado.

Gráfico 1: Corredor epidémico de Fiebre Hemorrágica Argentina. Argentina. Años 2016-2022*

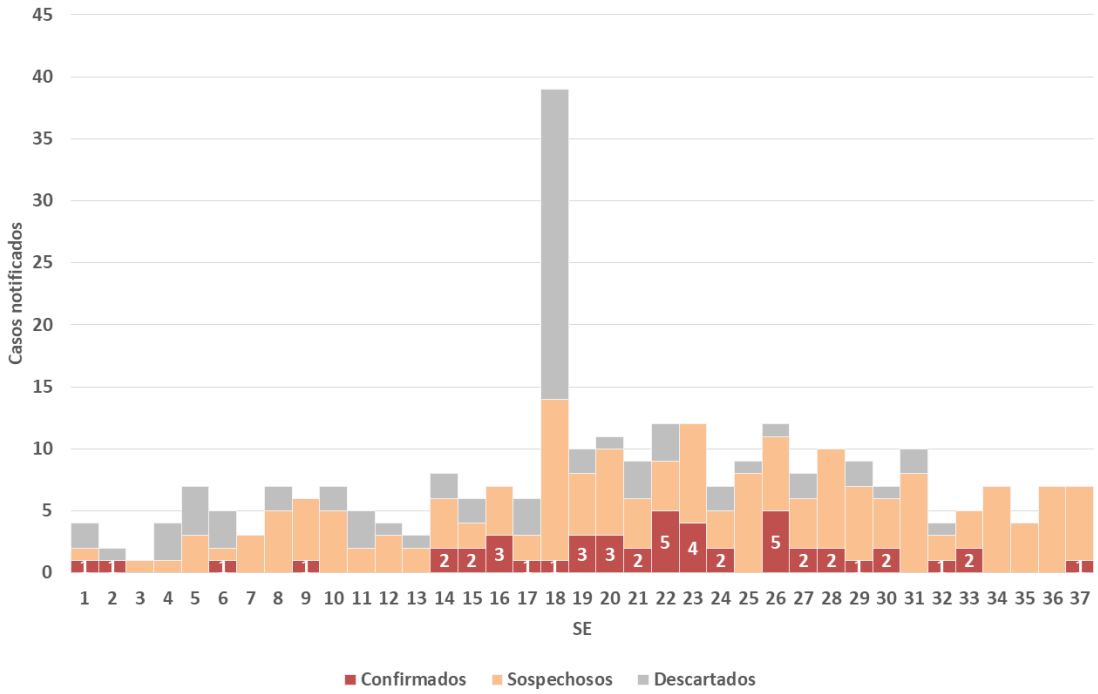


Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0 y del INEVH

**Se excluye el año 2020 por ser considerado epidémico.*

Para el año en curso, se observa un pico de casos notificados en la SE 18, que se corresponde con acciones de búsqueda activa de casos sospechosos llevadas a cabo tras la detección de un caso confirmado en una persona privada de la libertad. Cabe destacar que el aumento en las notificaciones corresponde principalmente a casos que fueron descartados y no se correspondió con un aumento de casos confirmados para esa semana.

Gráfico 2: Casos notificados según clasificación de caso. Argentina. SE 01 a SE 37, Año 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del SNVS[2.0]

Los casos confirmados en 2022 se detectaron en el área endémica de la enfermedad, a excepción de 2 casos identificados en la Ciudad de Buenos Aires y en General San Martín (Buenos Aires) en los que no se ha podido establecer un nexo con el área endémica.

Tabla 1. Casos confirmados según provincia y departamento de residencia. Argentina. SE 1 a SE 37. Año 2022.

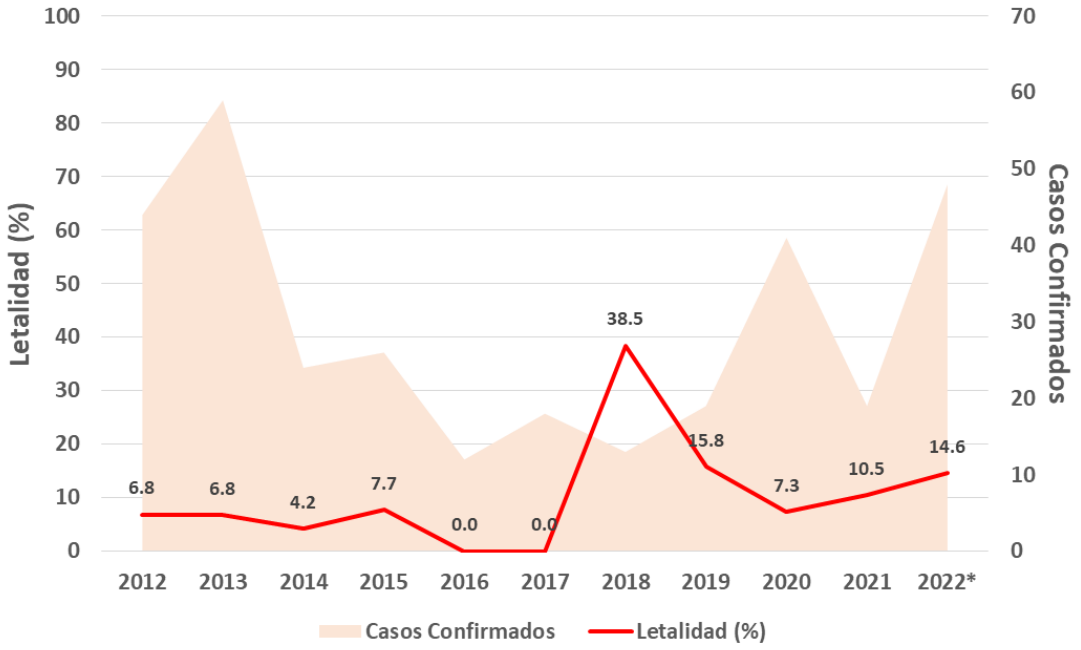
Provincia de residencia	Departamento de residencia	Casos confirmados
Buenos Aires	General San Martín	1
	Olavarría	2
	Pergamino	2
	Ramallo	1
	San Nicolás	19
CABA	CABA	1
Córdoba	Unión	3
	Tercero Arriba	1
Santa Fe	Caseros	1
	Constitución	4
	Iriondo	1
	Rosario	10
	San Martín	2
Total		48

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

Cabe destacar que la mayoría de los casos se concentran en un corredor que une a las ciudades de Rosario en la provincia de Santa Fe y de San Nicolás de los Arroyos en la provincia de Buenos Aires, a lo largo de la Ruta Nacional N°9.

Hasta la SE 37, se registran 7 casos fallecidos, lo que representa una letalidad de 15% para el año en curso, valor superior a la letalidad registrada en años previos, a excepción de los años 2018 y 2019.

Gráfico 3. Casos confirmados de FHA y letalidad por año. Argentina. Años 2012-2022*



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

Respecto a la vigilancia eco-epidemiológica del roedor reservorio de la FHA (*Calomys musculinus*) que realiza el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH), institución coordinadora del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina, se informa que durante los muestreos realizados en 2022 aumentó significativamente el número de animales capturados en los mismos (mayor número de individuos capturados a igual esfuerzo de muestreo) y la abundancia de la especie reservorio en las comunidades de roedores[17].

RECOMENDACIONES PARA LOS EQUIPOS DE SALUD DE TODO EL PAÍS

En contexto de un evento masivo en el área endémica, se recomienda a los equipos de salud de todo el país sensibilizar la sospecha de Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) en casos que cumplan con la definición vigente, indagando sobre el antecedente de viaje o estadía en la zona endémica dentro de las 3 semanas previas al inicio de los síntomas:

Definiciones y clasificaciones de caso:

Caso sospechoso:

- Todo paciente que viva, trabaje o haya viajado al área endémica dentro de las 3 semanas previas al inicio de síntomas y;

[17] La vigilancia eco-epidemiológica de la FHA consiste en muestrear las comunidades de roedores para conocer la circulación del virus JUNIN (JUNV) en las poblaciones del reservorio a fin de evaluar el riesgo potencial de emergencia en nuevas áreas y/o re-emergencia en las áreas más antiguas y planificar medidas de prevención de acuerdo a esta estimación.

- presente fiebre aguda -de menos de siete (7) días de duración- mialgias o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida (síndrome febril agudo inespecífico), y
- presente recuentos de glóbulos blancos ≤4.000/mm3 y recuento de plaquetas ≤ 100.000/mm3.

Caso confirmado:

Todo caso sospechoso que presenta confirmación de laboratorio de infección por JUNV por alguna de las siguientes técnicas diagnósticas:

- Detección de genoma de JUNV en suero, coágulos y/u órganos mediante reacción en cadena de polimerasa en tiempo real (qRT-PCR).
- Serología (seroconversión por técnica de ELISA IgG y/o PRNT técnica de neutralización por reducción de placas);
- Aislamiento de JUNV de sangre, suero y/u órganos

NOTIFICACIÓN:

Todo caso sospechoso de FHA según las definiciones precedentes deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

- **Grupos de eventos:** Fiebre hemorrágica argentina o síndrome febril agudo inespecífico.

- **Evento:** Fiebre hemorrágica argentina (FHA)

- **Estrategias de vigilancia:** Clínica (incluyendo presentación clínica, laboratorio clínico, tratamiento y evolución), Laboratorio (incluyendo muestras, determinaciones y técnicas realizadas para el diagnóstico etiológico y diagnósticos diferenciales) y Epidemiología (incluyendo antecedentes de viaje, actividad laboral, recreativa o residencia en zona de riesgo, vacunación contra la FHA).

- **Periodicidad de notificación:** Inmediata

La FHA constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley Nacional 15465 en todas las etapas de su evolución, desde la sospecha clínica, los estudios de laboratorio, la presentación clínica, los antecedentes epidemiológicos así como los antecedentes de vacunación y el uso de tratamiento con plasma de convaleciente.

Ficha de notificación:

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000746cnt-ficha-sfai-2016-endemica-fha-vf.pdf

Diagnóstico etiológico:

El diagnóstico etiológico se realiza por técnicas moleculares como RT PCR en tiempo real para el estudio de muestras del período agudo, técnicas serológicas estudiando la muestra de suero del período agudo y una segunda muestra de 45-60 días desde el inicio de los síntomas para determinar seroconversión por ELISA IgG y/o PRNT, y aislamiento viral en cultivos celulares en la muestra del agudo (sólo en el caso de pacientes fallecidos).

- Periodo agudo: RT PCR + Serología muestra 1
- Período de convalecencia: serología muestra 2

Tratamiento

El tratamiento específico para la FHA lo constituye el plasma inmune de convalecientes. Se obtiene de personas que padecieron la enfermedad y se curaron. Al administrar 3500 unidades terapéuticas (UT) por Kg de peso del paciente durante los primeros 8 días del inicio de los síntomas, la letalidad de la FHA puede disminuirse del 30-15% a menos del 1%. La administración de plasma inmune luego de los 8 días del inicio de síntomas no es eficaz.

Debido a que el plasma inmune es un recurso limitado, se debe hacer un uso racional del mismo. La indicación de tratamiento debería realizarse respetando el algoritmo clínico de la enfermedad.

Con la finalidad de acercar las unidades de tratamiento a los efectores donde se asisten los casos, existe una red de bancos de plasma jurisdiccionales que funciona en coordinación con el Programa Nacional de Control de la FHA. Los médicos tratantes de pacientes con diagnóstico clínico de FHA pueden solicitar el plasma inmune a los bancos de plasma ubicados en las provincias del área endémica.

Información de contacto

Provincia de Buenos Aires: Hospital Interzonal General de Agudos “San José” de Pergamino. Servicio de Hemoterapia Tel: 02477-429795 al 99 interno 161-162; y Hospital Interzonal General de Agudos “San Felipe” de San Nicolás. Servicio de Hemoterapia Tel: 0336-4422880, internos 233 o 247. Departamento de Zoonosis Rurales de Azul Tel: 02281-424483

Provincia de Córdoba: Ministerio de Salud. Área de Epidemiología. Tel: 0351-153463803

Provincia de La Pampa: Hospital Dr. Lucio Molas de Santa Rosa. Servicio de Hemoterapia. Tel: 02954-455000 interno 3136.

Provincia de Santa Fe: Hospital Provincial de Rosario. Servicio de Hemoterapia. Tel: 0341-4721114, interno 1150.

INEVH "Dr. Julio I Maiztegui". Pergamino. Tel: 02477- 429712-713-714

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Vacunas

El propósito de la estrategia de vacunación con **Candid #1** es reducir la morbilidad y la letalidad de la enfermedad en población que reside o transita el área endémica de la FHA. Desde el año 2007 la vacuna Candid #1 se encuentra incorporada al Calendario Nacional de Inmunizaciones con un esquema de única dosis a partir de los 15 años para personas que residan o desarrollen actividades en el área endémica de la enfermedad y no hayan recibido vacuna **Candid #1** anteriormente.

El área endémica comprende localidades determinadas de las provincias de Santa Fe, Córdoba, Buenos Aires y La Pampa. La vacunación debe llevarse a cabo por lo menos un mes antes de que se realicen actividades de riesgo, a fin de asegurar la protección. Se debe sostener la vacunación de rutina según normas nacionales de vacunación, sin embargo, ante una situación de brote se recomienda que las acciones de vacunación intensiva se organicen ***priorizando la inmunización de la población residente y que desarrolla actividades en zonas rurales o semiurbanas (trabajadores rurales, transportistas, trabajadores en acopiadoras de cereales, molinos, actividades recreativas, trabajadores migrantes estacionales o comúnmente conocidos como "trabajadores golondrinas", etc.) de las zonas endémicas, teniendo en cuenta la información brindada por la vigilancia epidemiológica actualizada.***

Se recomienda que estas acciones se concentren principalmente en aquellos partidos o localidades que han presentado casos confirmados en los últimos tres años.

Tabla 2: Localidades con casos confirmados de FHA entre la SE1 del 2020 y la SE37 del 2022. Argentina, año 2022.

Provincia	Localidades
Buenos Aires	Azul, Colón, Olavarría, Acevedo, Pergamino, La Emilia, San Nicolás, Villa Riccio, Ramallo, Villa General Savio; General Rojo.
Córdoba	Leones, Monte Buey, Saira, Ballesteros, Bell Ville, Laborde, Monte Leña, Wenceslao Escalante, Chilisbrote, Hernando.
Santa Fe	Las Parejas, Las Rosas, Montes de Oca, Chabas, San José de la Esquina, Godoy, Pavón, Villa Constitución, Sargento Cabral, Cepeda, Alvear, Cnel. Bogado, Perez, Rosario, Soldini, Va. Gdor. Galvez, Zavalla, Fuentes, San Jorge, Iriondo, Pueblo Esther, Cañada de Gómez

**El área endémica de La Pampa incluye los departamentos de Chapaleufú, Maracó y Realicó.*

Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Contraindicaciones:

- Personas gestantes: se desconoce los efectos que esta vacuna puede provocar en el embarazo.
- Lactancia: El virus Junín, como otros Arenavirus, se ha aislado de la leche humana en casos de FHA.
- Inmunosupresión congénita o adquirida. y Enfermedades agudas febriles en curso.
- Afecciones crónicas malignas o descompensadas que puedan afectar la respuesta inmune.
- Tratamiento activo con corticosteroides en dosis altas (Ej: 20/mg/día de prednisona por más de 15 días) o medicación inmunosupresora.

Para más información sobre la estrategia de vacunación:

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-09/Lineamientos_FHA_20-9-2022.pdf

RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

Recomendaciones para la prevención en el marco de Peregrinación a la Virgen María del Rosario de San Nicolás

Frente al aumento de casos de Fiebre Hemorrágica Argentina -una enfermedad viral potencialmente grave que se transmite por la orina y excrementos de roedores en zonas endémicas que incluye parte del itinerario a recorrer por los peregrinos-, se recomiendan las siguientes prácticas preventivas para quienes participen de esta peregrinación:

Durante el camino:

Es importante evitar el riesgo de exposición y contacto con los roedores y sus excretas:

- En caso de acampar, hacerlo en lugares habilitados, lejos de maleza y no dormir ni descansar directamente sobre el suelo.
- Conservar los alimentos y agua en envases resistentes y con tapa.
- No dejar restos de comida, sobre todo a la noche, que es cuando los roedores se alimentan.
- Lavar todos los platos y ollas después de usarlos. Y no dejarlos accesibles a los roedores.
- Durante la caminata, hacerlo por caminos habilitados, lejos de matorrales y pastizales, no ingresar a construcciones abandonadas, caballerizas, galpones o leñeras.
- No llevarse tallos a la boca ni acostarse directamente sobre el pasto.

Después del viaje:

- Prestar atención a la aparición de los siguientes síntomas hasta 3 semanas luego de la peregrinación:
    - fiebre, decaimiento, dolor de cabeza o detrás de los ojos, dolores musculares, de articulaciones, mareos, falta de apetito, náuseas y vómitos.

- Ante la aparición de cualquiera de estos síntomas consultar rápidamente al centro de salud e informar al personal de salud el antecedente de la participación en la peregrinación.

Asimismo, es recomendable adoptar los siguientes cuidados generales durante la caminata:

- Mantener la hidratación con agua potable.
- Protegerse del sol (cubrirse la cabeza y usar protector solar).

Recomendaciones generales:

La erradicación de las poblaciones de roedores no es practicable en el medio silvestre, en cambio debe sugerirse un control que permita mantener en balance a las poblaciones de roedores que conviven en nuestro entorno.

Es importante evitar el riesgo de exposición y contacto con los roedores y sus excretas. Para ellos se recomienda:

- Usar calzado cerrado, guantes y ropa que cubra la piel para trabajar en el campo o la huerta.
- Realizar una limpieza cuidadosa de las manos y cambiar la ropa luego del trabajo los trabajos en el campo o huerta.
- Evitar llevarse tallos a la boca, acostarse directamente sobre el pasto.
- Evitar las habitaciones y galpones que hayan estado cerrados largo tiempo, ventilarlos previamente al ingreso; y limpiarlos evitando generar polvo.
- Mantener desmalezados los bordes y debajo de los alambrados, aguadas de los molinos, montes frutales y caminos de acceso a la vivienda.
- No elimine a los predadores naturales de los roedores como lechuzas, lechuzones, chimangos.

En la vivienda:

- Mantener el pasto bien corto, por lo menos hasta 30 metros de la vivienda para evitar que los roedores se acerquen a ella.
- Utilizar recipientes cerrados para almacenar granos, alimentos para animales, basura y desperdicios.
- Tapar los agujeros de las viviendas y galpones para que no puedan entrar los roedores.
- Hacer la huerta lejos de la casa y mantenerla desmalezada.
- Cuando se realiza la cosecha de un lote aledaño a la vivienda siempre es recomendable comenzar por el margen más cercano a la misma para que los roedores tengan refugio en el cultivo.

En los pueblos y ciudades:

- Este roedor tiene hábitos silvestres, a diferencia de otros roedores que tienen hábitos sinantrópicos es decir en relación a las personas. Es por ello que en las ciudades se deben enfatizar las medidas de prevención en aquellas áreas lindantes a corredores que unen el campo con la ciudad.
- Mantener desmalezadas las vías del ferrocarril, los terrenos baldíos, cursos de agua.
- Mantener la limpieza de las calles, veredas y no acumular basura.

Ante esta situación epidemiológica, es fundamental que los equipos de salud sospechen de forma temprana la enfermedad, indaguen acerca del antecedente de viaje a la zona endémica y se realice una administración adecuada de los tratamientos.

Se recomienda promover la vacunación en la población objetivo, y comunicar a la población las recomendaciones para la prevención de la enfermedad.

También se convoca a todas aquellas personas que padecieron FHA en el pasado y se curaron, a comunicarse con los teléfonos de contacto para coordinar una posible donación de plasma inmune para el tratamiento de los casos sospechosos que tengan indicación del mismo.

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

En un trabajo conjunto de la Dirección de Epidemiología, Laboratorios, Programas y Direcciones del Ministerio de Salud de la Nación involucradas y las Direcciones de Epidemiología y referentes de vigilancia epidemiológica jurisdiccionales, se terminó de consensuar durante 2021 la actualización del *Listado de Eventos de Notificación Obligatoria* y el *Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria*. Actualmente se encuentra en trámite la resolución ministerial que oficializará esta actualización. Cuando culmine dicho proceso podrá accederse al documento oficial en la página web del Ministerio de Salud. Mientras tanto, como herramienta para la realización de las acciones de vigilancia y control puede accederse al texto provisional del Manual en el siguiente código QR:



primero
la gente



Ministerio de Salud
Argentina