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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA

2

NÚMERO 636
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

Viruela símica / Mpox 3

EVENTOS PRIORIZADOS 11

Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 12

Vigilancia de dengue y otros arbovirus 41

ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES 50

Brotes de influenza aviar en la Región de las Américas 51

Poliovirus circulante derivado de la vacuna tipo 2 – Sudán 52

Enfermedad del ébola causada por el ébolavirus de Sudán – Uganda – Final del brote 52

Cólera 53

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA 55

Alerta Epidemiológica: Aumento de casos de chikungunya en Paraguay y comienzo de la temporada de mayor riesgo para la transmisión de arbovirosis en Argentina 56

Nueva ficha de fiebre tifoidea y paratifoidea 57

Resolución 2827/2022: Actualización de las normas de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria 58

Calendario epidemiológico 2023 59

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
Silvina Moisés
Juan Pablo Ojeda
Ignacio Di Pinto
Guillermina Pierre
Martina Meglia Vivarés
Camila Domínguez
Paula Rosin
Fiorella Ottonello
Federico M. Santoro
Daniela Álvarez
Cecilia S. Mamani
Carla Voto
Antonella Vallone
Mariel Caparelli
Andrés Hoyos Obando
María Pía Buyayisqui
Karina Martínez
Ezequiel Travin
Dalila Rueda
Analí López Almeyda
Laura Bidart
Mariel Caparelli
Mercedes Paz
Mariana Mauriño
Georgina Martino
Alexia Echenique
Estefanía Cáceres

Contribuyeron con la gestión y/o análisis de la información para la presente edición, además de los equipos de la Dirección de Epidemiología:

- Informe viruela símica: Adrián Lewis[1]
- Informe infecciones respiratorias agudas: Andrea Pontoriero[2], Josefina Campos[3].

Imagen de tapa: Armado y colocación de trampas, captura manual, procesamiento y envío del material recolectado en el marco del curso "Abordaje Integrado de Fiebre Amarilla para Equipos de Respuesta Rápida: Aspectos Teóricos y Prácticos". Misiones, 2021. Aportada por la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles.

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.

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES

VIRUELA SÍMICA / MPOX

SITUACIÓN NACIONAL AL 17/01/2023

1.053

Casos confirmados reportados

2

Personas fallecidas en el país

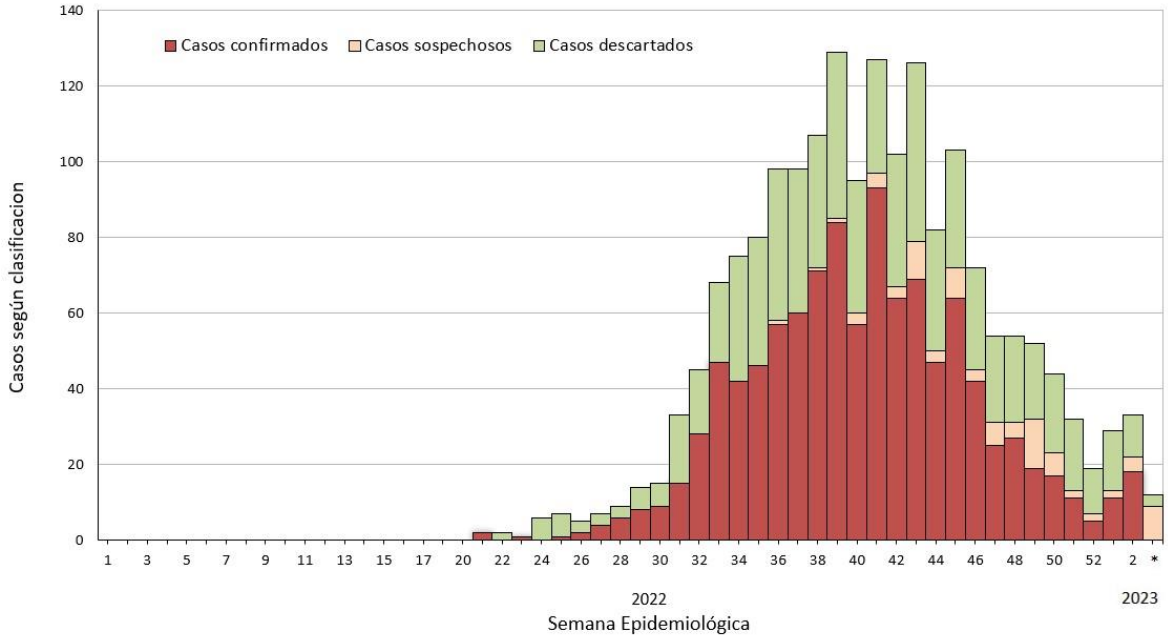
- ✓ Hasta el 17 de enero se confirmaron 1.053 casos en Argentina.
- ✓ El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 11,25 casos con un máximo de 18 en la SE2 y un mínimo de 5 en la SE52.
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 35 años con un mínimo de 0 años y un máximo de 78 años.
- ✓ El 98% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino (21 corresponden al sexo legal femenino, 4 de género trans y 17 de género cis).
- ✓ Actualmente no se registran casos ingresados en UTI.
- ✓ Se notificaron 2 personas fallecidas. Ambas presentaban factores de riesgo.
- ✓ Se han notificado casos confirmados en 16 jurisdicciones y sospechosos en 7.
- ✓ Los casos siguen concentrados en la región Centro, en grandes conglomerados urbanos (el 65% de los casos confirmados se registraron en residentes de la CABA y junto con las provincias de Buenos Aires y Córdoba, concentran el 95%).
- ✓ Hasta el momento la población más afectada continúa siendo la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres y con el antecedente de relaciones sexuales con múltiples parejas sexuales.

Tabla 1. Viruela símica: frecuencia absoluta y relativa de notificaciones acumuladas según clasificación y provincia de residencia. Argentina al 17/01/23

Provincia de residencia	Confirmado	Frecuencia relativa acumulada Confirmados	Sospechoso	Descartado	Total	Frecuencia relativa acumulada Total notificados
CABA	685	65,1	43	306	1034	56,26
Buenos Aires	282	91,8	26	280	588	88,25
Córdoba	33	95,0	2	33	68	91,95
Santa Fe	17	96,6	2	19	38	94,02
Tierra del Fuego	9	97,4	0	4	13	94,72
Mendoza	5	97,9	1	7	13	95,43
Río Negro	5	98,4	0	4	9	95,92
Santa Cruz	4	98,8	1	6	11	96,52
Neuquén	3	99,1	0	5	8	96,95
Chubut	2	99,2	0	7	9	97,44
Tucumán	2	99,4	10	0	6	97,77
Jujuy	2	99,6	0	4	12	98,42
Chaco	1	99,7	0	6	7	98,80
Corrientes	1	99,8	0	1	2	98,91
Salta	1	99,9	0	0	1	98,97
San Juan	1	100,0	0	4	5	99,24
Entre Ríos	0		0	3	3	99,40
Formosa	0		0	4	4	99,62
La Pampa	0		0	1	1	99,67
La Rioja	0		0	1	1	99,73
Misiones	0		0	3	3	99,89
San Luis	0		0	1	1	99,95
Santiago del Estero	0		0	1	1	100,00
Total general	**1053**		**85**	700	1838	

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS$^{2.0}$

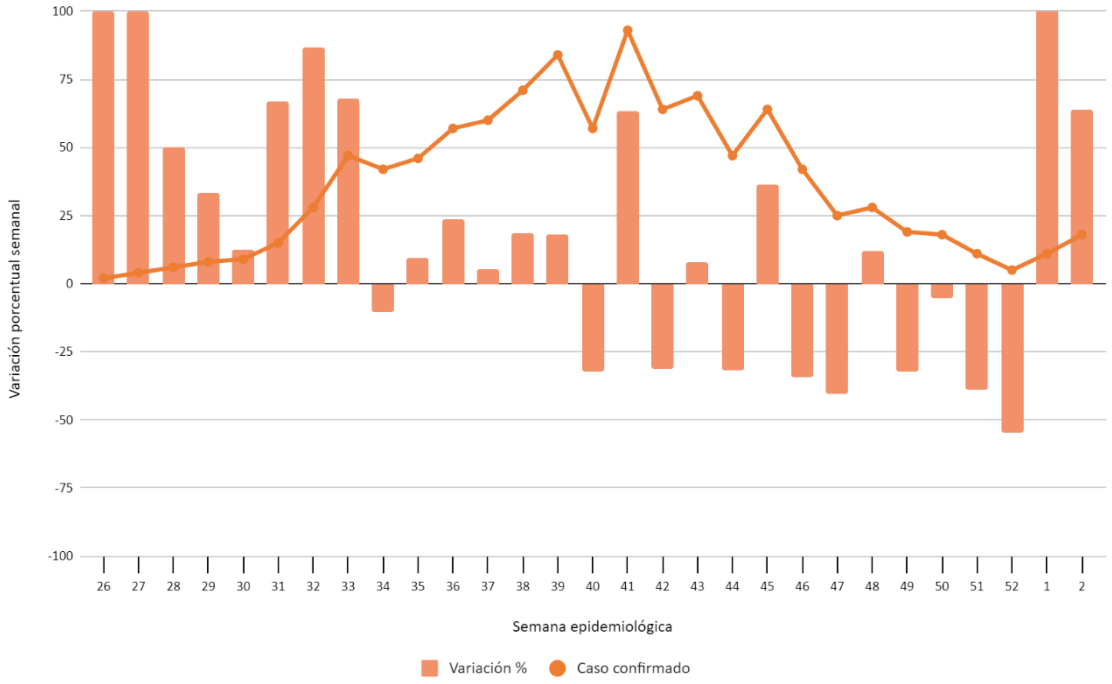
Gráfico 1. Casos de viruela símica según clasificación por semana epidemiológica de notificación. Argentina, actualizada al 17/01/2023 (N: 1.838)



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0
**SE 3 corresponde al año 2023 y se encuentra en curso.*

El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 11,25 con un máximo de 18 en la SE2 y un mínimo de 5 en la SE52(Gráfico 1). Se registra por doceava semana consecutiva un menor número de casos que en la semana en que se registró el pico (representado hasta ahora por la semana SE41) y una tendencia sostenida en descenso.

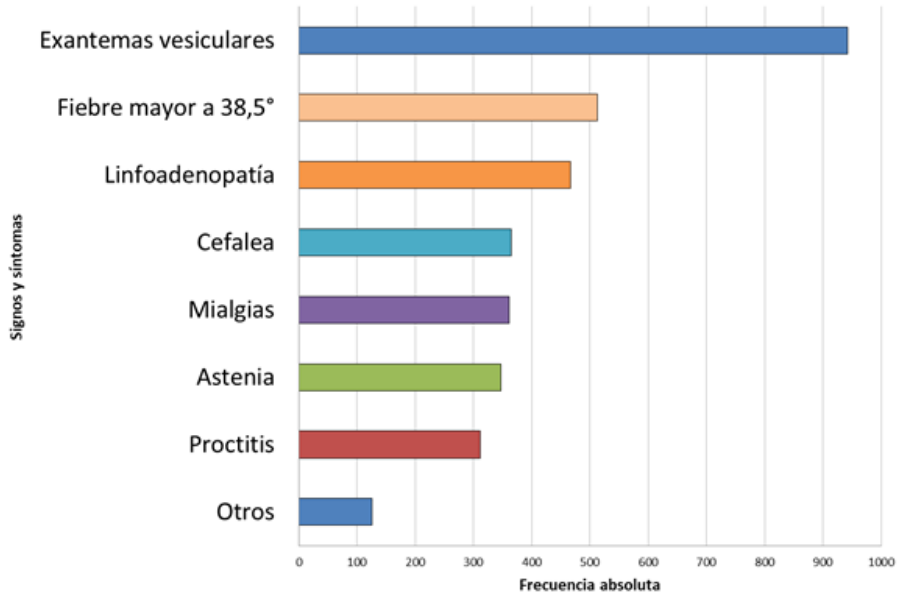
Gráfico 2. Variación respecto de la semana anterior y casos confirmados por semana epidemiológica. SE26 a SE52 (2022) y SE2 (2023).



Fuente: Elaboración propia 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.

Gráfico 3. Viruela símica: frecuencia absoluta de signos y síntomas en casos confirmados (N:1.053). Hasta 17/01/2023

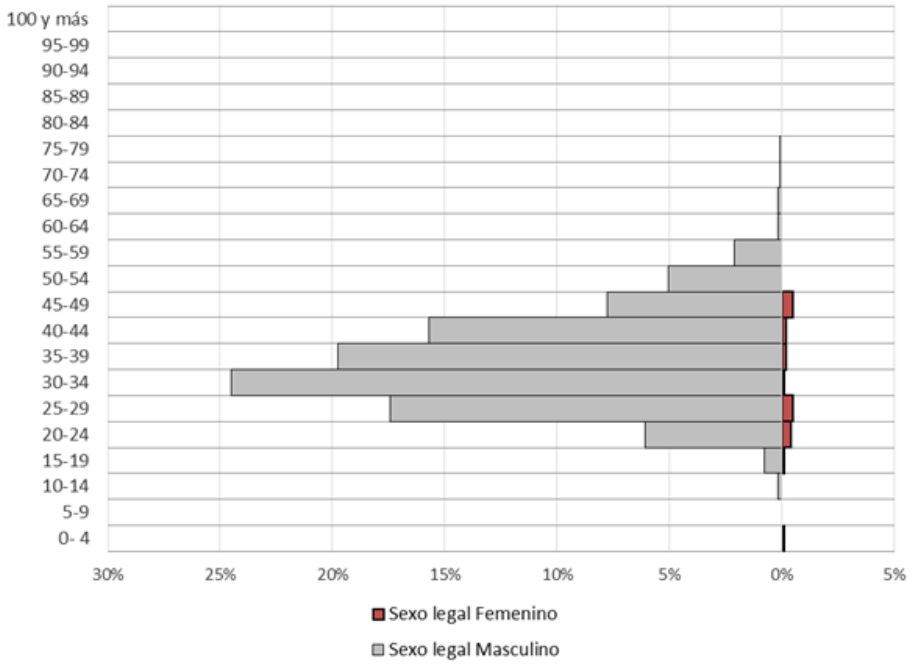


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0

El 98% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino (21 corresponden a l sexo legal femenino, 4 de género trans y 18 de género cis).

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

Gráfico 4. Viruela símica: distribución de casos confirmados acumulados por grupo de edad y sexo legal. Argentina, hasta el 17/01/2023 (N: 1.053*)



*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

Hasta el momento la población más afectada continúa siendo la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres. 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 1.053 casos confirmados, hasta el momento 69 refieren antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas.

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

---

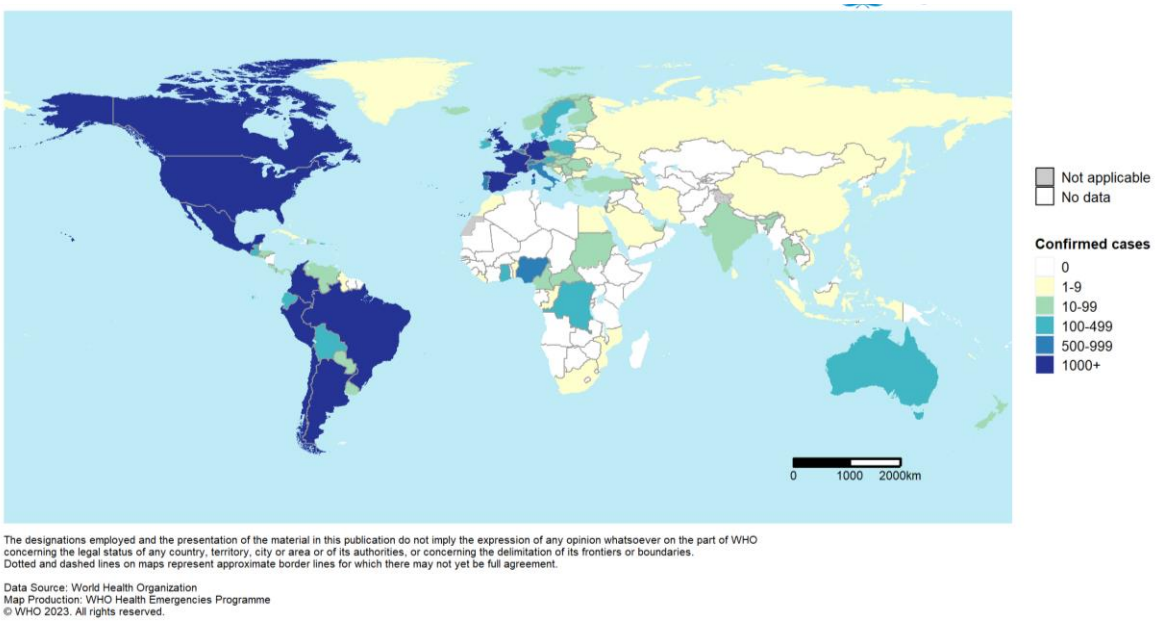
SITUACIÓN INTERNACIONAL

84.733
Casos confirmados reportados a OMS

110
Países afectados

80
Personas fallecidas reportadas a OMS

Mapa 1. Distribución geográfica de casos de viruela símica reportados a OMS entre el 01/01/2022 y el 16/01/2023



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: World Health Organization
Map Production: WHO Health Emergencies Programme
© WHO 2023. All rights reserved.

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

Tabla 2. Viruela símica: Casos notificados y fallecidos por Región de la OMS, al 16-01-2023

Región	Casos	Fallecidos
Región de África	1.214	15
Región de las Américas	57.406	58
Región del Mediterráneo Oriental	80	1
Región de Europa	25.767	5
Región del Sudeste Asiático	35	1
Región del Pacífico Occidental	231	0

Fuente: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

Desde el 1° de enero de 2022 hasta el 16 de enero de 2023, se han registrado 84733 casos de viruela símica confirmados en 110 países/territorios/áreas y 80 muertes distribuidas en cinco de las seis Regiones de la OMS.

El número de casos mundiales ha disminuido en un 12,7% en la SE2 (n = 302 casos) en comparación con la SE 1 (n= 346 casos); 11 países informaron un aumento en el número semanal de casos, con

el mayor aumento informado en Estados Unidos de América; 78 países no han informado nuevos casos en los últimos 21 días.

El 85,4% de los casos se concentra en 10 países: Estados Unidos, Brasil, España, Francia, Colombia, Reino Unido, Perú, Alemania, México y Canadá.

El 96,6% de los casos con datos disponibles son de sexo masculino, la mediana de edad es de 34 años.

El 1% de los casos con datos sobre la edad se encuentran entre los 0 y 17 años, de los cuales el 0,3% poseen edades entre 0 y 4 años.

Entre los casos con orientación sexual reportados, el 84.3% (26246/31152) se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y entre ellos, el 6,5% se identificaron como bisexuales.

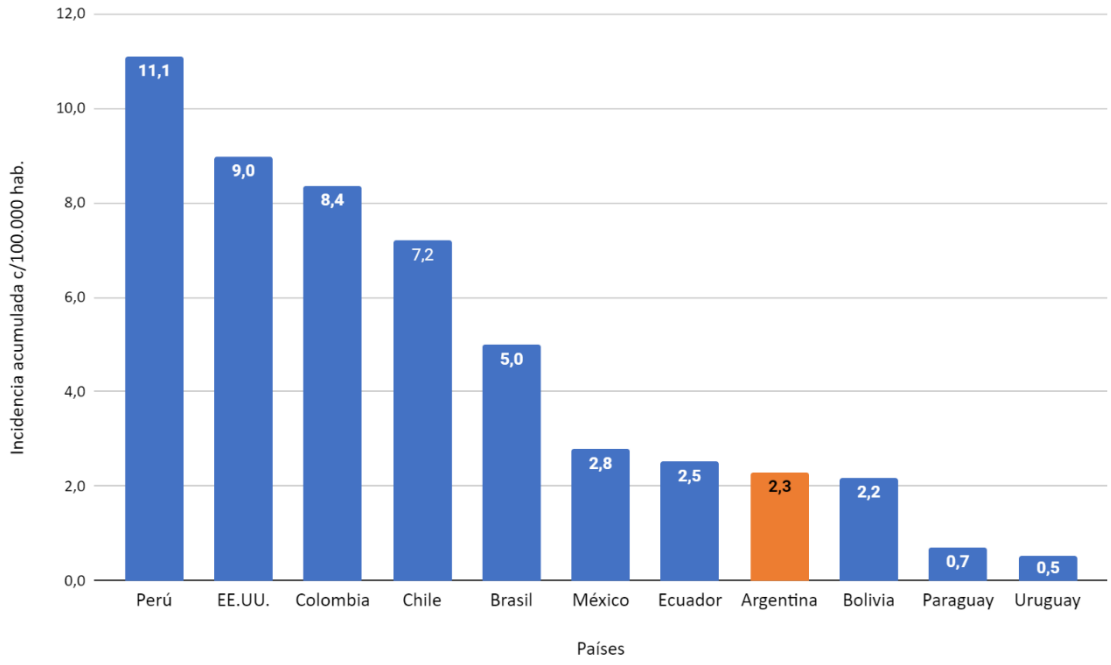
De todos los tipos probables de transmisión, los encuentros sexuales fueron la vía más frecuentemente reportada, con 14,779 de 21,417 (69.0%) de todos los eventos.

A nivel mundial, con información sobre estado en relación a portación de VIH, el 48,1% (16.749/34.791) corresponden a casos VIH positivos. Se debe tener en cuenta que la información sobre el estado del VIH no está disponible para la mayoría de los casos, y para aquellos en los que está disponible, es probable que esté sesgada hacia los que informan resultados positivos de VIH.

El entorno de exposición más frecuente reportado a nivel mundial es el de fiestas con contactos sexuales (registrado en el 46,8% de los casos con datos para este indicador).

En cuanto a la situación regional, Argentina se encuentra entre los países con menor incidencia acumulada cada 100.000 habitantes. Brasil, Colombia, Perú, EE.UU, México y Chile presentan mayor cantidad de casos acumulados, pero a la vez, una incidencia acumulada mayor.

Gráfico 5. Incidencia acumulada cada 100.000 habitantes en países de la región al 17-01-23



Fuente: elaboración propia en base a los datos de fuentes oficiales de cada país y www.who.int

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.

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[4]
- 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$^{2.0}$.

[4] 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 02/2023

19.416

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la SE 02. De estos, 11.045 corresponden a dicha semana considerando la fecha de inicio de síntomas o la fecha mínima del caso[5].

89

Fallecidos informados en la SE 02. De estos, 39 ocurrieron en dicha semana.

65%⬇

Disminución de casos confirmados según la fecha mínima del caso en SE 02 respecto a la SE 01 (20.463 casos menos).

18,9%

De los casos confirmados en la SE 02 fueron registrados en el AMBA[6].

27,31%

Positividad para SARS-CoV-2 por RT-PCR en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 01.

0,58%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 01.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 02/2023

- ✓ Los casos de ETI registrados hasta la SE01 superan los casos registrados en años históricos. Asimismo, los casos de neumonía notificados durante el mismo periodo superan los registrados desde el año 2018 (SNVS2.0) y se asemejan a los registrados en 2016. Los casos de Bronquiolitis, en cambio, son inferiores a los registrados en los años pre-pandémicos.

- ✓ Entre la SE01-52 de 2022 se registraron 1.293.331 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 188.600 casos de Neumonía, 204.643 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 34.788 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).

- ✓ La positividad calculada para el periodo SE16/2022 a SE01/2023 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio para SARS-CoV-2, influenza y VSR entre las muestras analizadas por rt-PCR es de 23,73%, 21,73% y 3,25%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, desciende para influenza y VSR.

- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE 23/2022 a SE01/2023 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 14,85%, 20,25% y 27,72%,

[5] 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.

[6] Área Metropolitana de Buenos Aires: incluye Ciudad de Buenos Aires y 40 municipios siguientes de la provincia de Buenos Aires.

respectivamente. Se observa un descenso de la positividad para influenza y para VSR, en comparación con la semana previa.

✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de adenovirus, VSR, influenza y parainfluenza[7].

✓ Hasta la SE 52 de 2022 se registraron 139 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

10.024.095

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 14 de enero de 2023.

130.338

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 14 de enero de 2023.

89%

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

48,2%

De la población argentina recibió el primer refuerzo de la vacuna contra la COVID-19.

100%

De los casos investigados en vigilancia genómica de SARS CoV-2 corresponden a variante Ómicron. En cuanto a los linajes, entre SE45-48 comienza a detectarse un mayor número de muestras positivas para Ómicron BQ.1, con algunos casos identificados de Ómicron XBB, BA.2, BA.4 y BA.5.

73,3%

Es la cobertura del primer refuerzo en el grupo de 50 y más años.

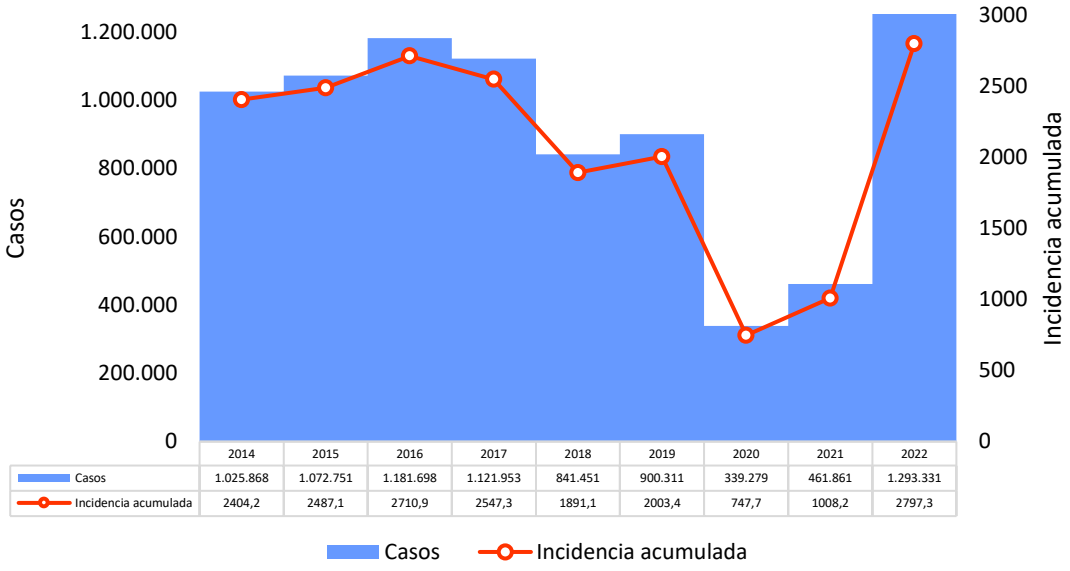
ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre la SE01-52 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.293.331 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2797,3 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las mismas semanas de los últimos nueve años, se observa que en 2022 se registraron hasta la fecha un número de casos superior al año con el mayor número para el período que fue el 2016 (cuando se registraron 1.181.698).

[7] A la fecha no se registran casos de metapneumovirus en SE52.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 52 – Año 2014-2022 Argentina.

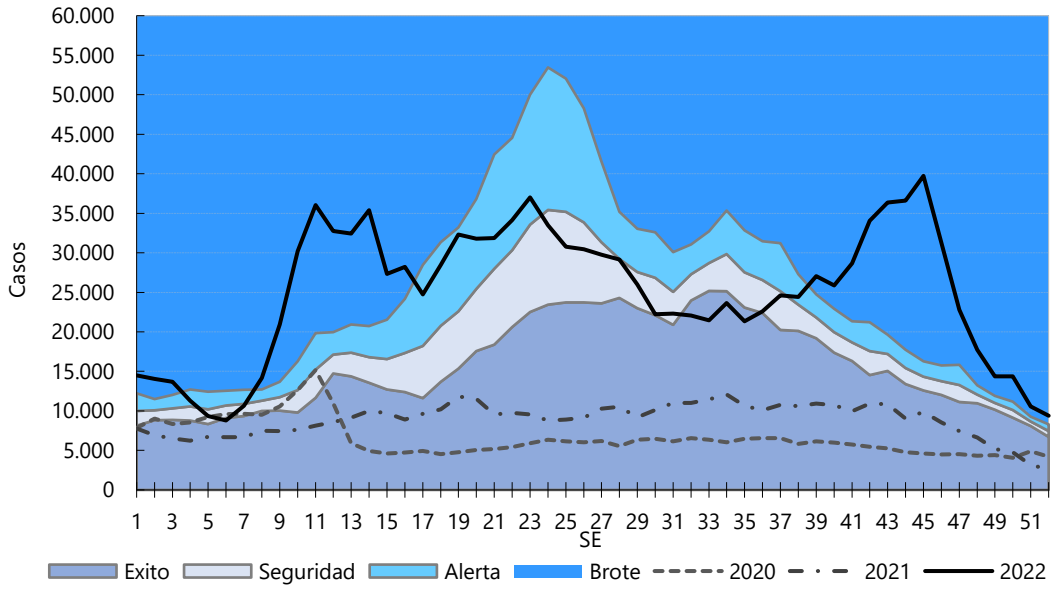


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Casos	1.025.868	1.072.751	1.181.698	1.121.953	841.451	900.311	339.279	461.861	1.293.331
Incidencia acumulada	2404,2	2487,1	2710,9	2547,3	1891,1	2003,4	747,7	1008,2	2797,3

Fuente: 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 muestran un número de casos mayor a lo esperado encontrándose en las zonas de brote y alerta entre la SE07-24 y SE38-52, con el mayor número de casos registrado en SE45. A partir de la SE11 del año 2020 y durante el año 2021, se observa un descenso en las notificaciones con un comportamiento diferente del evento en relación a la estacionalidad de años previos.

Gráfico 2. Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-52 de 2022. Argentina.



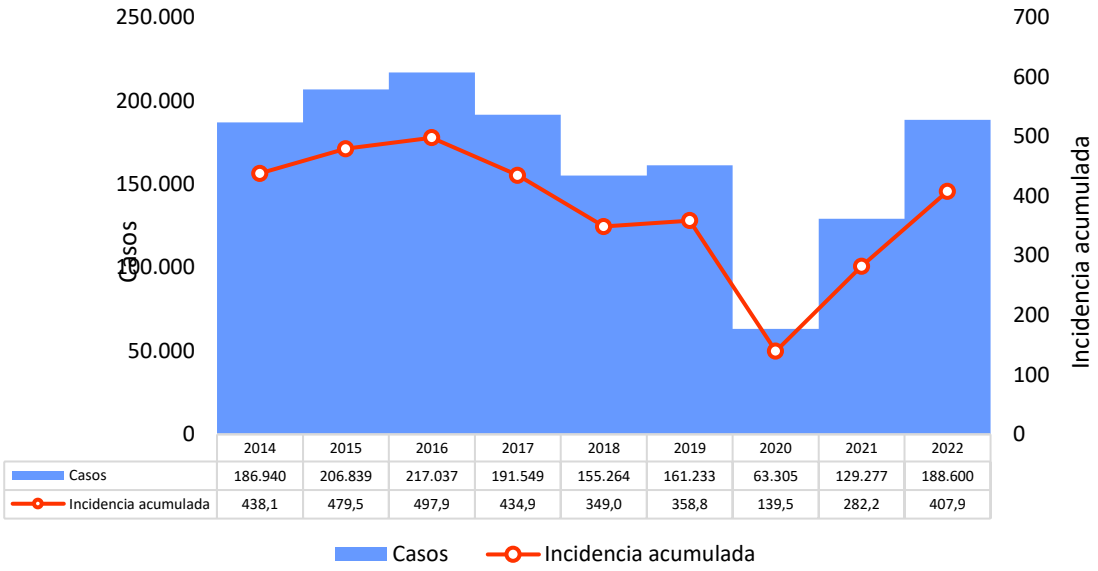
Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

Entre la SE01- 52 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 188.600 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 407,9 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 52 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 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a SE52 – Año 2014-2022. Argentina.[8]



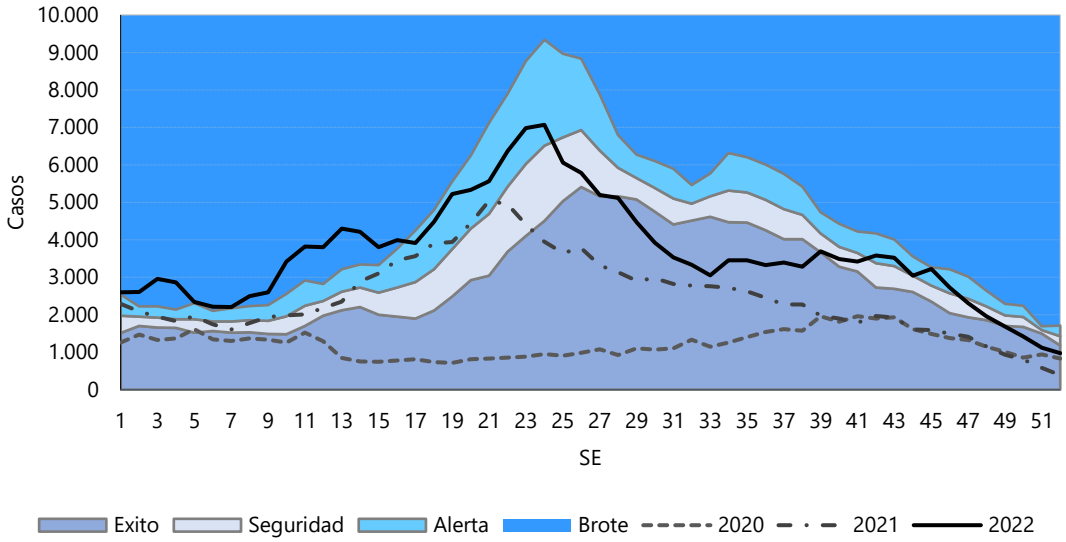
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Casos	186.940	206.839	217.037	191.549	155.264	161.233	63.305	129.277	188.600
Incidencia acumulada	438,1	479,5	497,9	434,9	349,0	358,8	139,5	282,2	407,9

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 por semana muestran un número de casos mayor a lo esperado encontrándose entre las zonas de alerta y brote hasta la SE25, luego de la cual descienden. Entre las SE42-47 vuelve a situarse en la zona de alerta. A diferencia del año 2020 en el cual se observa un marcado descenso de los casos registrados. Durante el año 2021, los casos se encuentran en la zona de alerta entre las SE1-21 para luego descender por debajo de los límites esperados.

[8] 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 4. Neumonía: Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-52 de 2022. Argentina.



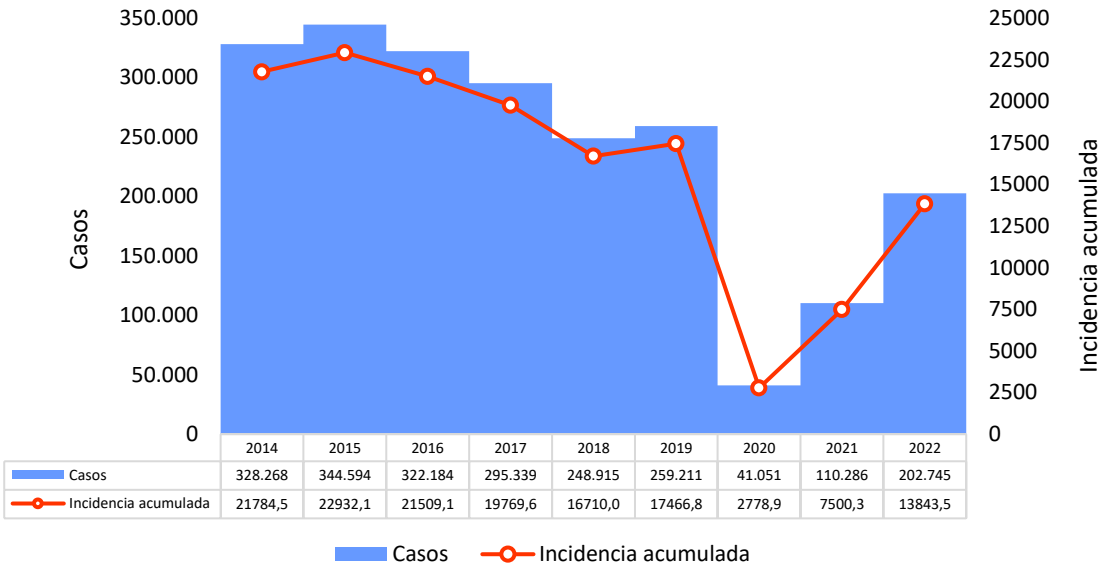
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

BRONQUIOLITIS

Entre la SE01-y la SE52 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 204.643 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 13973,1 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 52 semanas de los últimos nueve años muestra que los años con mayor número de notificaciones fueron 2014 y 2015, 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, pero no llegan a los niveles de notificación alcanzados en todos los demás años de la serie.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 52 – Año 2014-2022 Argentina.[9]



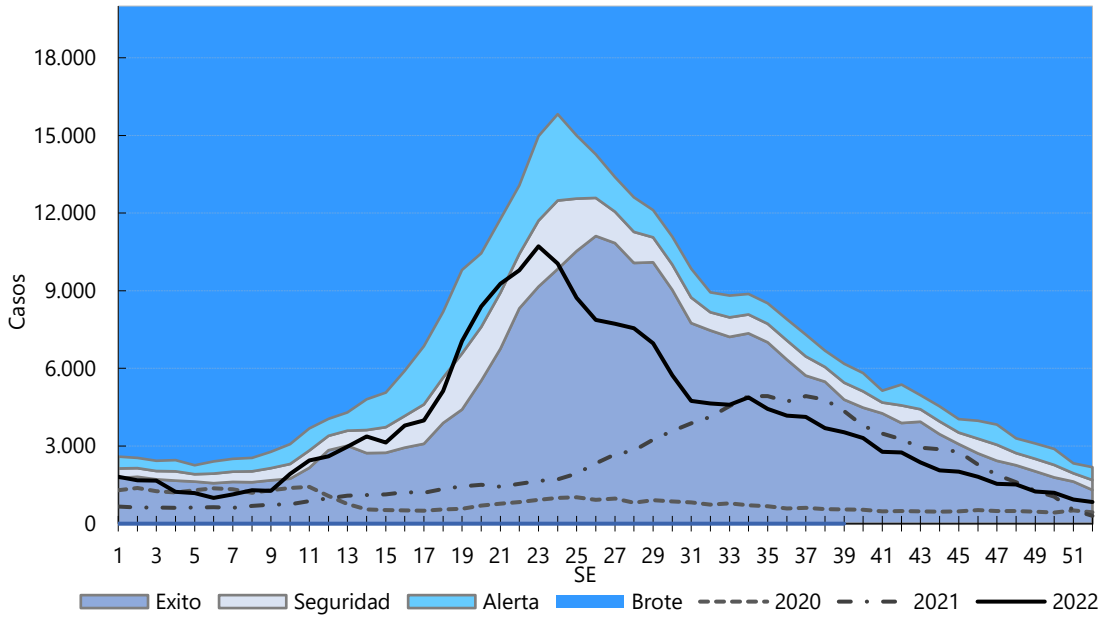
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Casos	328.268	344.594	322.184	295.339	248.915	259.211	41.051	110.286	202.745
Incidencia acumulada	21784,5	22932,1	21509,1	19769,6	16710,0	17466,8	2778,9	7500,3	13843,5

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

Los casos por semana muestran un número de casos por debajo de lo esperado hasta la semana 10, luego de la cual entra en zona de seguridad y algunas semanas toca la zona de alerta, volviendo a situarse en zona de éxito a partir de la SE24. Este comportamiento muestra una estacionalidad similar a los años previos, a diferencia de los años 2020 y 2021 cuyo comportamiento de la notificación fue atípico (casi sin notificaciones en el año 2020 y con una frecuencia baja y desplazada a la derecha (segundo semestre del año) para el año 2021.

[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 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.

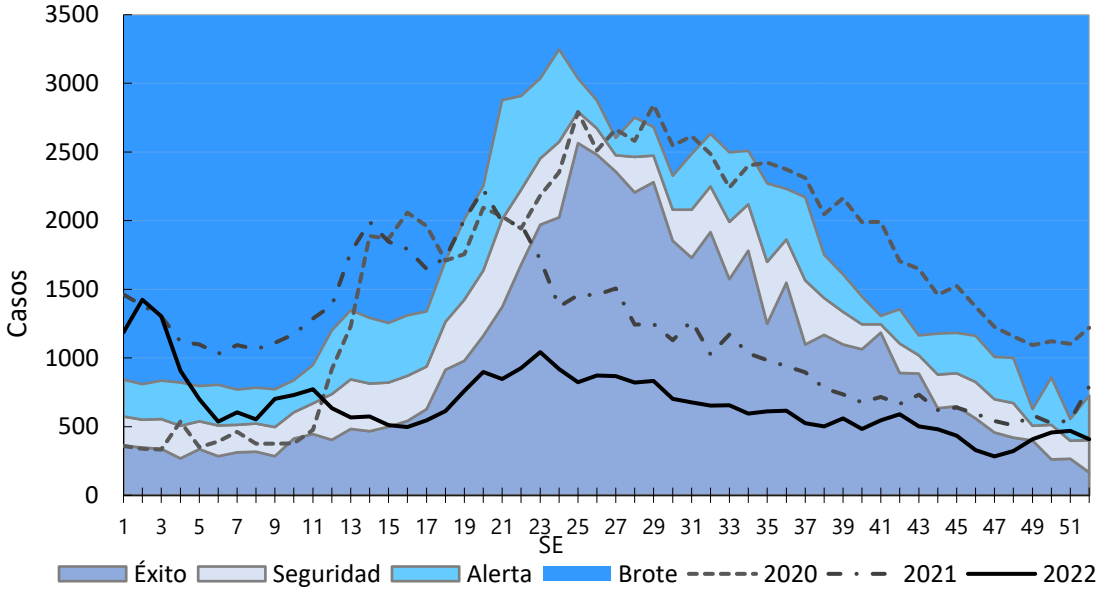
Gráfico 6. Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-52 de 2022. Argentina.



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

Los casos de IRAG por semana se muestran en la zona de alerta y brote hasta la SE12 para luego descender por debajo del límite esperado. Para el año 2020 se observa un ascenso a partir de la SE11 encontrándose en las zonas de alerta y brote la mayoría de las semanas del año. Durante el año 2021 las notificaciones se mostraron mayor a los límites esperados hasta la SE23 para luego descender a la zona de éxito hasta la SE46, posterior a la cual se observa un nuevo ascenso en el número de casos.

Gráfico 7. Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-52 de 2022. Argentina.



Fuente: 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 SE 01/2023 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.

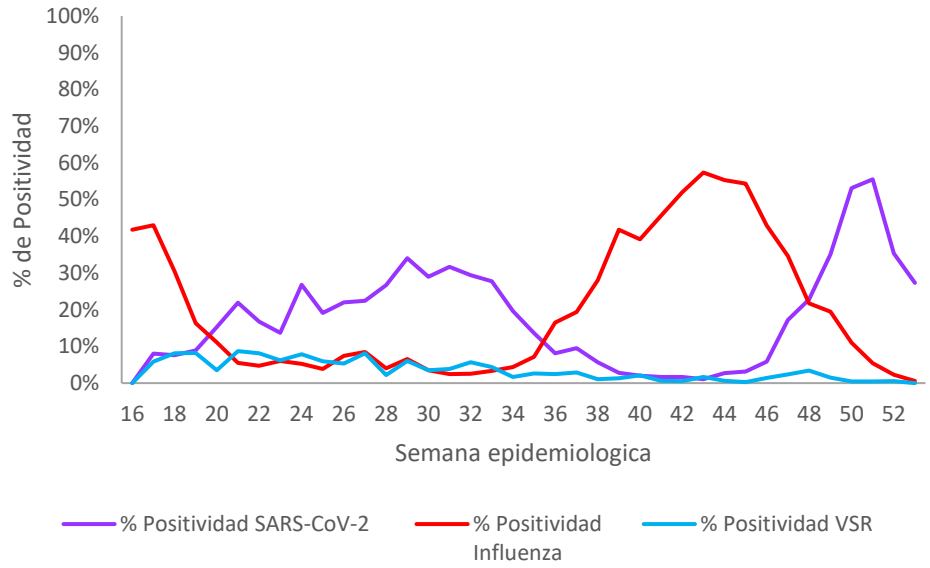
Desde el inicio de la estrategia de vigilancia de las UMAs, se analizaron por rt-PCR 17.821, 9.627 y 7.791 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente. El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 por PCR se mantuvo en valores inferiores al 10% hasta la SE19, llegó a un 33,04% en SE24, 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, a partir de la cual desciende hasta SE43. A partir de la SE 44 y hasta SE50 se observa un nuevo aumento en la proporción de positividad en las UMAs alcanzando un máximo de 53,12% en SE50, descendiendo en las últimas 2 semanas del año 2022 representando un 27,31% en SE01 de 2023. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE16-17, con valores por debajo de 10% hasta SE35. Entre las SE36-44 se registra un nuevo ascenso en la positividad para influenza, alcanzando un 54,31% en SE44, con un descenso posterior a partir de SE45, siendo de 0,58% en la SE01 de 2023. El porcentaje de positividad para VSR se mantuvo en valores por debajo del 10% con oscilaciones entre 0,30% y 8,72% siendo de 0,52% en SE52, no registrándose casos a la fecha en la primera semana del año actual.

Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16/2022 a 01/2023. Estrategia UMAs. Argentina.[10]

	Última semana			SE16 – SE01		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	4.817	2.047	42,50%	130.393	41.139	31,55%
SARS-CoV-2 por PCR	670	183	27,31%	17.821	4.229	23,73%
Influenza	173	1	0,58%	9.627	2.092	21,73%
VSR	83	0	0,00%	7.791	253	3,25%

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 01/2023.[11]



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

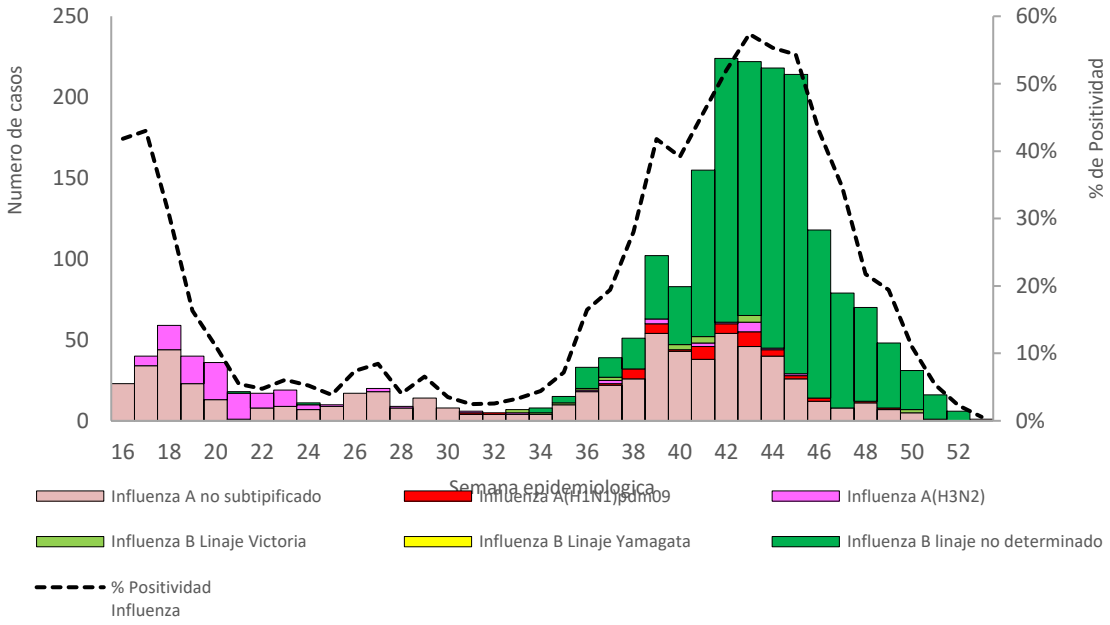
En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=2.092), 845 (40,39%) fueron positivas para Influenza A y 1.247 (59,61%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 172 muestras

[10] 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.

[11] 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

cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A (H3N2) (n=122) e Influenza A (H1N1) pdm09 (n=50). Como puede observarse en el Gráfico desde el comienzo de la implementación de UMAs y hasta la SE29 se registró circulación de A (H3N2). A partir de la SE30 se registran casos de A (H1N1). Entre las SE33 -52 de 2022 nuevamente se registran casos de virus influenza B, de los cuales 20 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 1.227 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje.

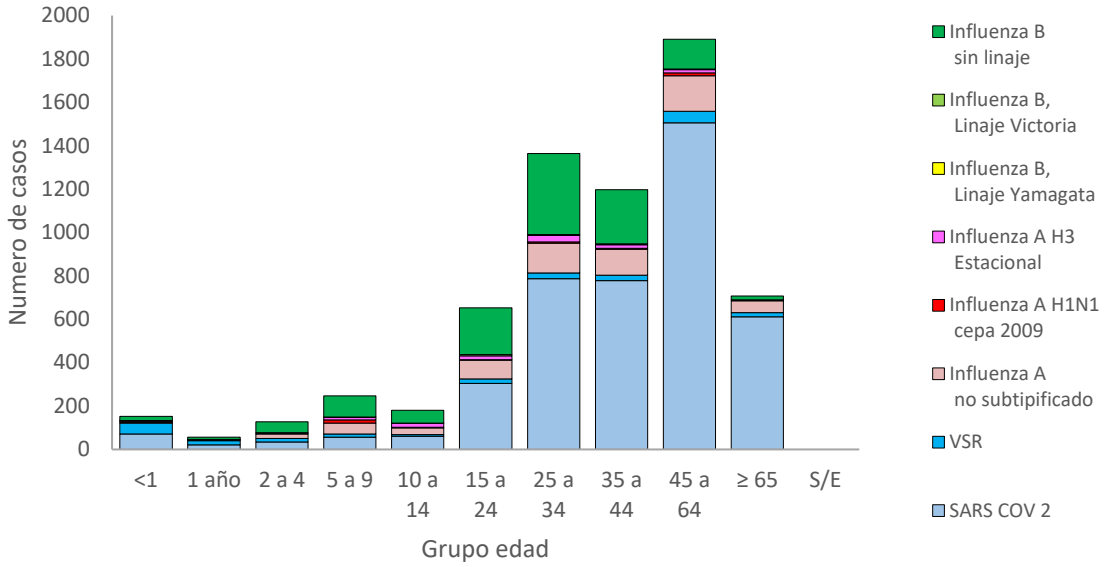
Gráfico 9. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16/2022 a 52/2023. Estrategia UMAs. Argentina.



Fuente: 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 a SE 01 de 2023. Estrategia UMAs. Argentina.



Fuente: 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

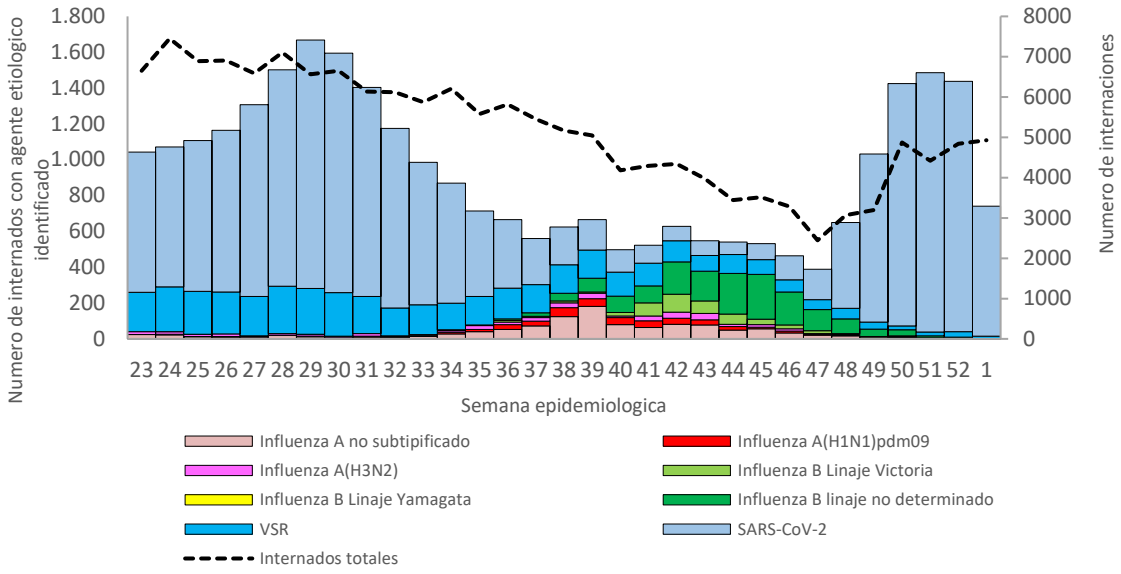
Entre la SE23/2022 a SE01/2023, se notificaron 138.927 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 20.626 fueron positivas (porcentaje de positividad 14,85%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 19.794 muestras para virus influenza con 4.008 detecciones positivas (porcentaje de positividad 20,25%). De las mismas 1.916 fueron influenza A y 2.092 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 772 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 390 (50,52 %) son influenza A (H3N2) y 382 (49,48%) son influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 1.650 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 442 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 15.768 muestras estudiadas para VSR registrándose 4.372 con resultado positivo (porcentaje de positividad 27,72%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS 2.0 en SE 01 asciende respecto a la semana previa (variación de + 0,017%).

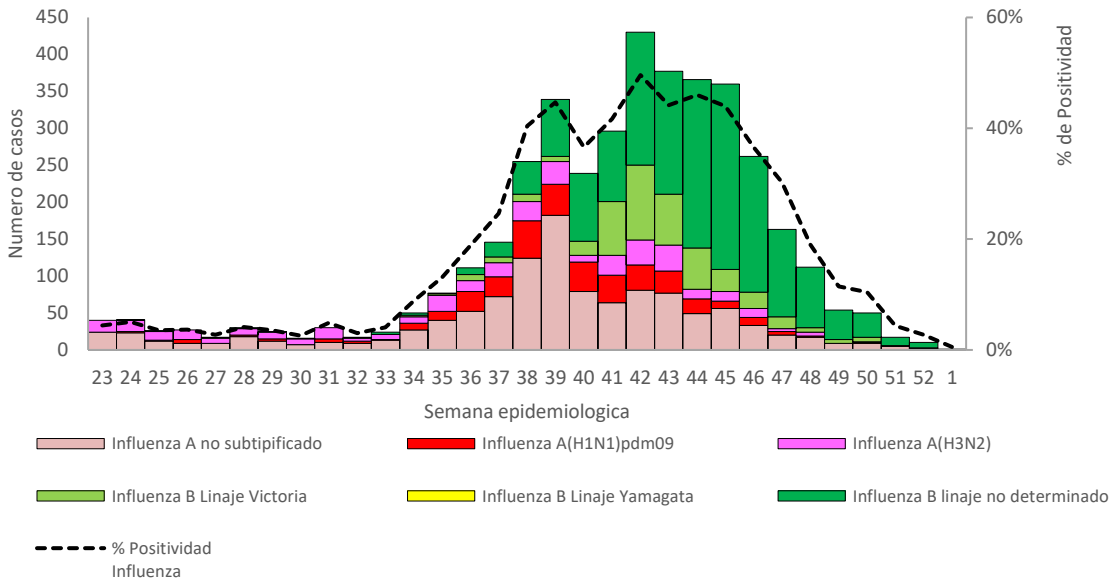
Gráfico 11. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23/2022 a 01/2023.



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

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, se identifican casos aislados de influenza B sin linaje hasta SE33, a partir de 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%, observándose un ascenso entre las SE 35-44 con valores que oscilan en un rango de 13,09% a 49,54%, con una disminución a partir de SE45, situándose en 2,76% en SE52. Para la primera semana del año 2023 la positividad para influenza en casos hospitalizados representa un 0,54%.

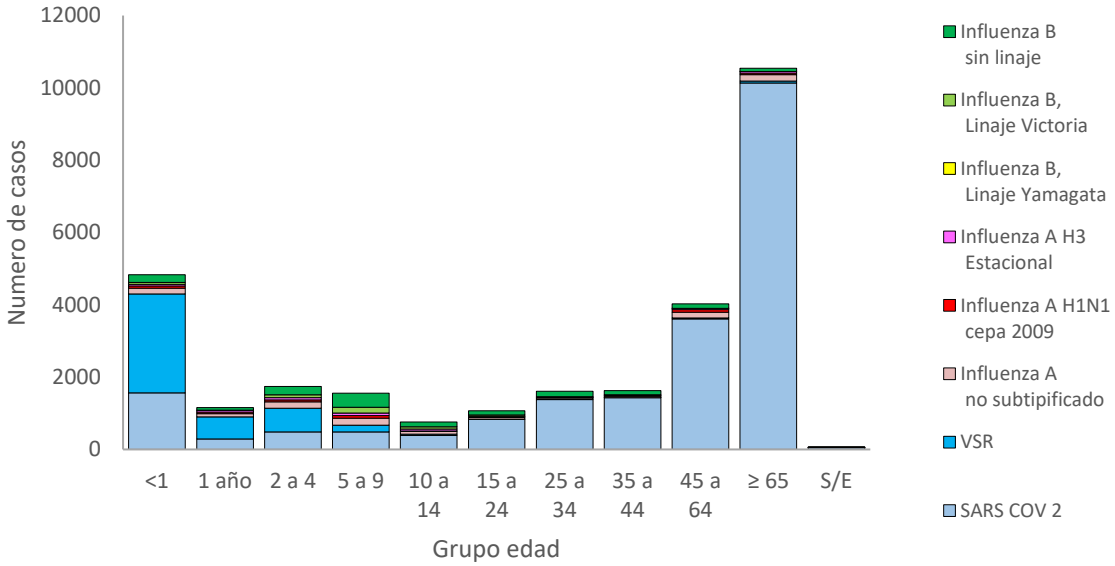
Gráfico 12. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE23/2022 a 01/2023. Argentina.



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

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 SE 01/2023. Argentina.



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

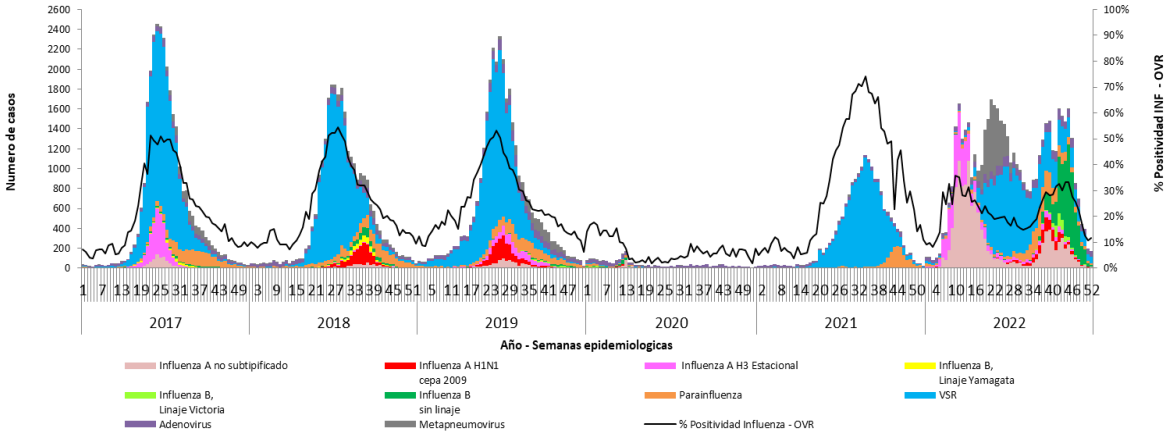
Hasta la SE 52 de 2022, se registraron 139 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.[12,13].

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.

Gráfico 14. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2021. SE01-SE52 2022



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

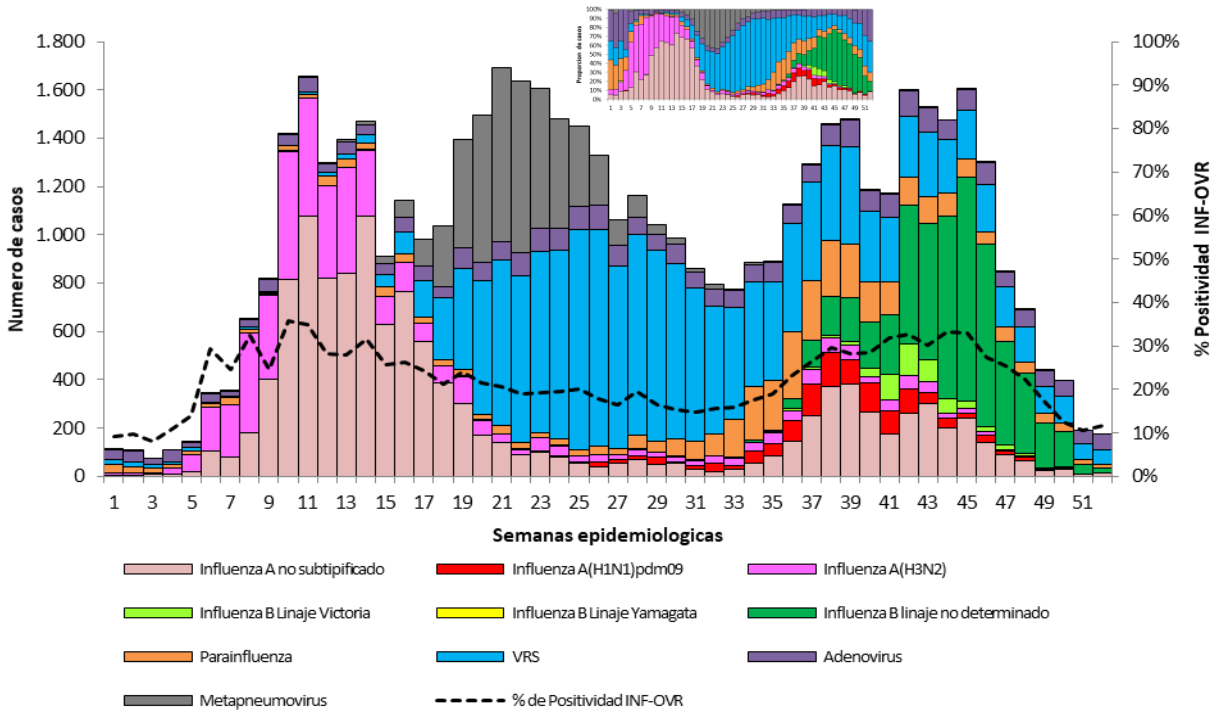
En la SE52 se detecta circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: adenovirus, VSR, influenza y parainfluenza[14]. Durante el año 2022, se destaca la circulación intensa de influenza durante el verano y el nuevo ascenso experimentado entre las SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A(H1N1) e Influenza B, así como la frecuencia absoluta y relativa de metapneumovirus entre las semanas 16 y hasta la 26.

[12] Se registra al SNVS la notificación retrospectiva de 8 casos fallecidos con diagnóstico de influenza con fecha de estudio en abril y mayo de 2022.

[13] 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.

[14] A la fecha no se registran casos de metapneumovirus en SE52

Gráfico 15. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01- SE52 de 2022. Argentina. (n=52.518)

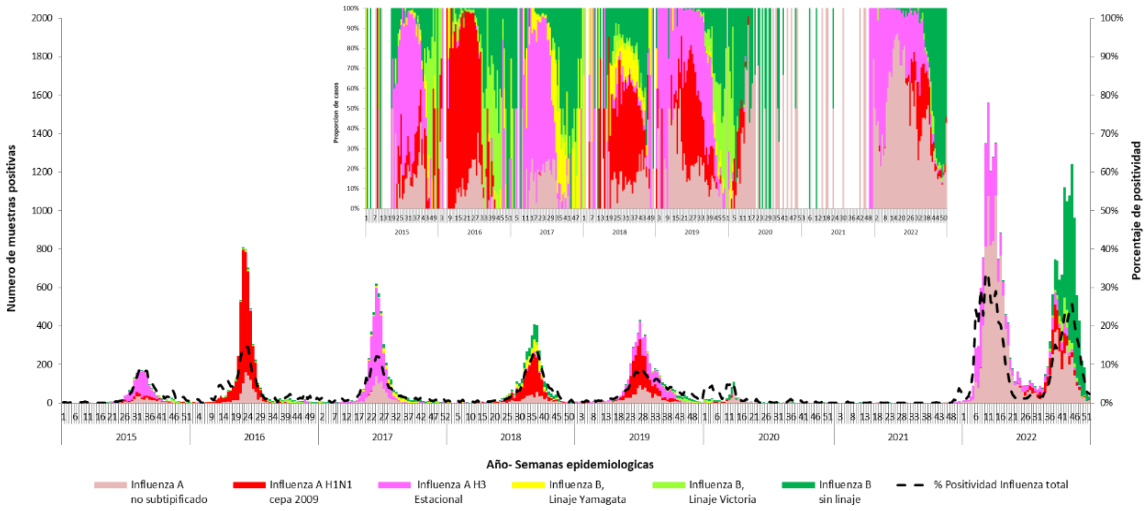


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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 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 2,35% durante la SE52.

Gráfico 16. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica, SE 01 de 2015 a SE52 de 2022. Argentina.



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

VIGILANCIA DE COVID-19

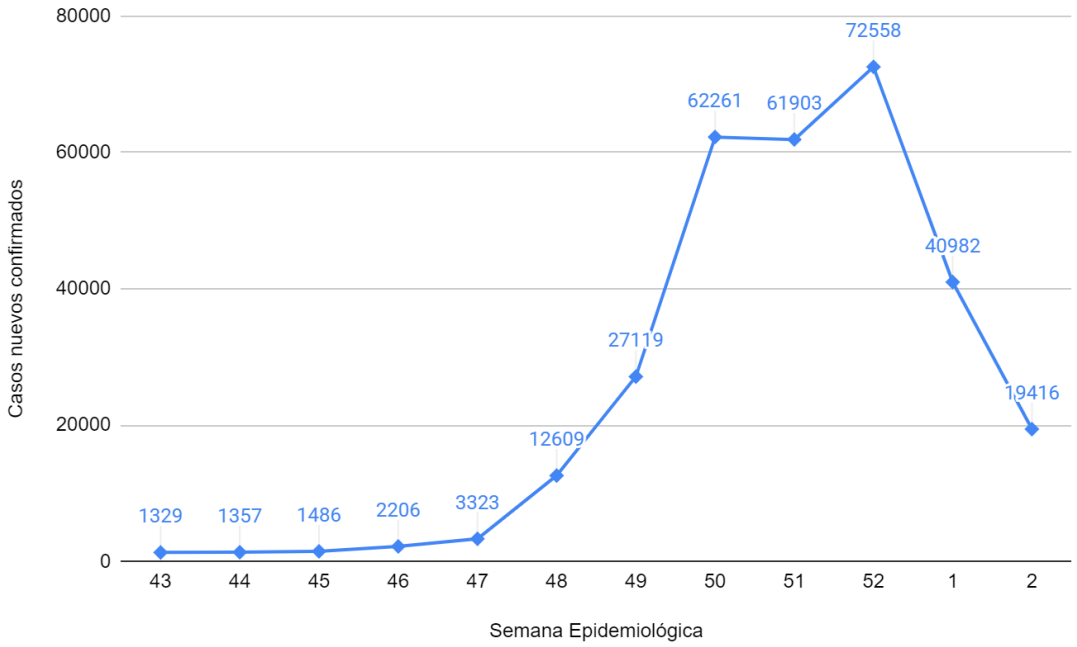
En Argentina, durante la SE 02 se confirmaron 19.416 casos de Covid-19 y 89 fallecimientos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Desde el inicio de la pandemia hasta el 14 de enero de 2023, se notificaron 10.024.095 casos confirmados de Covid-19 y 130.338 fallecimientos.

Los nuevos casos confirmados de COVID-19 se actualizan semanalmente en Monitor de datos disponible en la web del Ministerio de Salud de la Nación[15]. 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.

A continuación, se muestra la evolución de los casos nuevos según la actualización semanal del monitor público.

[15] https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion

Gráfico 17. Casos nuevos confirmados por semana epidemiológica según monitor público de datos. SE 43/2022 a SE 02/2023, Argentina.



Para más información, consultar en [Reportes Monitor Público]

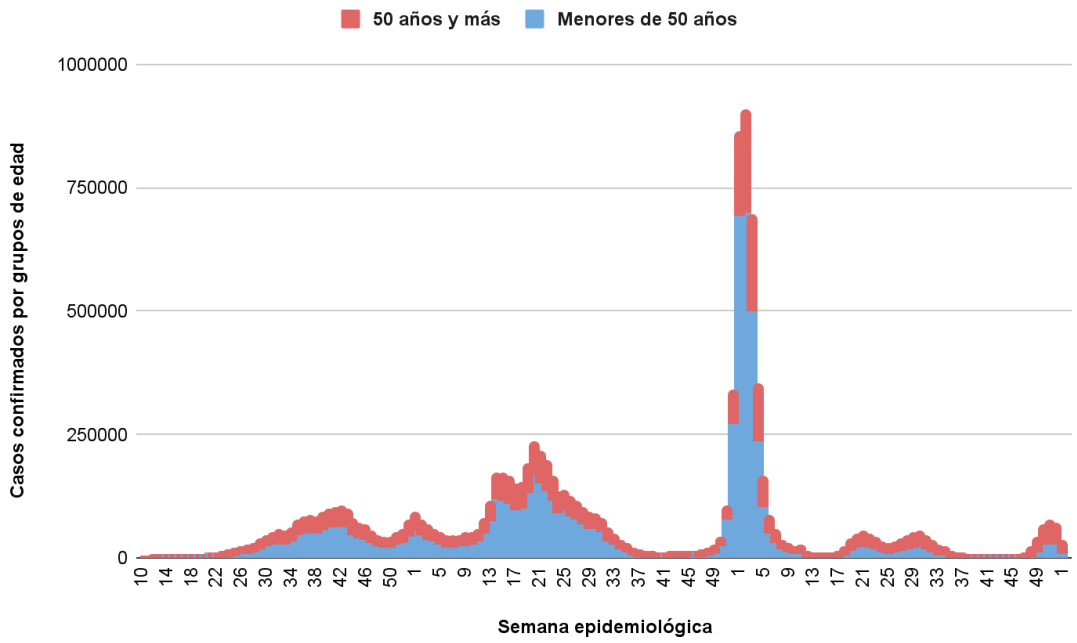
Para el análisis de la tendencia de los casos se utiliza como variable temporal la fecha de inicio del caso[16]. Considerando dicha fecha, en la SE 44/2022 se experimenta una interrupción del descenso sostenido del número de casos que llegó a menos de 1.000 casos registrados en las SE43 y SE44. Desde ese momento se verifica 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 330% (respecto de la SE 47) y la mayor cantidad de casos en la SE 51 (n=70.490), según datos de la SE 02. A partir de la SE 52 se observa una disminución en el número de casos (8,9% menos respecto a la SE 51, 50,9 % menos en la SE 01 respecto a la SE 52) y hasta el momento de la realización del presente informe, la disminución de los casos en la SE 02 respecto a la semana previa es de 64,9% (disminución de 20.463 casos) con un total de 11.045 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.

En el 18% de los casos confirmados en la SE 02 (n=(3.487) el diagnóstico fue realizado por autotest.

En la SE 02 en todas las regiones del país los casos disminuyeron respecto a la SE 01. La región que presentó más casos (n=4.067) fue la Región Centro (sin AMBA), en la que se registró una disminución de 69,6% en relación a la semana previa. A nivel provincial, disminuyeron los casos en todas las jurisdicciones.

[16] 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.

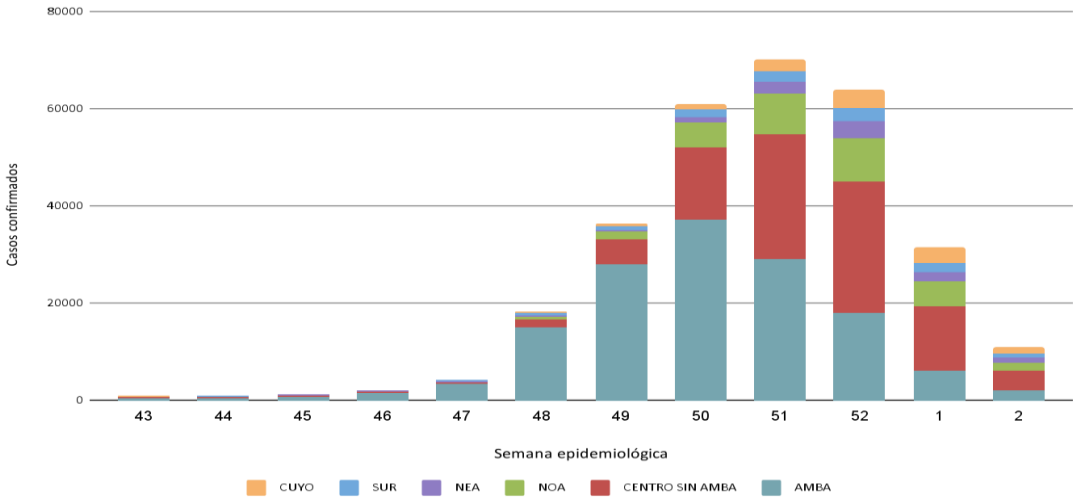
Gráfico 18. Casos confirmados por semana epidemiológica[17] según grupo de edad. SE 10/2020 - SE 02/2023, Argentina.



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

[17] 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 19. Casos confirmados en población general por semana epidemiológica según región del país. SE 43/2022 - SE 02/2023[18], Argentina.

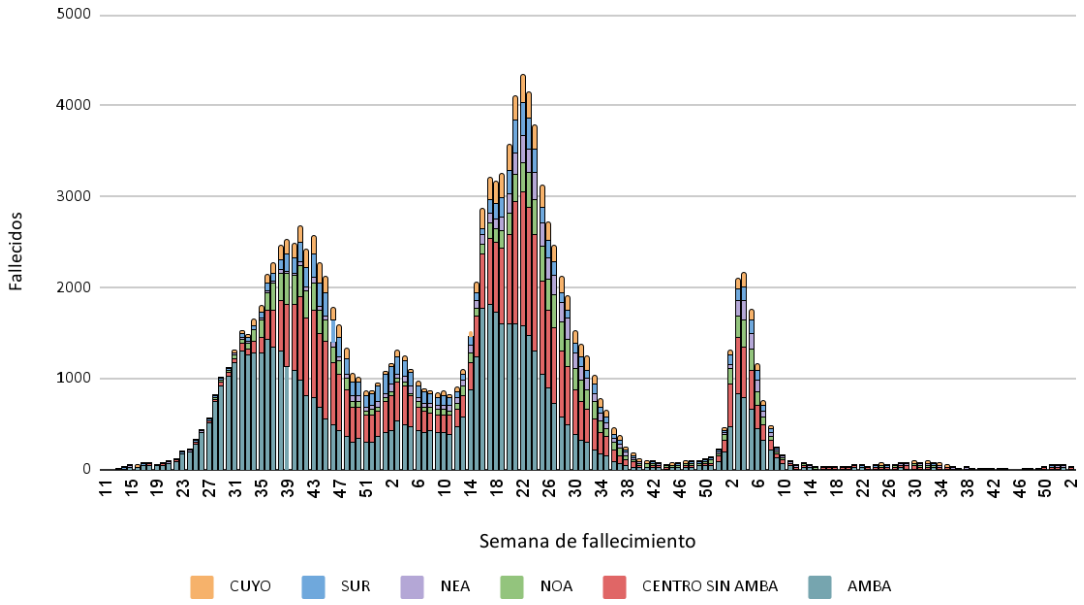


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS2.0.

En cuanto a casos fallecidos, en la SE 02 fueron informados 89 fallecimientos, de los cuales 39 ocurrieron en dicha semana y correspondieron a residentes de: Buenos Aires (12), CABA (4), Tucumán (4), Santa Fe (3), Salta (3), Entre Ríos (3), Córdoba (3), Mendoza (2), Santiago del Estero (1), San Luis (1), Neuquén (1), Chubut (1), Chaco (1). Según la fecha de fallecimiento, se observa una tendencia ascendente en las últimas semanas. En las semanas 52 y 01 se registraron 61 y 62 casos por semana respectivamente, según datos de la SE 02. La mediana en las últimas 12 semanas es de 13 casos fallecidos por semana, con un máximo de 62 en la SE 01 y un mínimo de 1 en la SE 46.

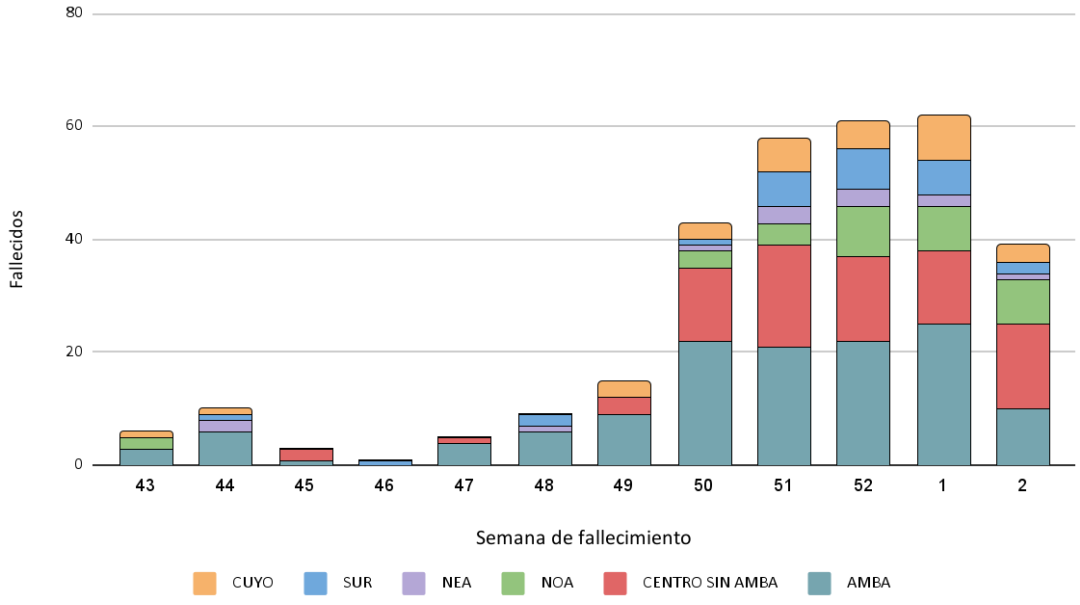
[18] Los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

Gráfico 20. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE11/2020 a SE 02/2023, Argentina.



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

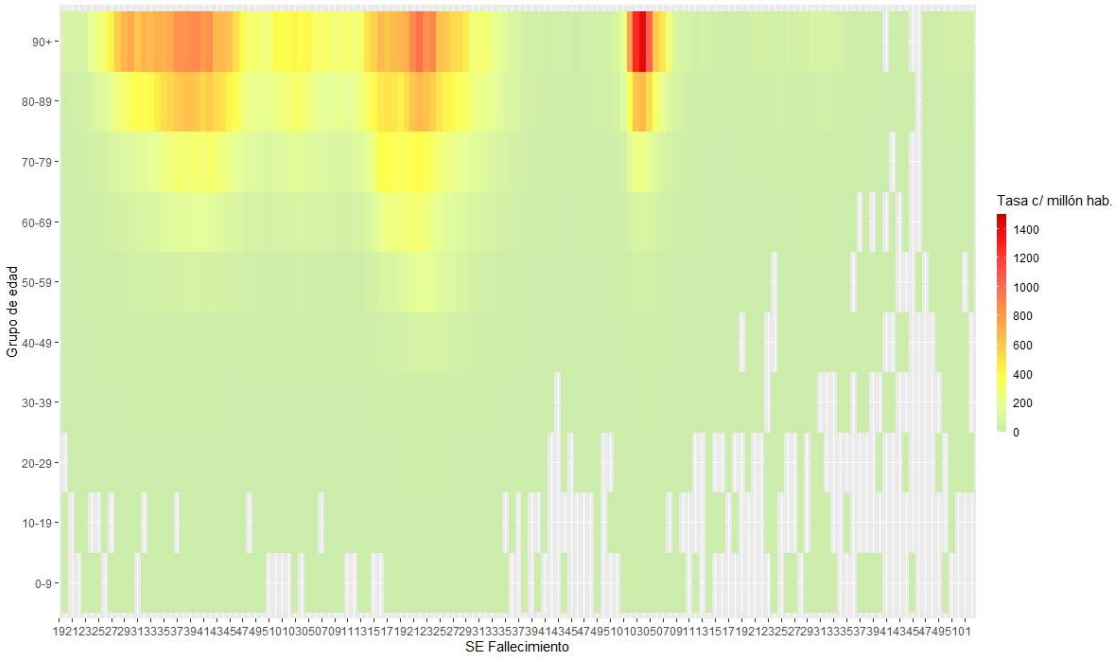
Gráfico 21. Casos fallecidos en población general por semana epidemiológica según región del país. SE 42/2022 - SE 02/2023*, Argentina



**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].

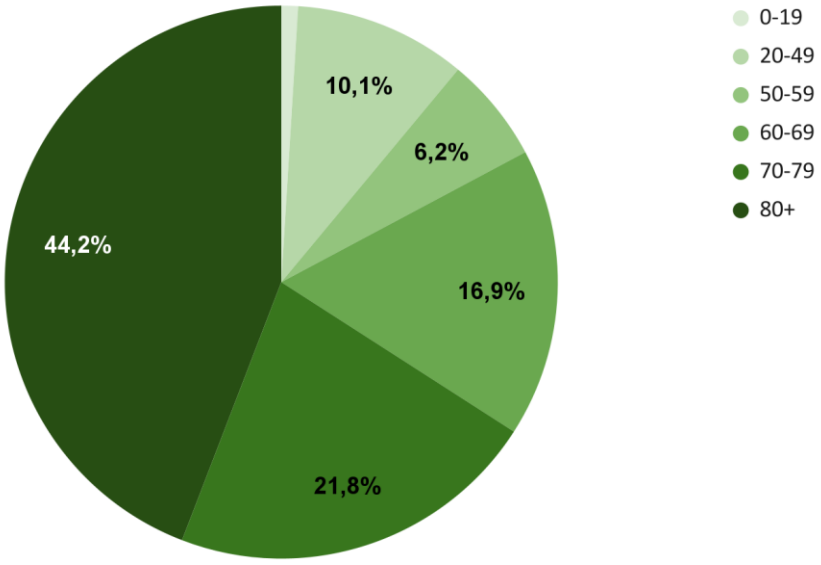
Gráfico 22. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/2020 a 02/2023.



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 89% tenían 50 años o más.

Gráfico 23. Fallecidos por grupo edad. Total País, SE 41/2022 a 02/2023. N=308*



**Se excluyen 4 fallecidos sin datos de edad*

Fuente: 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 - 17/01/23 SE 02.

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. La evolución de los linajes descendientes de Ómicron continúa evidenciando una diversificación genética y ha resultado en más de 540 linajes descendientes y más de 61 recombinantes. Sin embargo, solo algunas de estas variantes continúan aumentando en prevalencia, mientras que para otras se registran unas pocas detecciones.[19]

A nivel mundial, del 9 de diciembre de 2022 al 9 de enero de 2023, se reportaron a GISAID 97.693 secuencias de SARS-CoV-2. Entre las mismas, 97.603 (99,9%) secuencias notificadas corresponden a la VOC Omicron. BA.5 y sus linajes descendientes siguen siendo dominantes a nivel mundial y representan el 59,7 % de las secuencias enviadas a GISAID hacia la SE51. La prevalencia de BA.2 y sus linajes descendientes están aumentando basado en 2.201 (13,6%) muestras registradas en SE51. BA.4 y sus linajes descendientes están descendiendo con una prevalencia del 0,6% a partir de la semana 51. Las secuencias no asignadas (presumiblemente Omicron) representan el 21,1% de las secuencias enviadas a GISAID en la semana 51.

Globalmente, seis variantes actualmente en seguimiento representan el 76,2% de la prevalencia a la semana 51. Estas seis variantes bajo seguimiento (y la respectiva prevalencia) son BQ.1* (53,4 %), BA.5 con una o varias de cinco mutaciones (S:R346X, S:K444X, S:V445X, S:N450D, S:N460X) (9,7 %), BA.2.75* (8,1 %), XBB* (4,6%); BA.4.6* (0,4%); y BA.2.3.20* (<0,1%).

XBB.1.5 es un sublinaje de XBB, que es un recombinante de dos sublinajes BA.2. A nivel mundial, se han informado 5.288 secuencias de XBB.1.5 de 38 países. Si bien los datos sobre XBB.1.5 son limitados; según la información actualmente disponible de un país, XBB.1.5 tiene una ventaja de crecimiento en comparación con otros sublinajes Ómicron circulantes. En la actualidad, no hay información disponible sobre la gravedad clínica para XBB.1.5[20].

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En cuanto a los linajes, entre SE45-48 comienza a detectarse un mayor número de muestras positivas para Ómicron BQ.1*, con algunos casos identificados de Ómicron XBB*, BA.2, BA.4 y BA.5.

En la SE50 se observa que Omicron.BQ.1* se detecta en 48/68 muestras analizadas, Ómicron XBB* en 4/68, BA.4 en 1/68 y Ómicron compatible con BA.4/BA.5 en 4/68, mientras que para BA.2 se

[19] Tomado de : https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---14-december-2022

[20] Tomado de: https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---11-january-2023

registran 6 casos en la misma semana, 3 de los cuales corresponde a Ómicron BA.2.75*. (*Indica la inclusión de linajes descendientes).[21]

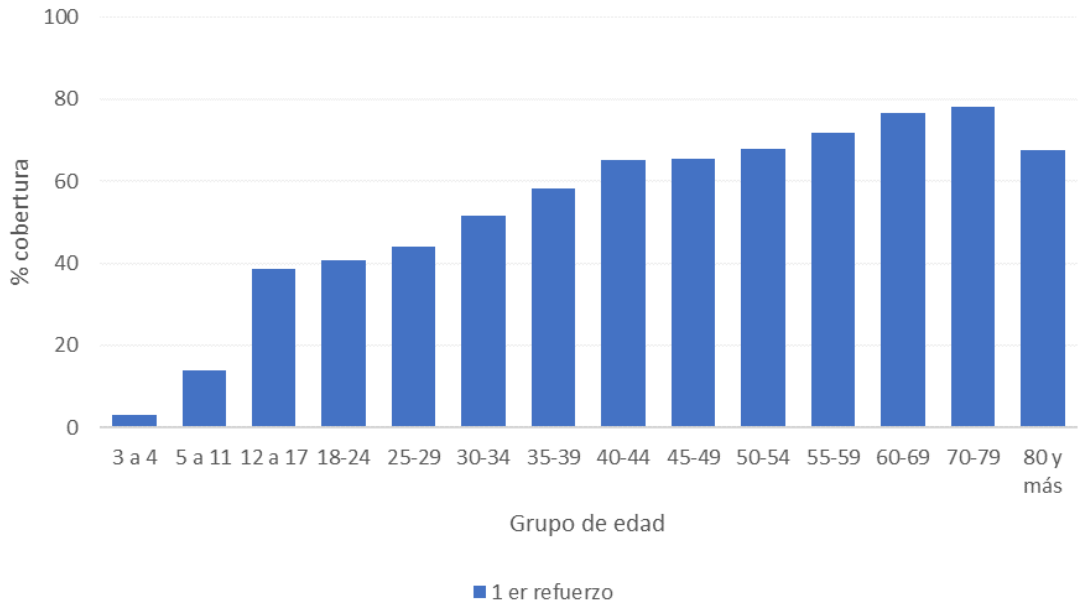
Se destaca que los casos de Ómicron compatible con BA.4/BA.5 detectados por técnica molecular pudieran corresponder a BQ.1* u otros linajes descendientes de BA.4 o BA.5.

Para más información, consultar el Informe de Vigilancia Genómica SE 35.

INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas para el primer refuerzo, el 48,2% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 60,2% 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 73,3%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años la cobertura alcanzó el 38,6%, en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 14,1% y en el grupo de 3 a 4 años (incorporado en la SE 31 de 2022) la cobertura es del 3,1%.

Gráfico 24. Coberturas de 1er refuerzo por grupo de edad. SE 2

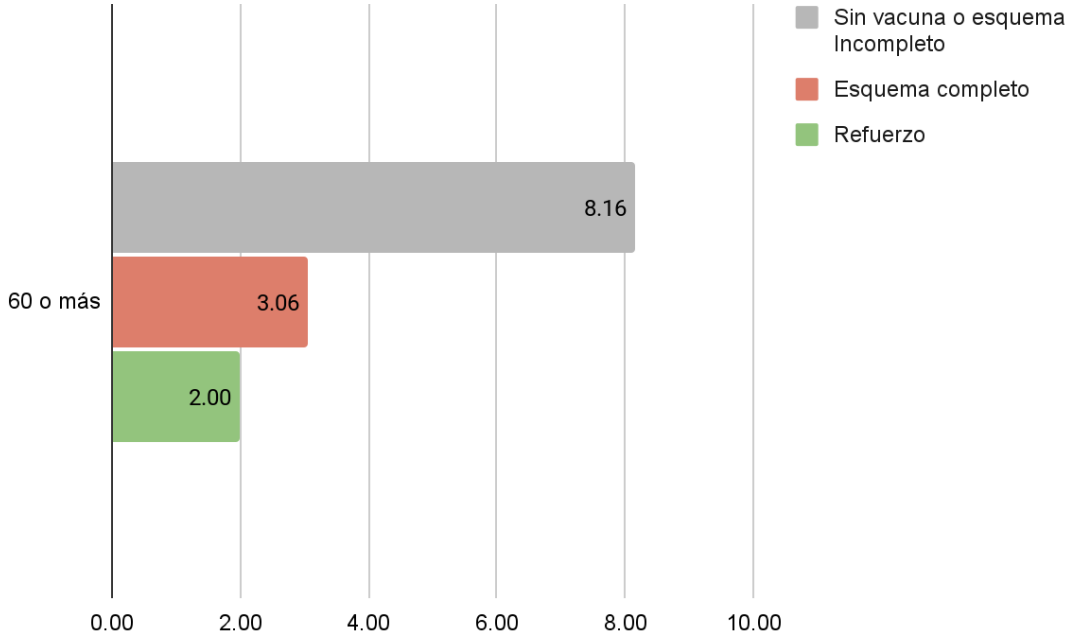


Fuente: Informe de avance vacunación contra Covid-19. DICEI. Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NoMiVac).

En cuanto a los casos fallecidos según condición de vacunación, entre las SE51/2022-SE2/2023 se registraron 8,16 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o con esquema incompleto. Se produjeron 3,06 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 2 muertes cada 100.000 habitantes.

[21] Se debe considerar que no pueden analizarse proporciones en las últimas semanas del año debido al escaso número de muestras secuenciadas.

Gráfico 18. Tasas de mortalidad c/100.000 en población de 60 años y más según estado de vacunación. SE 51/2022 - SE 2/2023, 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 mínima del caso).*

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: 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[22]

América del Norte: en la subregión la actividad de influenza fue moderada, aunque con tendencia a disminuir, con predominio de influenza A(H3N2) y circulación concurrente de A(H1N1)pdm09 y B/Victoria. La actividad de SARS-CoV-2 ha aumentado, mientras que la actividad del VRS continuó disminuyendo. En Canadá, la actividad de la influenza ha disminuido; la mayoría de los indicadores de la vigilancia estuvieron dentro de los niveles esperados. En México, la actividad de la influenza

[22]Tomado de: Reporte de Influenza SE 52 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS, disponible en https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza

continuó por encima de los niveles esperados, con el número de casos de IRAG en niveles de baja intensidad. En los Estados Unidos la actividad de la influenza disminuyó a niveles de baja intensidad, con un porcentaje de muertes por neumonía, influenza y COVID-19 por encima del promedio de temporadas anteriores. La actividad del VRS estuvo alta, pero tendencia a disminuir.

Caribe: la actividad de la influenza estuvo moderada en la subregión con predominio del virus A(H3N2) y circulación concurrente de A(H1N1)pdm09. La República Dominicana notificó un aumento de la actividad por influenza con circulación de influenza A(H3N2). La actividad del SARS-CoV-2 se mantuvo baja en general; sin embargo, Haití y Dominica han mostrado una mayor actividad de la COVID-19, mientras que Jamaica registró una mayor actividad de VRS.

América Central: la actividad de la influenza estuvo en niveles moderados, con predominio de influenza A(H3N2) y la circulación concurrente de influenza B/Vitoria (muestras con linaje determinado). Se reportó un aumento de la actividad de influenza en Honduras, con circulación de influenza B (linaje indeterminado). El porcentaje de positividad del SARS-CoV-2 disminuyó en la subregión en general, con un aumento del porcentaje de positividad en Costa Rica, mientras que en Guatemala, la actividad del VRS estuvo elevada.

Países Andinos: la actividad de la influenza estuvo baja, pero con tendencia al aumento, con predominio de influenza A(H3N2) y circulación concurrente de influenza A(H1N1)pdm09 y B/Victoria. Bolivia y Ecuador reportaron un aumento de la actividad de la influenza en niveles de intensidad extraordinaria y moderada, con un aumento de la actividad de la IRAG en niveles de baja intensidad en ambos países. Además, el porcentaje de positividad del SARS-CoV-2 continuó elevado en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, pero con una tendencia a la baja. En la subregión, la actividad del VRS estuvo baja en general.

Brasil y Cono Sur: la actividad de la influenza disminuyó a niveles bajos, con predominio de influenza A(H3N2) y circulación concurrente de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B/Victoria. Argentina notificó una disminución de la actividad de la influenza con circulación de influenza B (linaje indeterminado). En Chile predominó influenza A(H3N2), mostrando una tendencia decreciente. En Paraguay, la actividad de la influenza estuvo baja, con circulación de A(H3N2). La actividad del SARS-CoV-2 estuvo elevada en toda la subregión pero con una tendencia a la baja. Continuó la notificación de aumento de la actividad del VRS en Brasil y Chile.

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19[23]

659.466.141

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS hasta el 8 de enero de 2023.

6.688.140

Personas fallecidas en el mundo.

2.898.151

Casos nuevos reportados en la última semana.

11.134

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

9%⬇

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

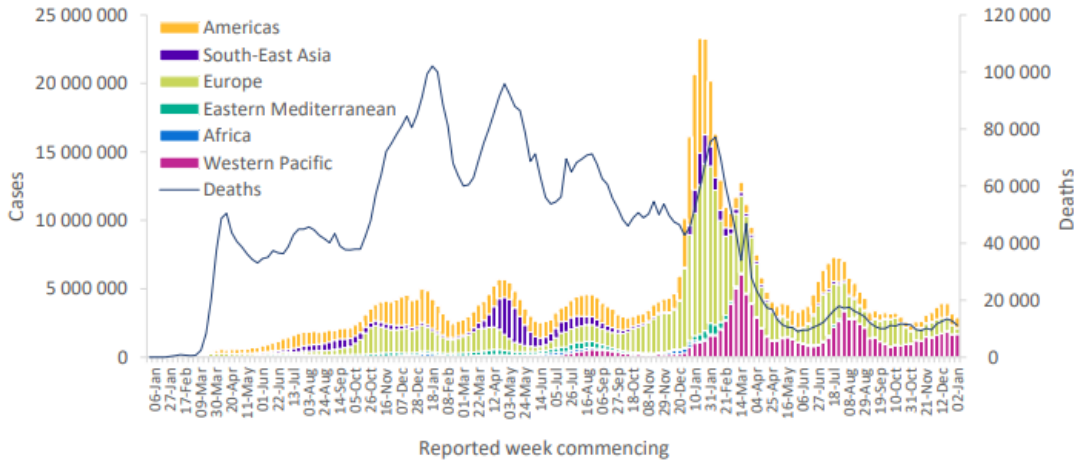
12%⬇

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 el 99,9% de las secuencias reportadas entre el 9 de diciembre de 2022 y 9 de enero de 2023 eran la variante Ómicron.
- ✓ Según las secuencias enviadas a GISAID en la semana 51, Ómicron BA.5 y sus linajes descendientes siguen siendo dominantes en todo el mundo y representaron el 59,7% de las secuencias enviadas. La prevalencia de BA.2 y sus linajes descendientes está aumentando (representaron el 13,6% de las secuencias) mientras que BA.4 y sus linajes descendientes está disminuyendo (prevalencia de 0,6%). Las secuencias no asignadas (presumiblemente Ómicron) representaron el 21,1%.
- ✓ En la semana 51 seis variantes actualmente en seguimiento representaron el 76,2% de la prevalencia. Estas seis variantes bajo seguimiento (y la respectiva prevalencia) son BQ.1 (53,4%), BA.5 con una o varias de cinco mutaciones (S:R346X, S:K444X, S:V445X, S:N450D, S:N460X) (9,7%), BA.2.75 (8,1%), XBB (4,6%), BA.4.6 (0,4%) y BA.2.30.2 (menor a 0,1%).

[23] 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 24. 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 15 de enero 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.

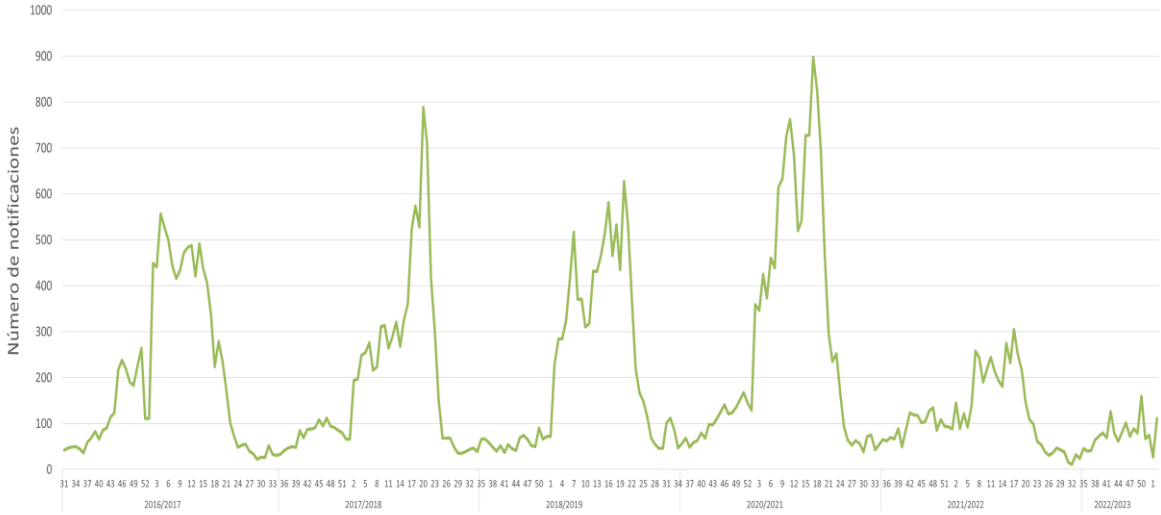
Se insta a los equipos de salud, en la actual situación epidemiológica atravesada por la pandemia por SARS-CoV2, a fortalecer la sospecha clínica de dengue y otros arbovirus, a tener en cuenta el algoritmo de diagnóstico y definición de caso sospechoso.

INFORMACIÓN NACIONAL DE DENGUE TEMPORADA 2022-2023

El período de análisis de esta edición corresponde a la SE 02/2023 de la temporada 2022-2023. Desde el inicio de la temporada, en agosto de 2022 no se registraron casos confirmados sin antecedente de viaje al exterior hasta el mes de diciembre, donde se notificaron dos casos en CABA y un caso en Córdoba, sin nuevos casos en dichas localidades desde entonces. Un segundo caso confirmado en Córdoba fue derivado al Laboratorio Nacional de Referencia, arrojando pruebas de laboratorio discordantes, por lo que se encuentra en estudio. En el resto del país, no hay registro de casos confirmados autóctonos.

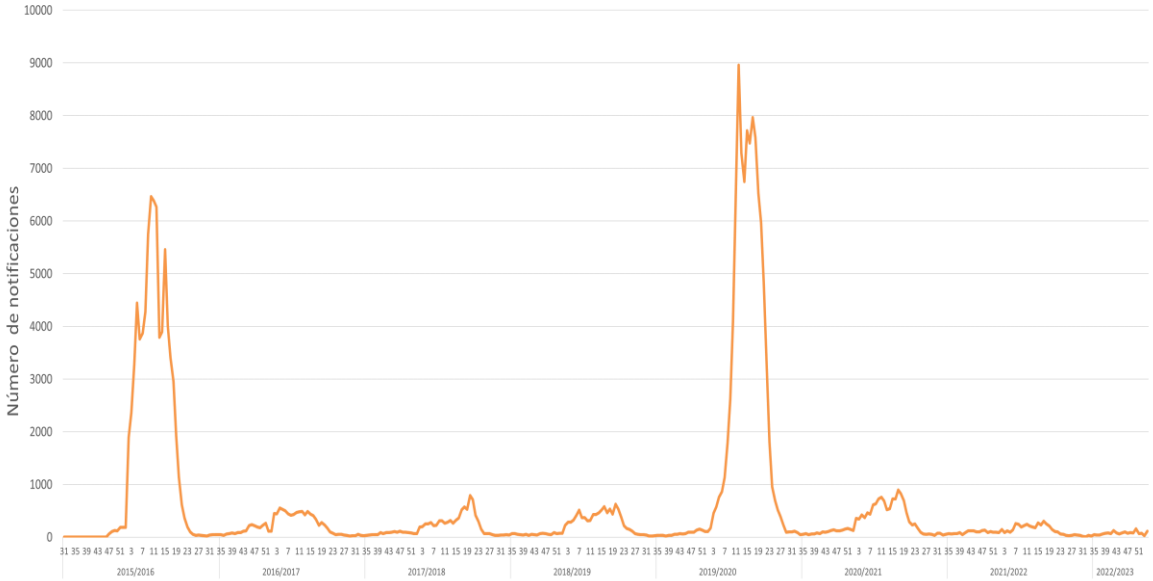
Durante los primeros meses de la temporada se registra una baja en la cantidad de casos sospechosos a nivel país, con un aumento aparente hacia la SE 38 (Gráficos 1 y 2) y un descenso en las últimas semanas. Para las SE 52/2022 a 02/2023, se registró un promedio semanal de 71 notificaciones. Esto representa un 66% del promedio registrado para las mismas semanas la temporada anterior (2021-2022) y un 26% del promedio registrado en la temporada de 2020-2021.

Gráfico 1. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para temporadas no epidémicas (2016-2017 a SE 02/2023). 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 2. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para todas las temporadas (2015-2016 a SE 02/2023). 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).

Para la primera mitad de la temporada no se registran casos confirmados de dengue. A principios de diciembre se notificaron dos casos confirmados en CABA (SE 48 y 49) y dos casos en Córdoba (SE 49 y 50), uno de los cuales se encuentra en estudio actualmente, dado que ha arrojado resultados discordantes en las pruebas de laboratorio. Los primeros dos pacientes son parientes residentes en CABA. Ambos estuvieron en la misma ciudad y en localidades de la provincia de Buenos Aires durante el período de adquisición de la infección, donde no se registran más febriles en la zona. Los otros dos casos corresponden a dos pacientes residentes en Córdoba Capital, sin vínculo epidemiológico entre ellos. Todos los casos están siendo estudiados por laboratorio en el Laboratorio Nacional de

Referencia de arbovirus “Dr. Julio I. Maiztegui” (INEVH-ANLIS), donde se registraron pruebas negativas para uno de ellos (correspondiente a Córdoba), por lo que el caso continúa en estudio. Ninguno registra antecedente de viaje a otras localidades. Se han realizado las acciones de control correspondientes y la búsqueda de febriles, sin más casos en la zona.

En el resto del país no hay registro de casos confirmados sin antecedente de viaje, por lo que no hay evidencia de circulación viral. Sin embargo, en la última semana epidemiológica se ha registrado un caso confirmado con antecedente de viaje a México, residente en CABA. Además, entre la SE 31 y 48, se han notificado 9 casos confirmados con antecedente de viaje a otros países en CABA (un caso con antecedente de viaje a Puerto Rico y dos a México), Buenos Aires (un caso sin serotipo con antecedente de viaje a Paraguay), Córdoba (2 confirmados DEN-2 con antecedente de viaje a Colombia y a Perú), Corrientes (1 confirmado DEN-1 con antecedente de viaje a Paraguay y Colombia), Mendoza (un caso DEN-2 y un DEN-3 con antecedente de viaje a Cuba y México respectivamente) y San Juan (un caso sin serotipo con antecedente de viaje a Brasil) (Tabla 1).

En cuanto a casos probables, se han registrado 12 casos (2 de ellos con antecedente de viaje al exterior) y 3 casos de probables flavivirus; uno de ellos con antecedente de viaje, y un caso autóctono de Encefalitis de San Luis.

Tabla 1. Casos notificados según clasificación y antecedente de viaje. SE 31/2022 a 02/2023.

Provincia	Sin Antecedente de viaje		Con AV a otras provincias		Con AV a otros países		Total notificados
	C	P	C	P	C	P	
Buenos Aires	0	6	0	0	1	1	133
CABA	0	0	2	0	3	0	144
Córdoba	2	0	0	0	2	0	91
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	53
Santa Fe	0	0	0	0	0	1	174
Centro	**2**	**6**	**2**	**0**	**6**	**2**	**595**
Mendoza	0	0	0	0	2	0	4
San Juan	0	0	0	0	1	0	2
San Luis	0	0	0	0	0	0	4
Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**	**10**
Chaco	0	1	0	0	0	0	61
Corrientes	0	0	0	0	1	0	24
Formosa	0	1	0	0	0	0	13
Misiones	0	0	0	0	0	0	129
NEA	**0**	**2**	**0**	**0**	**1**	**0**	**227**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	8
Jujuy	0	1	0	0	0	0	98
La Rioja	0	0	0	0	0	0	1
Salta	0	1	0	0	0	0	321
Sgo. del Estero	0	0	0	0	0	0	5
Tucumán	0	0	0	0	0	0	58
NOA	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**491**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	2
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	1
Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**3**
Total PAIS	**2**	**10**	**2**	**0**	**10**	**2**	**1.326**

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).

**AV=Antecedente de Viaje.*

Del total de casos notificados con sospecha de dengue, el 27% corresponden a casos sospechosos no conclusivos, el 66% han sido descartados, un 5% permanecen en estudio y el restante 2% corresponden a casos confirmados y probables. Las notificaciones se registraron principalmente en la región Centro, seguida por la región NOA.

INFORMACIÓN REGIONAL DEL DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE 02/2023

Dengue, Zika y Chikungunya en países de la región

Desde la SE31/2022 a la SE 02/2023, se registraron en Argentina, Bolivia, Brasil, Paraguay y Perú, los serotipos DEN-1 y DEN-2. Además, se registró también circulación de los serotipos DEN-3 y DEN-4 en Brasil (Tabla 2).

Las tasas de incidencia más alta las muestran Brasil y Perú, con 218,38 y 1.104,47 casos totales por cada 100 mil habitantes. En cuanto a casos fatales, Brasil, Perú y Bolivia registraron muertes durante el 2022.

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, actualizado a SE 01/2023.

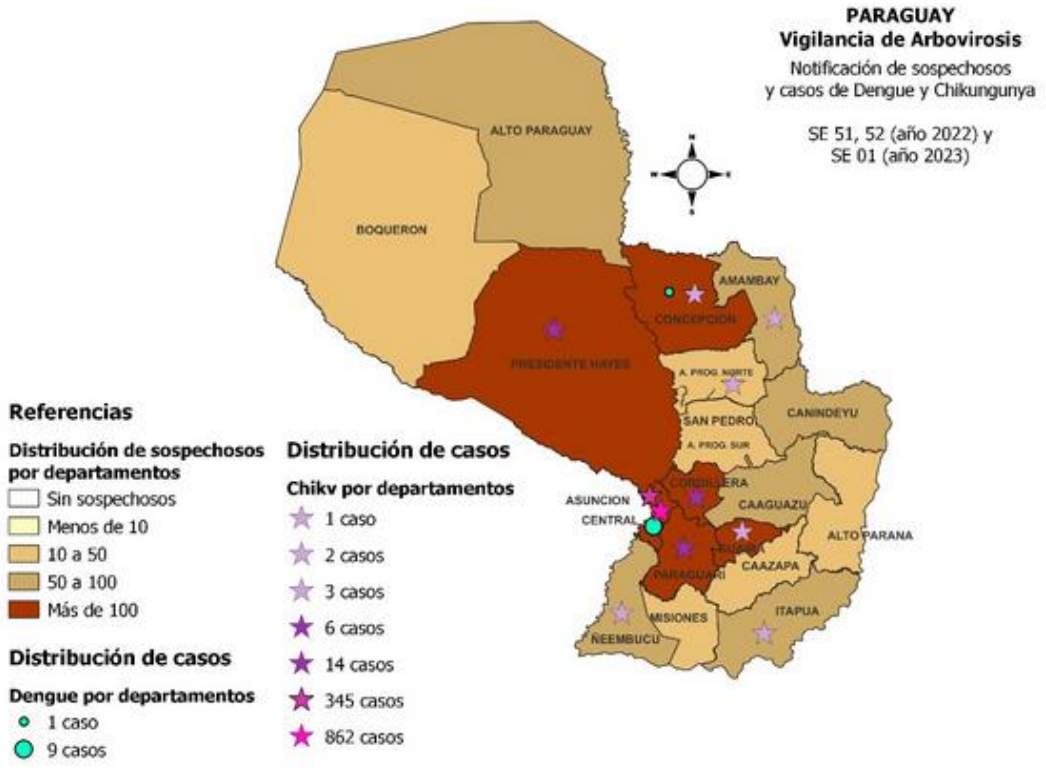
País	Última actualización	Serotipos circulantes	Total casos	Tasa de incidencia	Confirmados laboratorio	Muertes	Letalidad
Brasil	SE 50/2022	DEN 1, 2, 3 y 4	2.363.490	1.104,47	1.141.264	929	0,04
Bolivia	SE 52/2022	DEN 1 y 2	14.660	123,89	3.793	9	0,07
Paraguay	SE 52/2022	DEN 1 y 2	7.428	99,72	362	0	0,00
Perú	SE 52/2022		71.352	218,38	53.736	84	0,12
Argentina	SE 02/2023	DEN 1 y 2	750	1,76	750	0	0,00

**Se excluye de la tabla al país limítrofe Chile, donde no hay registro del vector Ae. aegypti.*

Fuente: Dirección de Epidemiología 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$^{2.0}$).

En cuanto a Fiebre Chikungunya, Paraguay registra durante las últimas semanas un número de casos superior a años anteriores de casos, y que supera la cantidad de casos de dengue en el país, encontrándose en alerta epidemiológica. Durante las últimas 3 semanas, se notificaron 9 casos confirmados y probables de dengue y 1.303 casos de chikungunya (la mayor parte identificados en los departamentos Central y Asunción). Actualmente, el virus se encuentra en expansión a lo largo del territorio del país, afectando a la mayor parte de los departamentos (Figura 2). En Brasil, Perú y Bolivia también registran casos confirmados (Tabla 2), mostrando Brasil, la incidencia más alta de la región. En cuanto Enfermedad por virus de Zika, únicamente Brasil y Bolivia registran casos confirmados, con una mayor incidencia en Brasil, donde también se registraron casos fatales (Tabla 3).

Figura 2. Distribución de casos sospechosos de arbovirosis y casos confirmados de dengue y Chikungunya por departamento. SE 51/2022 a 01/2023. Paraguay



Fuente: Resumen de la Situación Epidemiológica semanal, actualizado al 30/12/2022. 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 01/2022 a 01/2023.

	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus de Zika		
País	**Última actualización**	**Confirmados laboratorio**	**Muertes**	**Última actualización**	**Confirmados laboratorio**	**Muertes**
Brasil	SE 52/2022	124.803	75	SE 50/2022	2.656	4
Bolivia	SE 50/2022	13	0	SE 52/2022	4	0
Paraguay	SE 52/2022	1460	0	SE 48/2022	0	0
Argentina	SE 52/2022	0	0	SE 51/2022	0	0
Perú	SE 01/2023	595	0	SE 01/2023	9	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$^{2.0}$).

CONCLUSIONES

Al día de la fecha, no se registra circulación viral en ninguna localidad del país. Durante la segunda mitad de 2022 no se notificaron casos autóctonos de dengue hasta el mes de diciembre, donde se confirmaron cuatro casos (uno de ellos aún en estudio) sin más casos vinculados. Sin embargo, estos casos alertan sobre la presencia del virus en el país en un contexto favorecedor para la propagación del virus, dado que nos encontramos en temporada de temperaturas altas y de mayor movilidad de personas dentro y fuera del país.

Ante el reporte de aumento de casos de fiebre chikungunya en Paraguay y el comienzo de la temporada estival de mayor riesgo para la transmisión de arbovirosis en Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación emitió una Alerta Epidemiológica instando a los equipos de salud a intensificar la vigilancia epidemiológica de dengue, chikungunya y otras arbovirosis, optimizar el diagnóstico diferencial de patologías asociadas al Síndrome Febril Agudo Inespecífico, verificar la preparación de los servicios de salud para la atención adecuada de los casos, las acciones de control ante todo caso sospechoso y difundir las medidas de prevención y control en la población.

Alerta Epidemiológica: Aumento de casos de chikungunya en Paraguay y comienzo de la temporada de mayor riesgo para la transmisión de arbovirosis en Argentina

Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna

---

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).

ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

A partir del BEN 627, se agregó esta sección de Alertas Epidemiológicas Internacionales recibidas 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 11 y el 17 de enero del 2023.

BROTES DE INFLUENZA AVIAR EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Actualización 11 de enero 2023

Hasta la semana epidemiológica 1 de 2023, las autoridades de agricultura de Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, los Estados Unidos de América, Honduras, México, Panamá, Perú y República Bolivariana de Venezuela han detectado brotes por virus IAAP A(H5N1) en aves domésticas, de granjas avícolas y/o silvestres. La detección de brotes de IAAP en ocho países de América Latina y el Caribe es una situación nunca registrada. Hasta la fecha, se han registrado dos infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5) la primera en los Estados Unidos de América en la cual se identificó el subtipo A(H5N1) y fue notificada el 29 de abril de 2022 y la segunda en Ecuador, la cual fue notificada el 9 de enero de 2023.

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud Animal (OMSA), la temporada epidémica de la Influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) continúa con brotes en aves de corral y brotes notificados en aves silvestres, principalmente en las Regiones de Europa y América. En el periodo epidémico actual, el subtipo A(H5N1) es el predominante y por primera vez se ha registrado una persistencia inusual del virus en aves silvestres durante los meses de verano. De acuerdo con el patrón estacional de la IAAP se espera que el número de brotes aumente en los próximos meses y la OMSA recomienda que los países mantengan y refuercen sus sistemas de vigilancia, las medidas de bioseguridad en granjas, y continúen con la notificación oportuna de brotes de influenza aviar tanto en aves de corral como en especies no avícolas (aves domésticas y/o silvestres). La calidad de la vigilancia es clave para la detección temprana y la respuesta oportuna ante amenazas potenciales para la salud animal con impacto en la salud pública humana. Siempre que los virus de la influenza aviar circulan entre las aves de corral, existe el riesgo de aparición esporádica de casos humanos debido a la exposición a aves de corral infectadas o ambientes contaminados. Desde 2003 hasta el 11 de noviembre de 2022, se notificaron un total de 868 casos humanos de infección por influenza A(H5N1) y 457 muertes en todo el mundo en 21 países.

Fuente: *https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-brotes-influenza-aviar-implicaciones-para-salud-publica-0*

POLIOVIRUS CIRCULANTE DERIVADO DE LA VACUNA TIPO 2 – SUDÁN

12 de enero 2023

El 18 de diciembre de 2022, el Punto Focal Nacional del RSI para Sudán notificó a la OMS sobre la detección de poliovirus circulante derivado de la vacuna tipo 2 (cVDPV2) en un varón de 48 meses con parálisis fláccida aguda (PAF), del oeste de Darfur, Sudán. El caso tuvo inicio de parálisis el 31 de octubre del 2022. Se recogieron dos muestras de heces los días 10 y 12 de noviembre de 2022 y se confirmó que eran cVDPV2 el 16 de diciembre. Los resultados de la secuenciación mostraron que del material aislado ha sufrido cambios en 38 nucleótidos. El virus aislado está más estrechamente relacionado con la cepa que circuló en el estado de Borno, Nigeria, en 2021. El caso actual es una nueva importación y no está relacionado con la cepa cVDPV2 que provocó un brote en Sudán en 2020.

En 2020, el brote de cVDPV2 afectó a 15 de los 18 estados de Sudán. El brote fue causado por un cVDPV2 importado de Chad, que provocó parálisis en 58 niños. El final del brote se declaró en agosto de 2022, después de que se llevara a cabo la Evaluación de Respuesta al Brote (OBRA) del 2 de julio al 1 de agosto de 2022.

Según las estimaciones de OMS-UNICEF de 2021 de la cobertura nacional de inmunización contra la poliomielitis en Sudán, la cobertura de la tercera dosis de la vacuna oral contra el poliovirus (OPV3) y la primera dosis de la vacuna inactivada contra el poliovirus (IPV 1) fue del 85 % y el 94 %, respectivamente.

Fuente: *https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON362*

ENFERMEDAD DEL ÉBOLA CAUSADA POR EL ÉBOLAVIRUS DE SUDÁN – UGANDA – FINAL DEL BROTE

14 de enero del 2023.

El 11 de enero de 2023, el Ministerio de Salud de Uganda declaró el final del brote de la enfermedad del Ébola causado por el ébolavirus de Sudán (SUDV) que afectó a nueve de los 146 distritos: Bunyangabu, Jinja, Kagadi, Kampala, Kassanda, Kyegegwa, Masaka, Mubende y Wakiso. Esta declaración sigue un período de 42 días después de que el último caso confirmado dio negativo el 29 de noviembre de 2022 y fue dado de alta el 30 de noviembre, y la última muerte confirmada recibió un entierro seguro el 29 de noviembre de 2022.

Uganda declaró el brote de la enfermedad del Ébola causado por el ébolavirus de Sudán el 20 de septiembre de 2022, después de que el Instituto de Investigación de Virus de Uganda confirmara un caso en el Hospital Regional de Referencia de Mubende en el distrito de Mubende. En total se reportaron 164 casos (142 confirmados, 22 probables) con 77 defunciones (55 entre casos confirmados y 22 entre casos probables) y 87 pacientes recuperados.

La mayor proporción de casos se presentó en el sexo masculino (59%), mientras que el grupo de edad más afectado estuvo representado por el de 20 a 29 años (31%), seguido del de 30 a 39 años (30%). Una cuarta parte de los casos se informaron entre niños menores de 10 años. En general, se

produjeron 19 casos confirmados con siete muertes entre trabajadores de la salud. Mubende fue el epicentro del brote, con el 45 % de los casos confirmados (64 confirmados y 19 probables), seguida de Kassanda con el 35 % de los casos confirmados (49 confirmados y 2 probables) y Kampala con el 13 % de los casos confirmados (17 confirmados y 2 probables).

Del 20 de septiembre al 10 de enero de 2023, se registraron un total de 4793 contactos.

Durante este período, se llevaron a cabo 1087 entierros seguros y dignos (todas las muertes sospechosas tenían que ser analizadas y otorgadas un entierro seguro y digno), y se analizaron 6681 muestras para detectar el ébola de Sudán.

Un total de 314.603 viajeros fueron examinados en los puntos de entrada internacionales y se detectaron cuatro casos sospechosos de SUDV, todos ellos negativos.

Aunque se ha declarado que el brote ha terminado, la OMS aconseja a las autoridades sanitarias que mantengan las actividades de vigilancia. Se alienta a los países vecinos a permanecer en alerta y continuar fortaleciendo sus capacidades para detectar y responder a los brotes de enfermedades infecciosas.

Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON433

CÓLERA

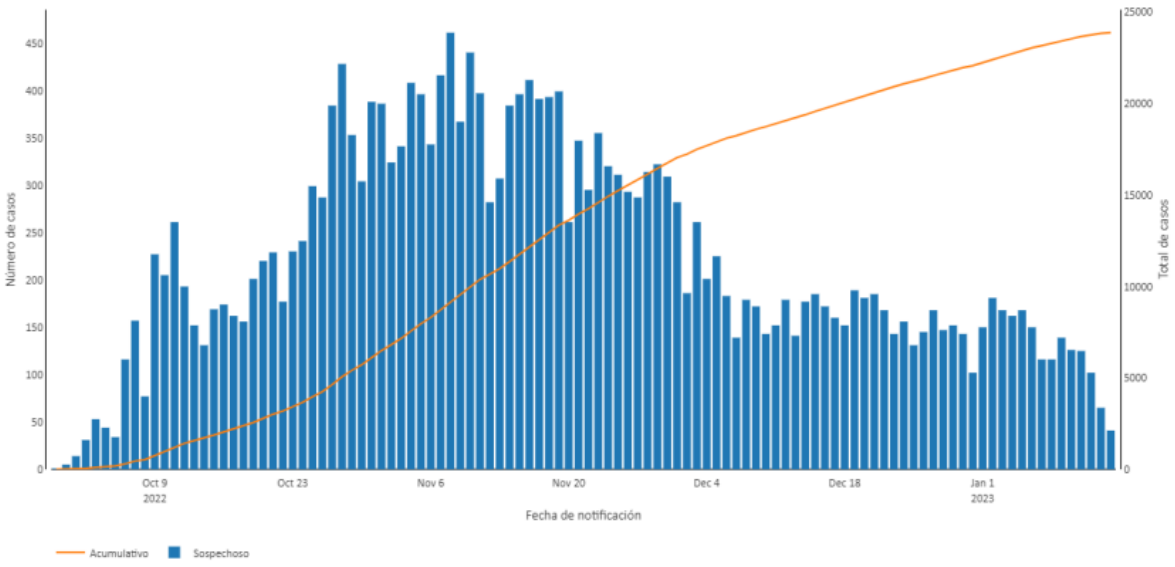
Actualización epidemiológica – 17 de enero de 2023

Desde la notificación de los dos primeros casos confirmados de Vibrio cholerae O1 en el área del gran Puerto Príncipe el 2 de octubre de 2022, al 14 de enero de 2023, el Ministerio de Salud de Haití, informó un total de 24.232 casos sospechosos en 10 departamentos del país, incluidos 1.742 casos confirmados, 20.505 casos sospechosos internados y 483 defunciones registradas. Esto representa un aumento en los últimos 7 días del 5% de casos sospechosos (N=1.188), del 11% de casos confirmados (N=166) y del 4% en las defunciones (N=19). Hasta el 14 de enero de 2023, 9 departamentos han confirmado casos (Artibonite, Centre, Grand-Anse, Nippes, Nord, Nord-Ouest, Ouest, Sud y Sud-Est). Hasta la fecha, la tasa de letalidad entre los casos sospechosos es del 2,0%. De un total de 4.672 muestras analizadas por el laboratorio Nacional de Salud Pública, 1.742 fueron confirmados (tasa de positividad 37,3%).

República Dominicana, el 15 de enero de 2023, el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana confirmó dos casos adicionales de cólera en el país. Los mismos corresponden a dos personas de nacionalidad haitiana, masculinos de 26 y 9 años, ambos residentes en una comunidad del municipio de Bánica, provincia Elías Piña. Desde la notificación del primer caso confirmado el 20 de octubre de 2022, al 15 de enero de 2023, se han notificado un total de 19 casos confirmados en la República Dominicana, 5 de ellos importados de Haití.

La última evaluación de riesgo del evento de Cólera en la isla La Española (Haití y República Dominicana), publicada el 2 de diciembre de 2022, evalúa el evento como riesgo muy alto en la isla La Española, moderado a nivel regional y bajo a nivel global.

Distribución de casos sospechosos por día en Haití del 29 de septiembre de 2022 al 14 de enero de 2023



Fuente: Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) de Haití. Datos reproducidos por la OPS/OMS.

Fuente: https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-colera-17-enero-2023

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA: AUMENTO DE CASOS DE CHIKUNGUNYA EN PARAGUAY Y COMIENZO DE LA TEMPORADA DE MAYOR RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DE ARBOVIROSIS EN ARGENTINA

Ante el reporte de aumento de casos de fiebre chikungunya en Paraguay y el comienzo de la temporada estival de mayor riesgo para la transmisión de arbovirosis en Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación emitió una Alerta Epidemiológica instando a los equipos de salud a intensificar la vigilancia epidemiológica de dengue, chikungunya y otras arbovirosis, optimizar el diagnóstico diferencial de patologías asociadas al Síndrome Febril Agudo Inespecífico, verificar la preparación de los servicios de salud para la atención adecuada de los casos, las acciones de control ante todo caso sospechoso y difundir las medidas de prevención y control en la población.

Alerta Epidemiológica: Aumento de casos de chikungunya en Paraguay y comienzo de la temporada de mayor riesgo para la transmisión de arbovirosis en Argentina

---

Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna

NUEVA FICHA DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA

Con el aporte y revisión de equipos nacionales de la DE-Dirección de Epidemiología, de la DNCET-Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles, del INEI-Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, del INAL-Instituto Nacional de Alimentos, del CENDIE - Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en Endemo Epidemias y de la Dirección de Epidemiología de Salta, se actualizó la ficha de investigación epidemiológica y notificación de fiebre tifoidea y paratifoidea

https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ficha-de-notificacion-fiebre-tifoidea-y-paratifoidea

RESOLUCIÓN 2827/2022: ACTUALIZACIÓN DE LAS NORMAS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

A través de la **Resolución 2827/2022** publicada en el **Boletín Oficial** del 16 de noviembre de 2022 se actualiza la **nómina de eventos de notificación obligatoria** y se aprueba el **Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria**. Así mismo, la norma establece al SNVS$^{2.0}$ como como el sistema oficial de información para el registro de los eventos de notificación obligatoria y define los alcances de la obligación de notificar, incluyendo a los profesionales asistenciales, autoridades de establecimientos y jurisdiccionales.

Además, faculta a la actualización periódica del manual de normas de forma total o parcial debiendo publicarse la última actualización en la página web del Ministerio de Salud de la Nación (cuya actualización vigente se encuentra disponible aquí).

Asigna a la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación las funciones de gestión y coordinación técnico-epidemiológica, a nivel nacional, del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud y la gestión y coordinación de las distintas estrategias de vigilancia epidemiológica de eventos de importancia para la salud pública.

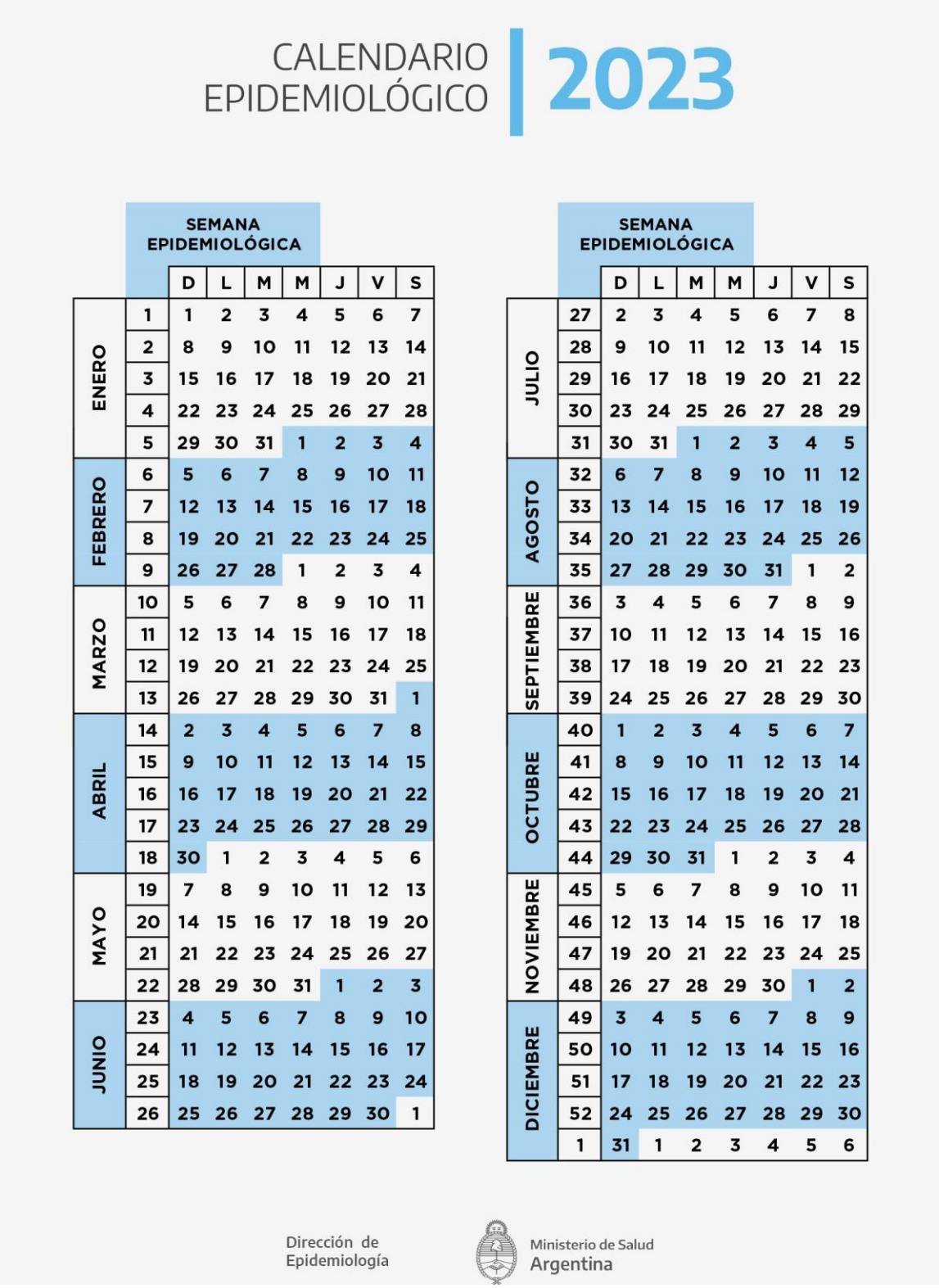
La actualización de las normas de vigilancia y control luego de 15 años (la última actualización oficial se había hecho a través de la Res.1715 de 2007) es el resultado de un trabajo conjunto de las direcciones de Epidemiología y referentes de Vigilancia nacional y jurisdiccionales, los Laboratorios Nacionales de Referencia y las redes jurisdiccionales de laboratorios, los Programas de Prevención y Control y las Áreas y Direcciones del Ministerio de Salud de la Nación involucradas.

Listado de eventos de notificación obligatoria:
https://bancos.salud.gob.ar/recurso/listado-de-eventos-de-notificacion-obligatoria

Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria – Actualización 2022:
https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-eventos-de-notificacion

---

CALENDARIO EPIDEMIOLÓGICO 2023



Descargar Calendario epidemiológico 2023

https://bancos.salud.gob.ar/recurso/calendario-epidemiologico-2023

MÁS HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA

https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia

https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/notificacion

primero
la gente



Ministerio de Salud
Argentina