



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLOGICA

1

NÚMERO 635
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 EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES	2
Viruela símica / Mpox	3
EVENTOS PRIORIZADOS	11
Vigilancia de Infecciones respiratorias agudas	12
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	41
Eventos de notificación obligatoria seleccionados a SE 52	49
INFORMES ESPECIALES	51
Paludismo	52
ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS INTERNACIONALES	59
Alertas y actualizaciones epidemiológicas internacionales.....	60
Actualización epidemiológica - Cólera - 10 de enero del 2023.....	60
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA	62
Recomendaciones para la prevención de infecciones respiratorias agudas en establecimientos de salud	63
Resolución 2827/2022: Actualización de las normas de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria	64
Calendario epidemiológico 2023	65

STAFF

Dirección de Epidemiología

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

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 Lewis¹
- Informe infecciones respiratorias agudas: Elsa Baumeister y Andrea Pontoriero², Josefina Campos³.
- Informe paludismo: Yael Provecho⁴, Malena Basilio⁴, Susana Lloveras⁴.

Imagen de tapa: Vigilancia entomológica en Aguas Blancas, Orán, Salta. Aportada por Cristian Laci, responsable de la base nacional de Orán de la Dirección de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

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

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

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

³ Plataforma de Genómica, ANLIS.

⁴ Dirección de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores

SITUACIONES EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES



VIRUELA SÍMICA / MPOX

SITUACIÓN NACIONAL AL 10/01/2023

1.039

Casos confirmados reportados

2

Personas fallecidas en el país

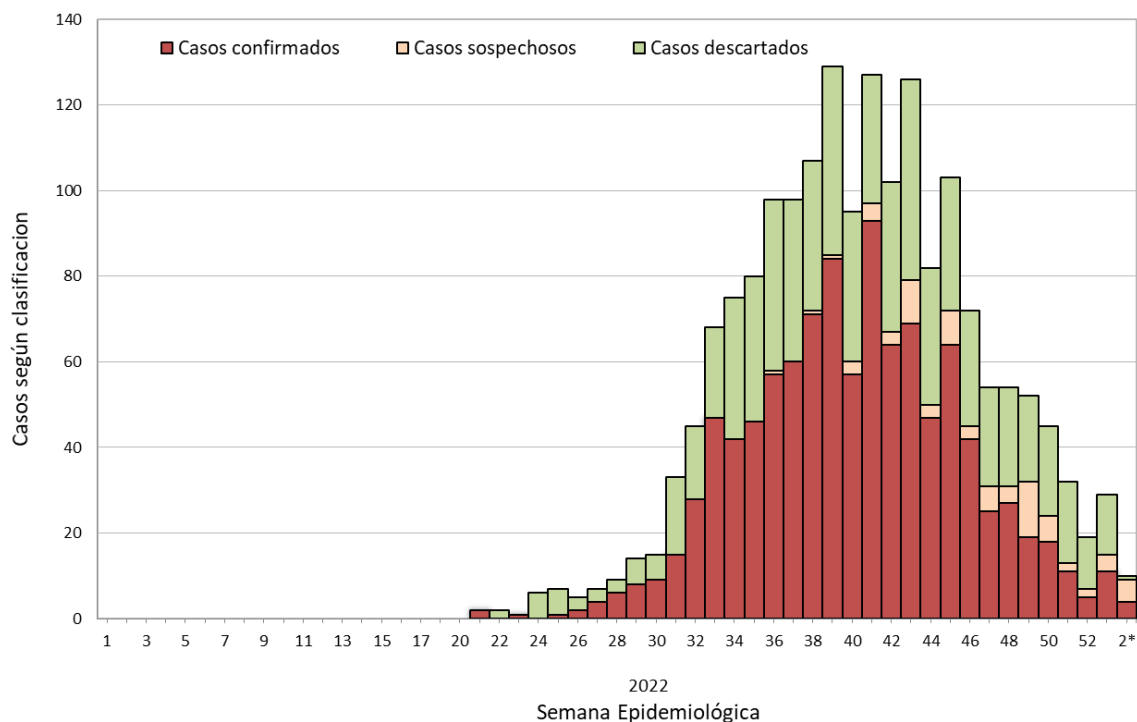
- ✓ Hasta el 10 de enero se confirmaron 1.039 casos en Argentina.
- ✓ El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 11,25 casos con un máximo de 18 en la SE50 y un mínimo de 5 en la SE52.
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 35 años con un mínimo de 0 años y un máximo de 78 años.
- ✓ El 98,1% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino (20 corresponden al sexo legal femenino, 4 de género trans y 16 de género cis).
- ✓ Actualmente no se registran casos ingresados en UTI.
- ✓ Se notificaron 2 fallecidos ambos presentaban factores de riesgo.
- ✓ Se han notificado casos confirmados en 16 jurisdicciones y sospechosos en 23.
- ✓ Los casos siguen concentrados en la región Centro, en grandes conglomerados urbanos (el 65,4% 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 10-01-23.

Provincia de residencia	Confirmado	Frecuencia relativa acumulada Confirmados	Sospechoso	Descartado	Total	Frecuencia relativa acumulada Total notificados
CABA	679	65,4	38	303	1020	56,57
Buenos Aires	281	92,4	26	272	579	88,69
Córdoba	27	95,0	2	31	60	92,01
Santa Fe	17	96,6	1	19	37	94,07
Tierra del Fuego	9	97,5	0	4	13	94,79
Mendoza	5	98,0	1	5	11	95,40
Río Negro	5	98,5	0	4	9	95,90
Santa Cruz	4	98,8	1	6	11	96,51
Neuquén	3	99,1	0	5	8	96,95
Chubut	2	99,3	0	7	9	97,45
Tucumán	2	99,5	10	0	12	98,11
Chaco	1	99,6	0	6	7	98,50
Corrientes	1	99,7	0	1	2	98,61
Jujuy	1	99,8	0	4	5	98,89
Salta	1	99,9	0	0	1	98,95
San Juan	1	100,0	0	4	5	99,22
Entre Ríos	0		0	3	3	99,39
Formosa	0		0	4	4	99,61
La Pampa	0		0	1	1	99,67
La Rioja	0		0	1	1	99,72
Misiones	0		0	3	3	99,89
San Luis	0		0	1	1	99,94
Santiago del Estero	0		0	1	1	100,00
Total general	1039		79	685	1803	

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. SE1 a SE52 (2022) y SE 2 (2023)

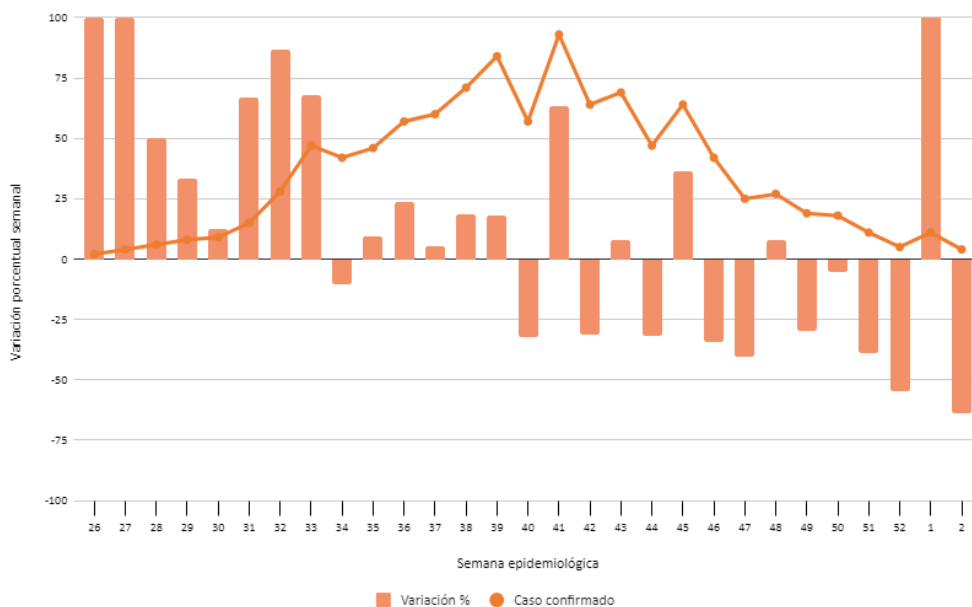


Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS^{2.0}

*SE 2 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 SE50 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.

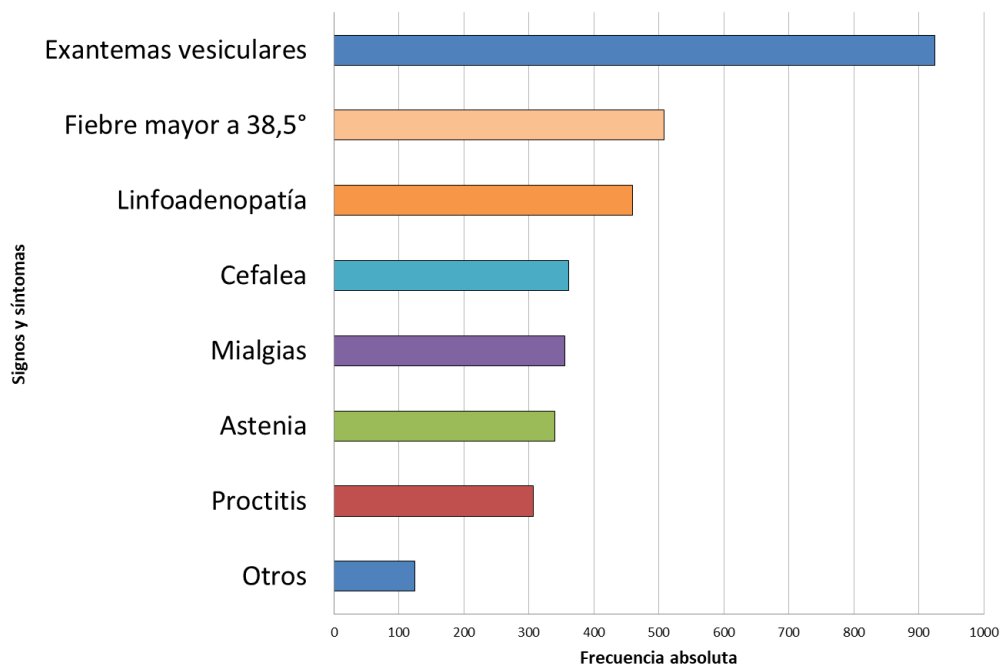
Gráfico 2. Variación respecto de la semana anterior y casos confirmados por semana epidemiológica. SE26 a SE52 (2022) y SE2 (2023).



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 linfadenopatías.

Gráfico 3. Viruela símica: frecuencia absoluta de signos y síntomas en casos confirmados (n=1.039). Hasta 10-01-2023

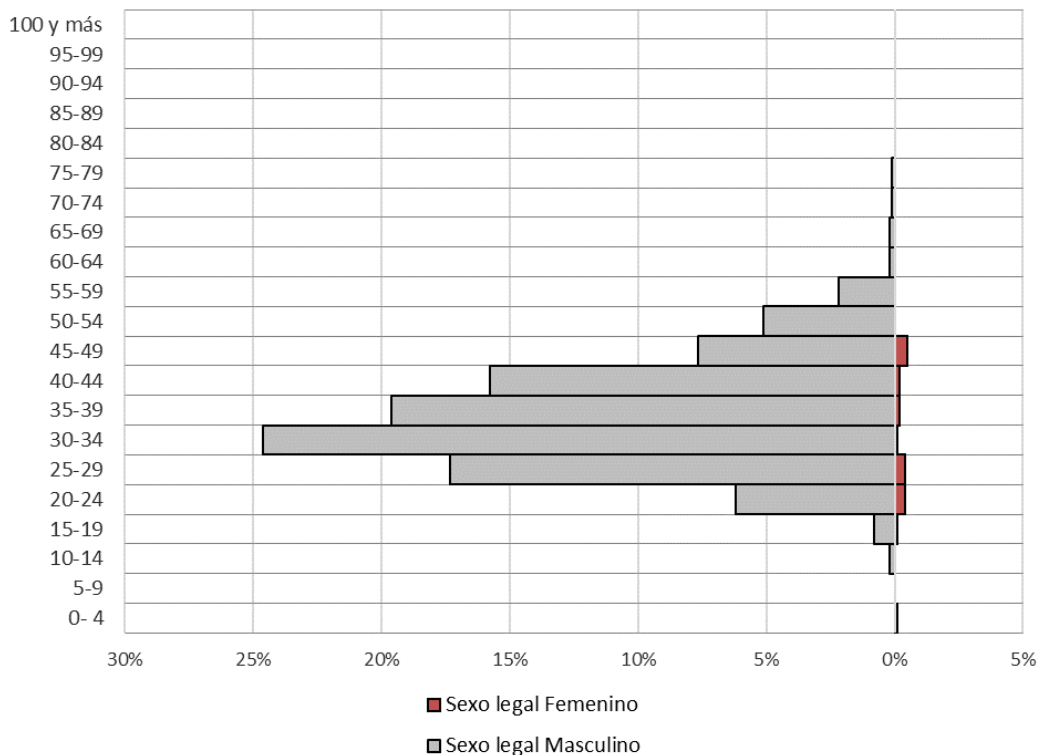


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0

El 98,1% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino (20 corresponden a sexo legal femenino, 4 de género trans y 16 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 10-01-2023.



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 1.039 casos confirmados, hasta el momento 68 refieren antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas. De los casos restantes, se cuenta con información disponible para 670 casos confirmados, para los que existe una distribución de antecedentes de contacto físico con casos sospechoso/confirmado/sintomático, contacto físico con viajero, relaciones múltiples/ocasionales.

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

Ficha de notificación:

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

SITUACIÓN INTERNACIONAL

84.415

Casos confirmados reportados a OMS

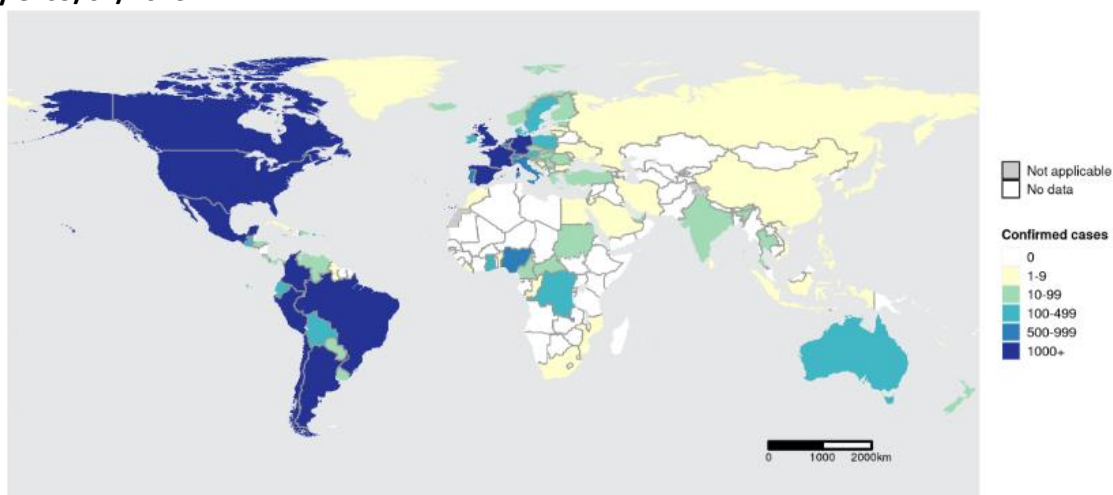
110

Países afectados

76

Personas fallecidas reportadas a OMS

Mapa 1. Distribución geográfica de casos de viruela símica reportados a OMS entre el 01/01/2022 y el 09/01/2023



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 \(shinyapps.io\)](https://shinyapps.io/2022-Monkeypox-Outbreak-Global-Trends/)

Tabla 2. Viruela símica: Casos notificados y fallecidos por Región de la OMS, al 09-01-2023

Región	Casos	Fallecidos
Región de África	1.200	15
Región de las Américas	57.133	54
Región del Mediterráneo Oriental	80	1
Región de Europa	25.738	5
Región del Sudeste Asiático	35	1
Región del Pacífico Occidental	229	0

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

Desde el 1° de enero de 2022 hasta el 09 de enero de 2023, se han registrado 84.415 casos de viruela símica confirmados en 110 países/territorios/áreas y 76 muertes distribuidas en cinco de las seis Regiones de la OMS.

El número de casos mundiales ha disminuido en un 36,3% en la SE1 (n = 330 casos) en comparación con la SE 52 (n= 518 casos); 17 países informaron un aumento en el número semanal de casos, con el mayor aumento informado en Estados Unidos de América; 77 países no han informado nuevos casos en los últimos 21 días.

El 85,5% 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.

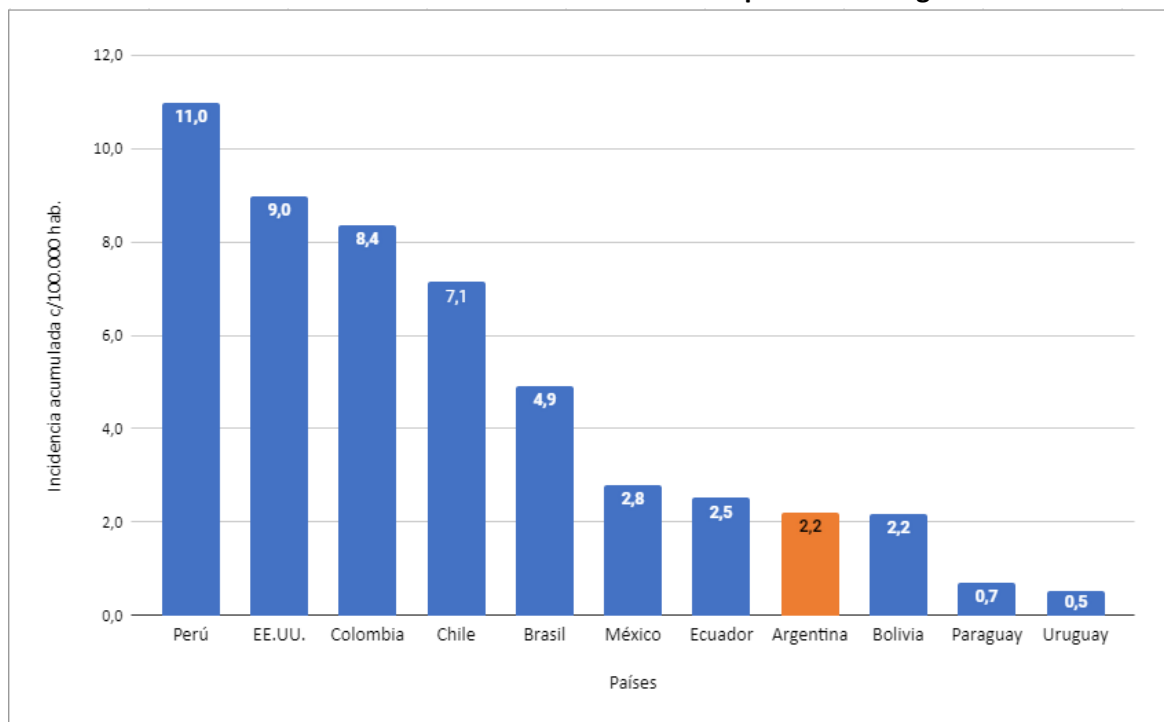
Entre los casos con orientación sexual reportados, el 84.3% (26160/31025) se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y entre ellos, el 6,5% se identificaron como bisexuales.

De todos los tipos probables de transmisión, los encuentros sexuales fueron la vía más frecuentemente reportada, con 14,751 de 21,349 (69.1%) de todos los eventos de transmisión reportados.

Entre los casos mundiales con estado de VIH conocido, el 48,2% (16.684/34.649) 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 67,0% 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 10-01-23

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.

Se prioriza el diagnóstico de COVID-19 ante casos sospechosos pertenecientes a los siguientes grupos:

- Personas mayores de 50 años
- Personas con condiciones de riesgo⁵
- 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}.

⁵ 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 01/2023

40.982

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana 01. De estos, 26.449⁶ corresponden a dicha semana considerando la fecha de inicio de síntomas o la fecha mínima del caso⁷.

78

Fallecidos informados en la semana 01. De estos, 36 ocurrieron en dicha semana.

58%⁸ ↓

Disminución de casos confirmados según la fecha mínima del caso en SE 01 respecto a la SE 52/2022 (36.552 casos menos).

20,1%

De los casos confirmados en la SE 01 fueron registrados en el AMBA.

32,96%

Positividad para SARS-CoV-2 por RT-PCR en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 52.

3,23%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 52.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 01/2023

- ✓ Los casos de ETI registrados hasta la SE52 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 SE01-51 de 2022 se registraron 1.269.662 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 186.317 casos de Neumonía, 202.745 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 34.299 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ La positividad calculada para el periodo SE16- SE52 de 2022 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio para SARS-CoV-2, influenza y VSR entre las muestras analizadas por rt-PCR es de 22,43%, 22,42% y 3,32%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, desciende para influenza y VSR.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE 23-52 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 14,30%, 20,56% y 28,10%, respectivamente. Se observa

⁶ Fe de erratas de la edición Boletín Epidemiológico Nacional 634 SE 52: los casos correspondientes a la SE 52 considerando la fecha de inicio de síntomas o la fecha mínima del caso eran 51.524.

⁷ 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.

⁸ Fe de erratas de la edición Boletín Epidemiológico Nacional 634 SE 52: el porcentaje de disminución de casos confirmados según la fecha mínima del caso en la SE 52 respecto a la SE 51 era de 24% (16.284 casos menos).

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 influenza, VSR, adenovirus y parainfluenza⁹.
- ✓ Hasta la SE 52 de 2022 se registraron 137 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

10.004.679

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 07 de enero de 2023.

130.249

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 07 de enero de 2023.

86,8%

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

48,0%

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.

73,1%

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

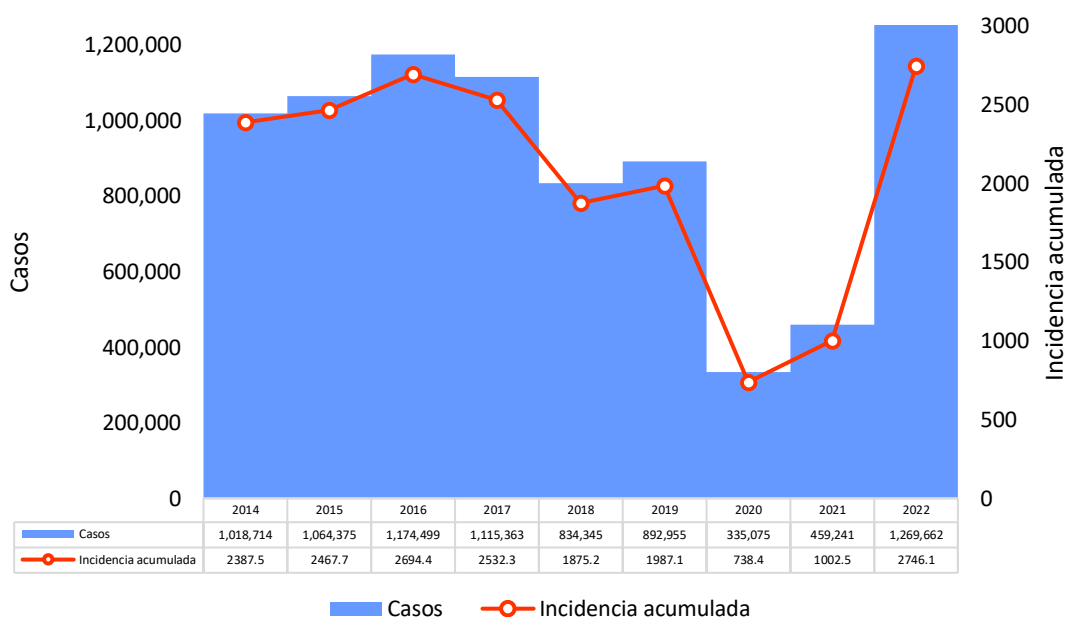
ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre la SE01-51 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.269.662 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2746,1 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 1.174.499).

⁹ A la fecha no se registran casos de metapneumovirus en SE51

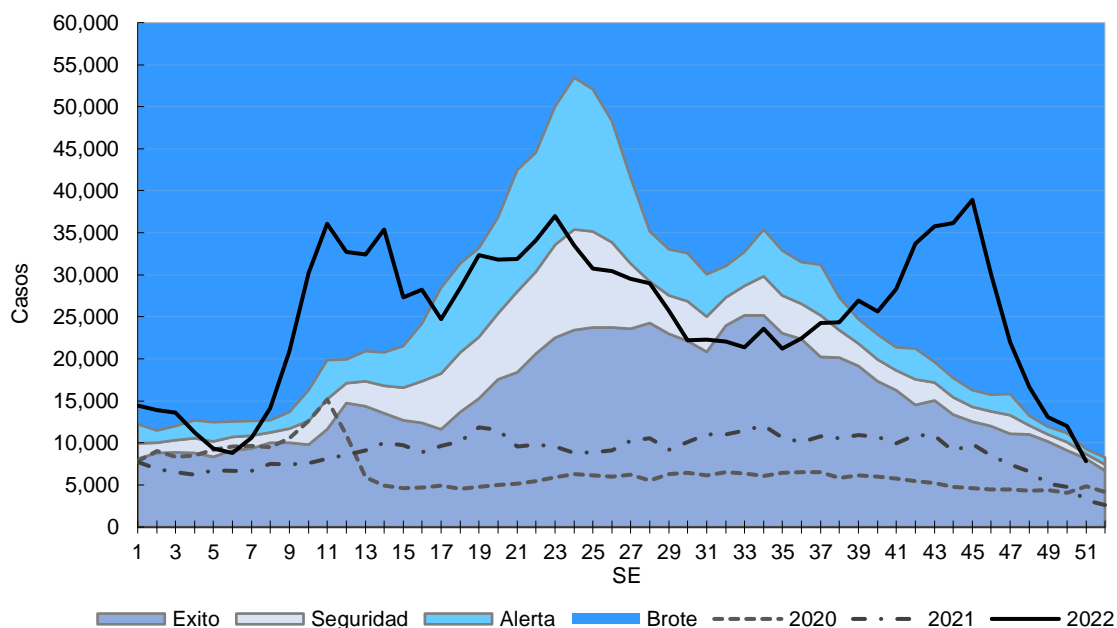
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 51 – Año 2014-2022 Argentina.



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

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 SE38-51, 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. SE1-51 de 2022. Argentina.



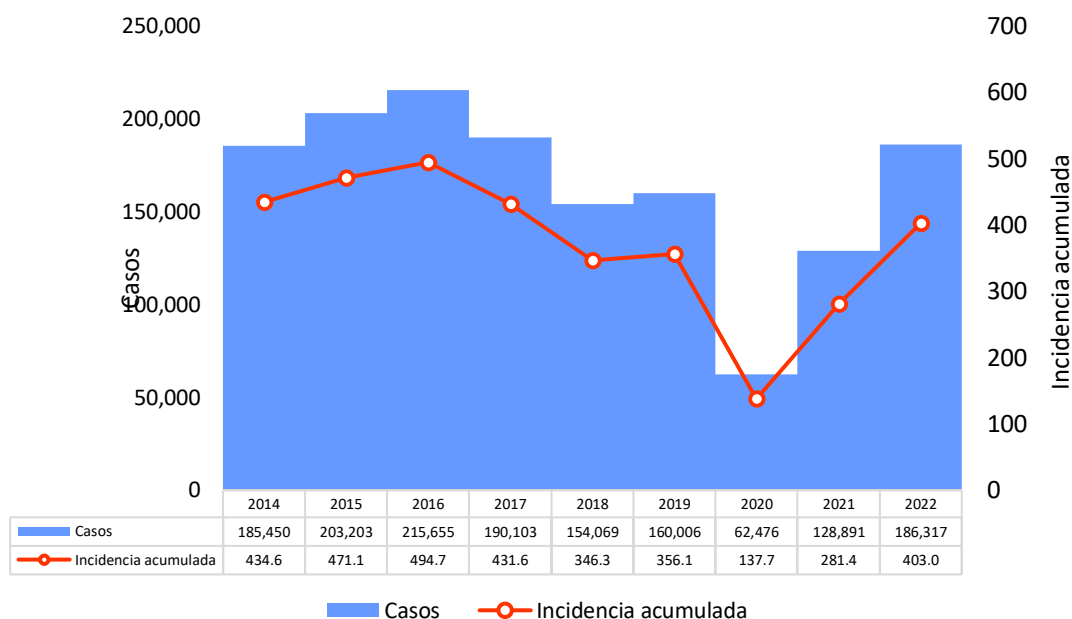
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

Entre la SE01- 51 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 186.317 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 403 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 51 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 SE51 – Año 2014-2022. Argentina.¹⁰

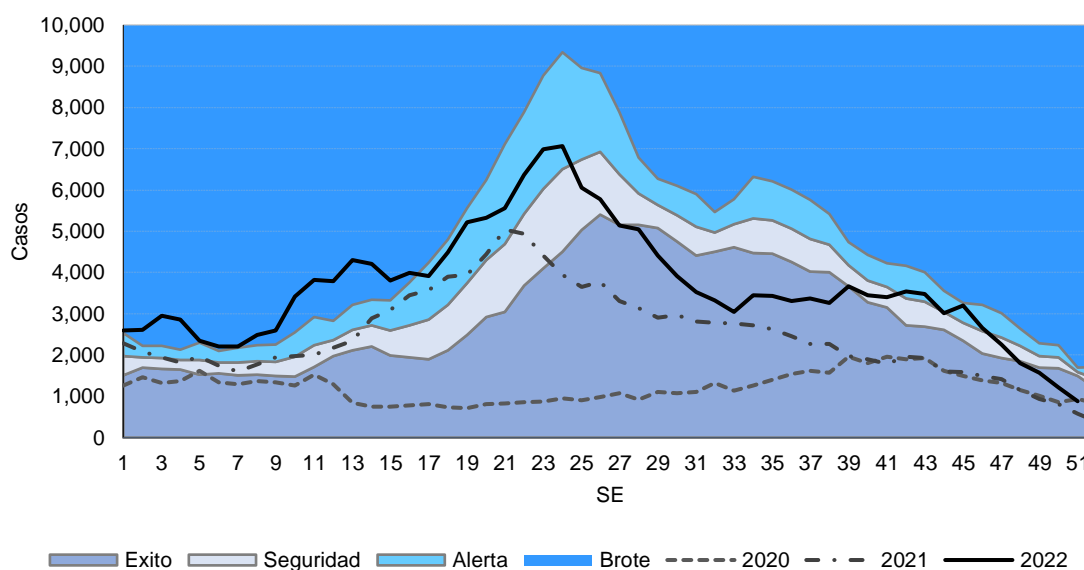


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS^{2.0}

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 SE42-46 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.

¹⁰ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las 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. SE1-51 de 2022. Argentina.



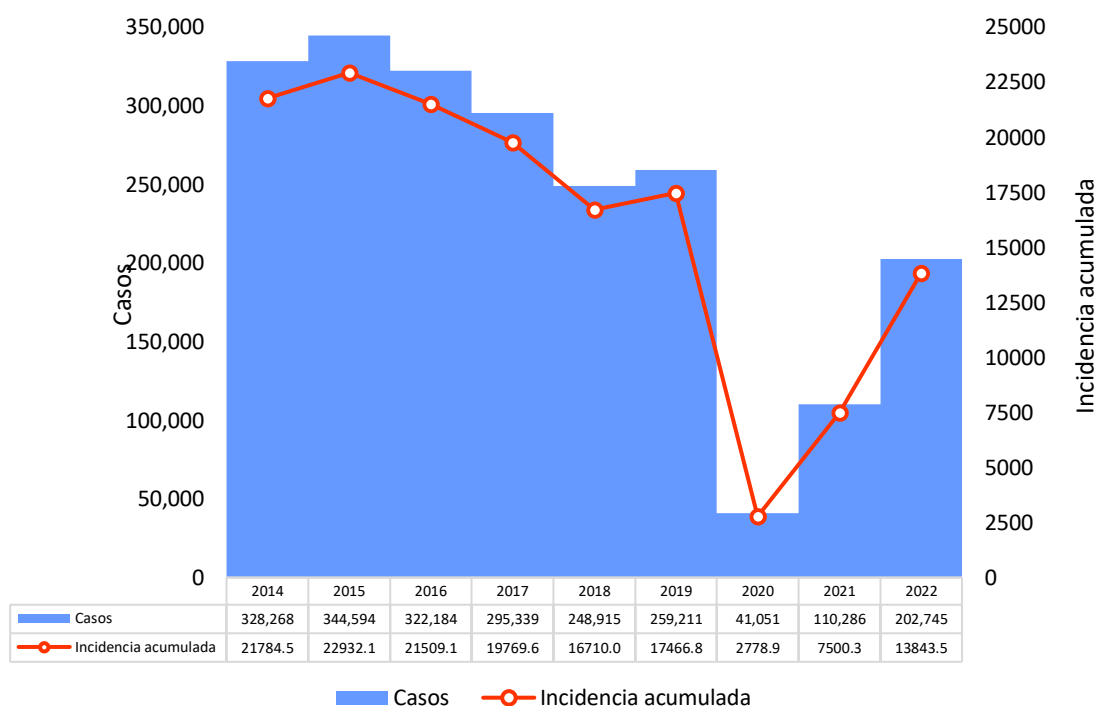
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

BRONQUIOLITIS

Entre la SE01 y SE51 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 202.745 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 13843,5 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 51 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 en curso, los casos registrados vuelven a incrementarse respecto de los dos años previos pero no llegan a los niveles de notificación alcanzados en todos los demás años de la serie.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 51 – Año 2014-2022 Argentina.¹¹

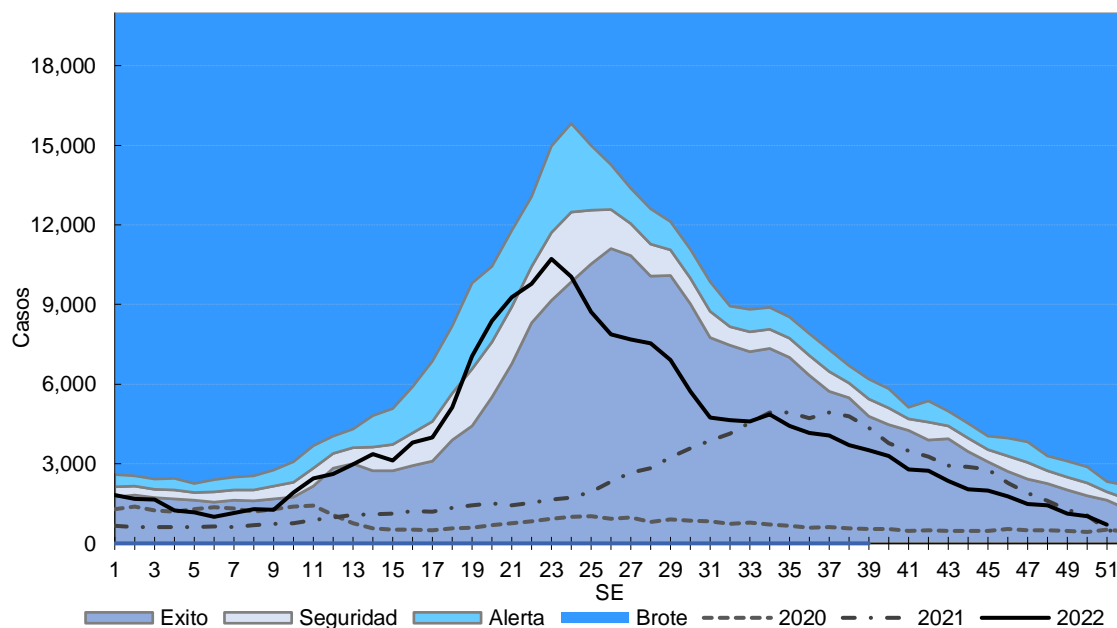


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0)

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 en los que el 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 2021).

¹¹ 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.

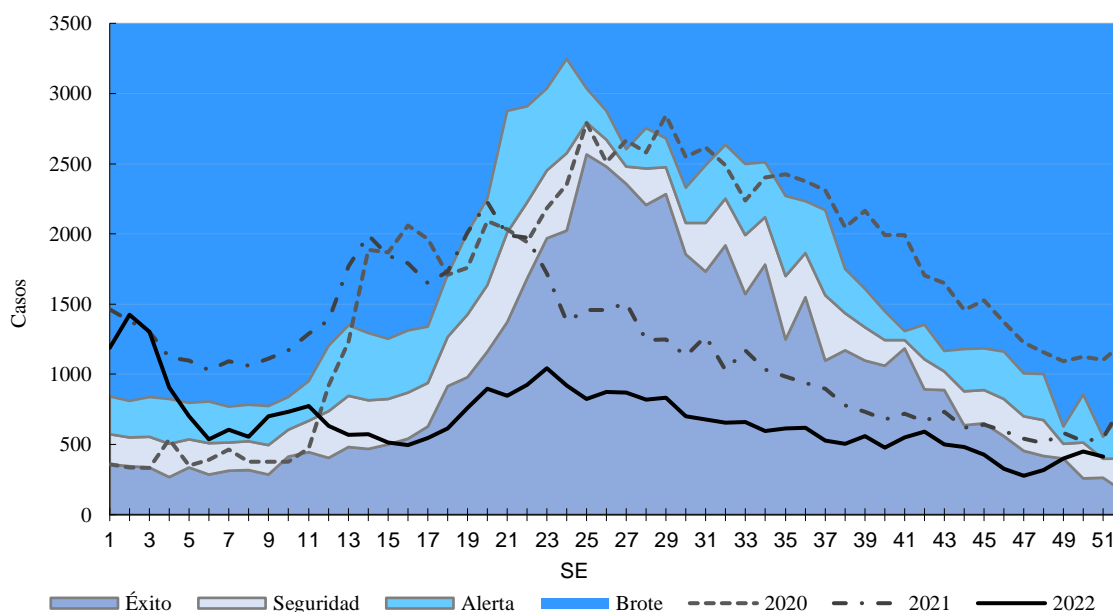
Gráfico 6. Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-51 de 2022. Argentina.



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

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. SE1-51 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

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 52 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.

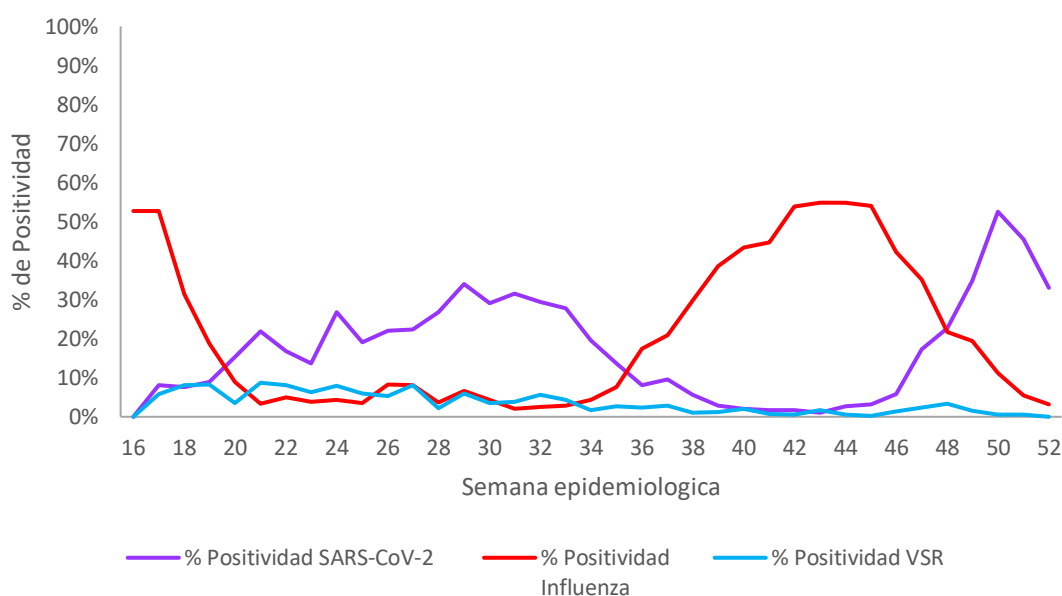
Desde el inicio de la estrategia de vigilancia de las UMAs, se analizaron por rt-PCR 16.656, 9.322 y 7.585 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente. El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 por PCR se mantuvo en valores inferiores al 10% hasta la SE19, llegó a un 33,04% en SE24, 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 52,53% en SE50 y descendiendo a un 32,96% en SE52. 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 54,82% en SE44, con un descenso posterior a partir de SE45, siendo de 3,22% en la SE52. El porcentaje de positividad para VSR se mantuvo en valores por debajo del 10% con oscilaciones entre 0,30% y 8,72% siendo de 0,51% en SE51, no registrándose casos a la fecha en SE52.

Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16-52 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.¹²

	Última semana			SE16 – SE52		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	7.646	3.890	50,88%	123.999	38.354	30,93%
SARS-CoV-2 por PCR	540	178	32,96%	16.656	3.736	22,43%
Influenza	155	5	3,23%	9.322	2.090	22,42%
VSR	87	0	0,00%	7.585	252	3,32%

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 – SE16-52 Año 2022.¹³



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

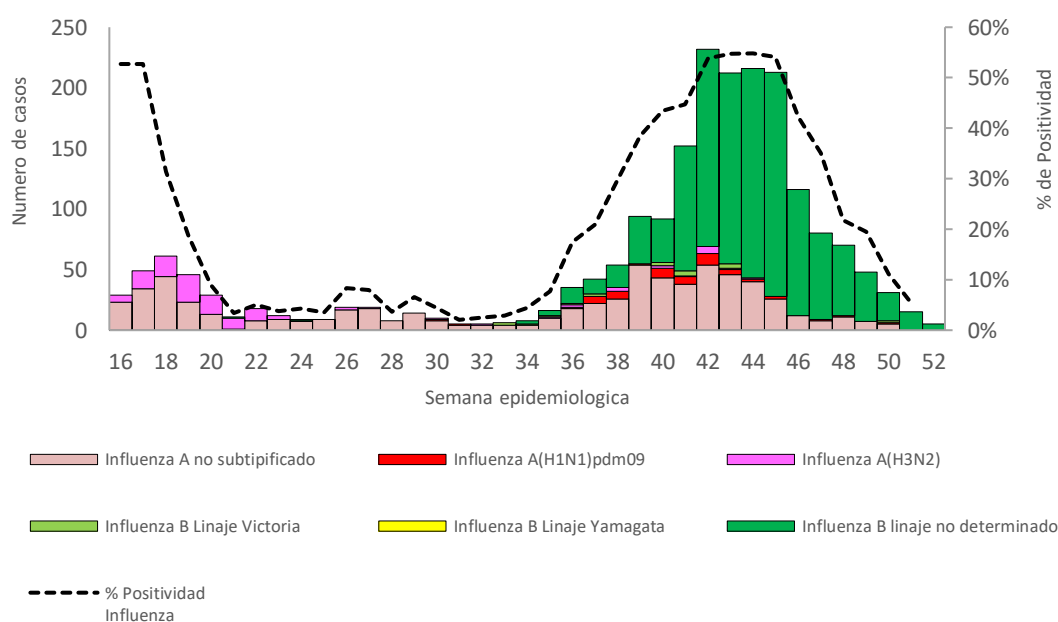
En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=2.090), 844 (40,38%) fueron positivas

¹² 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 SNVS2.0.

¹³ Corresponde a las muestras analizadas para SARS-CoV-2, influenza y VSR por PCR. En SE16 se registran 2 muestras para VSR, 1 con resultado positivo y 1 con resultado negativo. Para mejor interpretación de la positividad de virus respiratorios, no se incluyen en este gráfico

para Influenza A y 1.246 (59,62%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 172 muestras 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 nuevamente se registran casos de virus influenza B, de los cuales 20 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 1.226 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje.

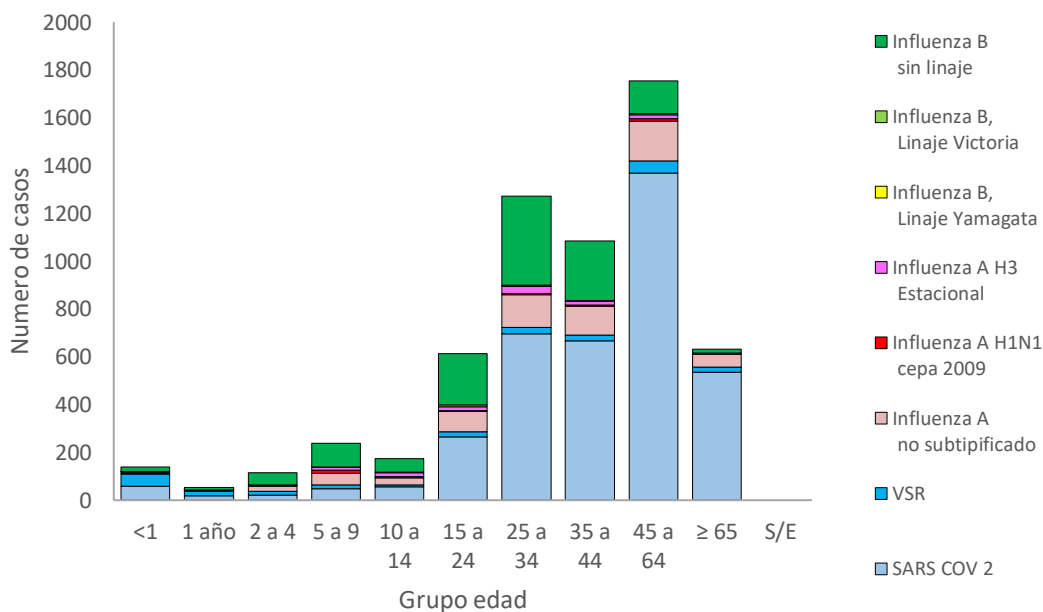
Gráfico 9. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-52 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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

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 52 de 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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

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

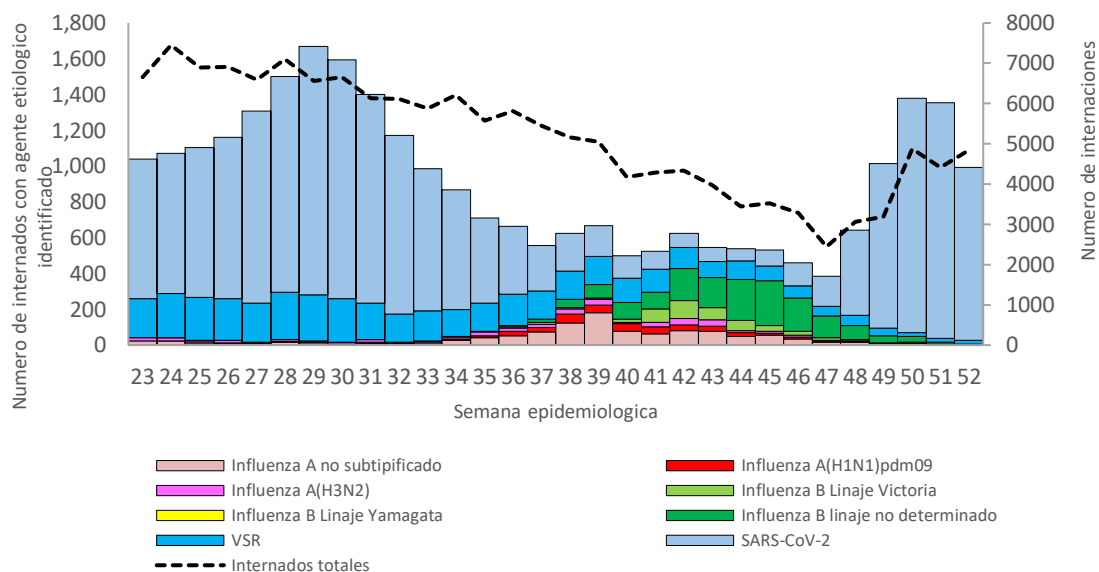
Entre la SE23-52, se notificaron 134.607 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 19.252 fueron positivas (porcentaje de positividad 14,30%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 19.443 muestras para virus influenza con 3.999 detecciones positivas (porcentaje de positividad 20,57%). De las mismas 1.913 fueron influenza A y 2.086 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 769 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 390 (50,72 %) son influenza A (H3N2) y 379 (49,28%) son influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 1.644 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 442 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 15.455 muestras estudiadas para VSR registrándose 4.343 con resultado positivo (porcentaje de positividad 28,10%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS 2.0 en SE 52 asciende respecto a la semana previa (variación de + 0,096%).

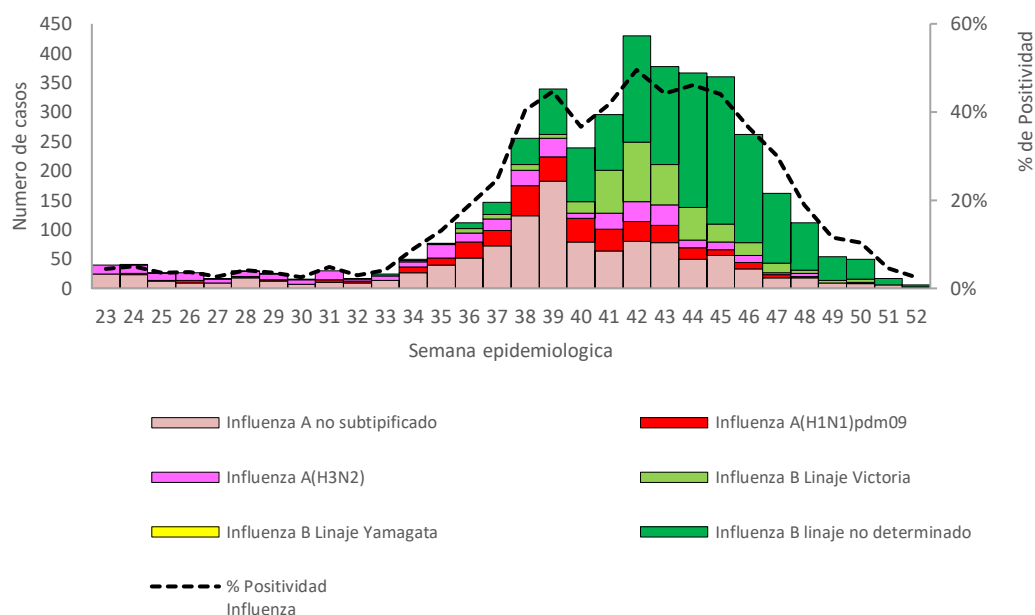
Gráfico 11. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23-52 Año 2022



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

En relación a la distribución temporal de virus influenza en casos hospitalizados, desde el inicio de la estrategia se registran casos de influenza A (H3N2) y A (H1N1). 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 2,51% en SE52.

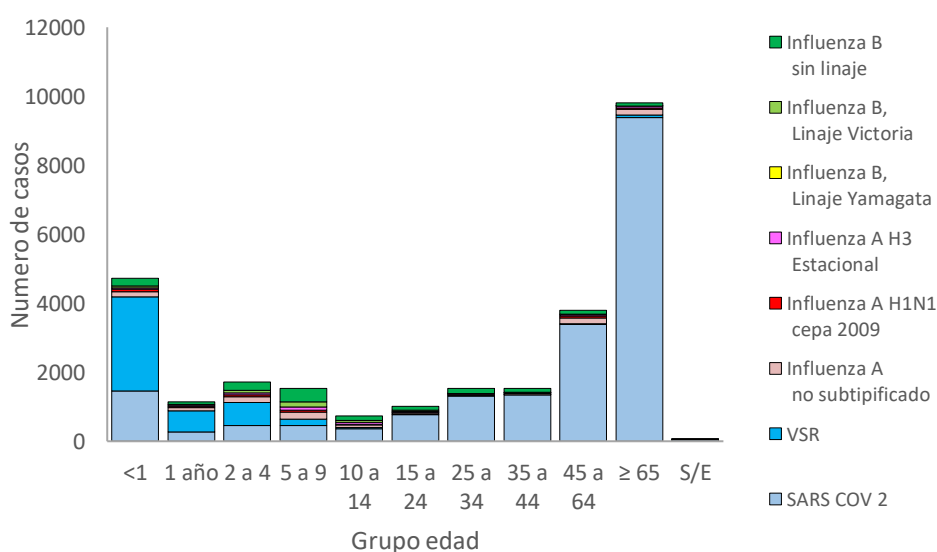
Gráfico 12. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE16-52 Año 2022. Argentina.



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 SE23-52 de 2022. Argentina.



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

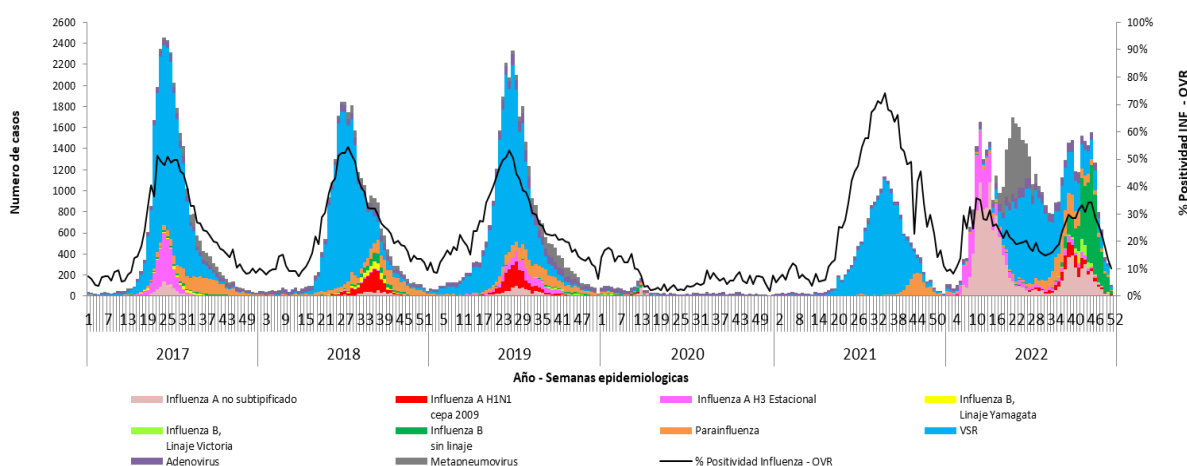
Hasta la SE 52 de 2022, se registraron 137 casos fallecidos con diagnóstico de influenza^{14,15}.

VIGILANCIA UNIVERSAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS

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

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

Gráfico 14. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2021. SE01-SE51 2022



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

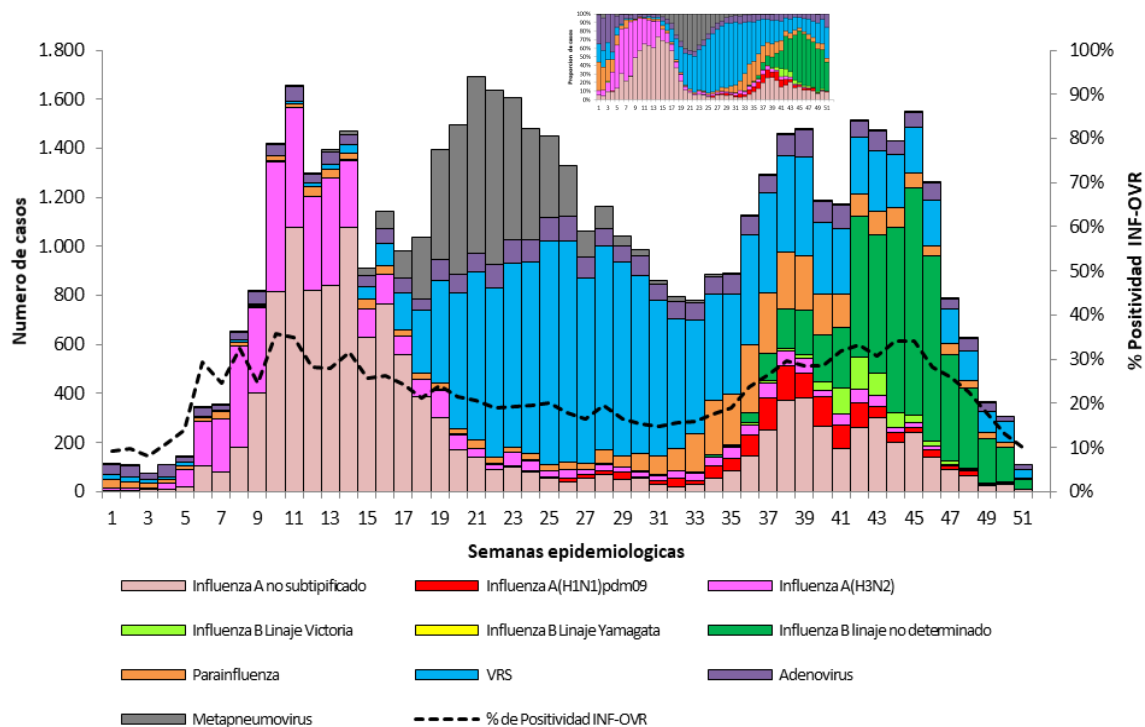
En la SE51 se detecta circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: influenza, VSR, adenovirus y parainfluenza¹⁶. Se destaca la circulación intensa de influenza durante el verano y el nuevo ascenso experimentado entre las SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A(H1N1) e Influenza B así como la frecuencia absoluta y relativa de metapneumovirus entre las semanas 16 y hasta la 26.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ A la fecha no se registran casos de metapneumovirus en SE51

Gráfico 15. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01- SE51 de 2022. Argentina. (n=51.698)

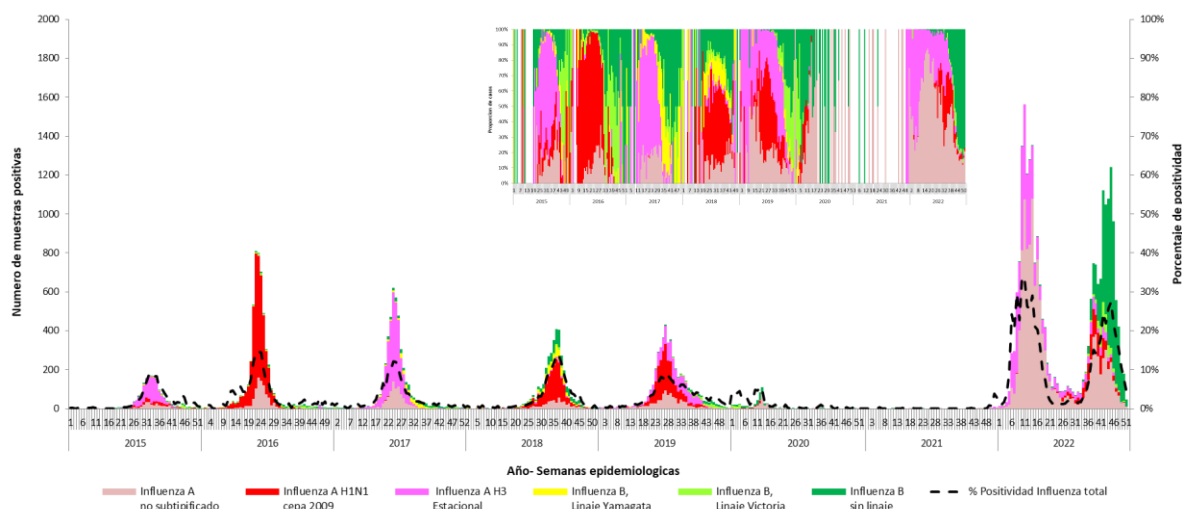


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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.

Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados la proporción de positividad para influenza se sitúa en 4,38% durante la SE51.

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 SE51 de 2022. Argentina.



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

VIGILANCIA DE COVID-19

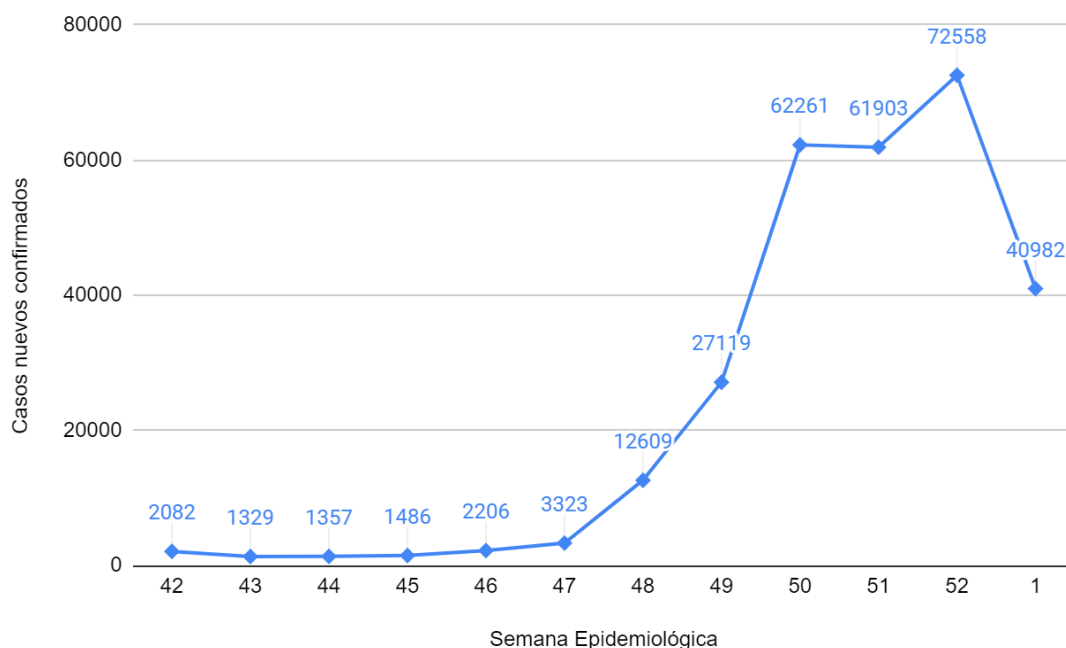
En Argentina, durante la SE 01 se confirmaron 40.982 casos de Covid-19 y 78 fallecimientos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Desde el inicio de la pandemia hasta el 7 de enero de 2023, se notificaron 10.004.679 casos confirmados de Covid-19 y 130.249 fallecimientos.

Los nuevos casos confirmados de COVID-19 se actualizan semanalmente en Monitor de datos disponible en la web del Ministerio de Salud de la Nación¹⁷. 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.

¹⁷ <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 42/2022 a SE 01/2023, 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 caso¹⁸. Considerando dicha fecha, en la SE 44 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. Según datos de la semana 01, se registró un aumento de 40% en la SE45 (respecto de la 44), 59% en la SE46 (respecto de la SE45) y 96% en la SE47 (respecto de la SE46). En la SE 48 se registró un aumento abrupto de 328% (respecto a la SE47), en la SE 49 el aumento fue de 99% (respecto a la SE 48), en la SE 50 el aumento fue de 68% (respecto a la SE 49) y en la SE 51 el aumento fue de 14%. A partir de la SE 52 se registra una disminución en el número de casos (9,3% menos respecto a la SE 51) y hasta el momento de la realización del presente informe, la disminución de los casos en la última semana respecto a la semana previa es de 58% (disminución de 36.552 casos) con un total de 26.449 casos confirmados¹⁹. Sin embargo, los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

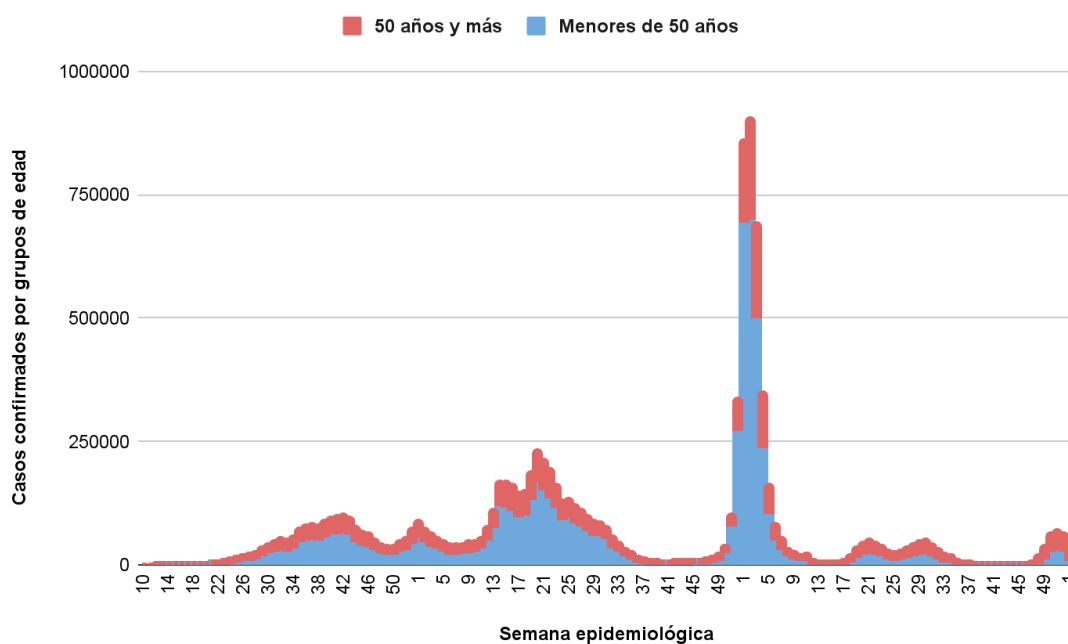
¹⁸ La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

¹⁹ Fe de erratas de la edición Boletín Epidemiológico Nacional 634 SE 52: los casos correspondientes a la SE 52 considerando la fecha de inicio de síntomas o la fecha mínima del caso eran 51.524 y el porcentaje de disminución de casos respecto a la SE 51 era de 24% (16.284 casos menos). El porcentaje de variación entre semanas según datos de la SE 52 puede consultarse en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/12/sala-web-se-52-03-01-2023_91.pdf

En el 21,6% de los casos confirmados en la SE 01 (n=19.910) el diagnóstico fue realizado por autotest.

En la SE 1 en todas las regiones del país los casos disminuyeron respecto a la SE 52/2022. La región que presentó más casos (n=10.848) fue la Región Centro (sin AMBA), en la que se registró una disminución de 58,8% en relación a la semana previa.²⁰ A nivel provincial, se registró un aumento de los casos sólo en la provincia de San Juan, cuyo incremento fue de 59,4%.

Gráfico 18. Casos confirmados por semana epidemiológica²¹ según grupo de edad. SE 10/2020 - SE 01/2023, Argentina.

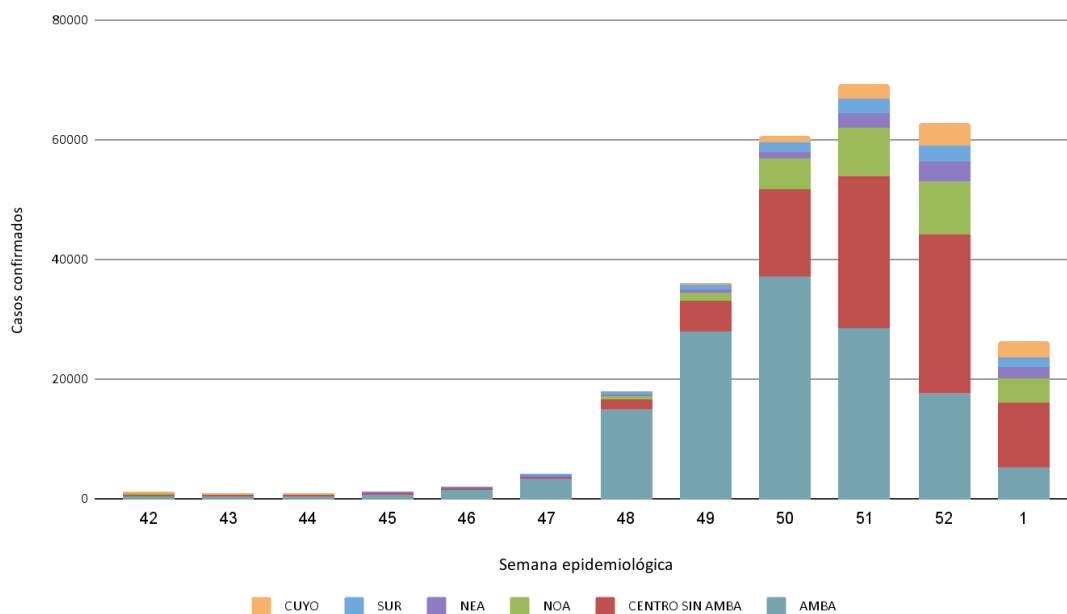


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS^{2.0}.

²⁰ Fe de erratas de la edición Boletín Epidemiológico Nacional 634 SE 52: El número de casos en la SE 52 en la región Región Centro (sin AMBA) fue de 20.278 casos y la disminución en relación a la semana previa de 17,7%. El incremento correspondiente a la región de Cuyo fue de 31,4% (2.965 casos) y el descenso en la región AMBA fue de 44,2% (15.731 casos).

²¹ 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 42/2022 - SE 01/2023²², Argentina.

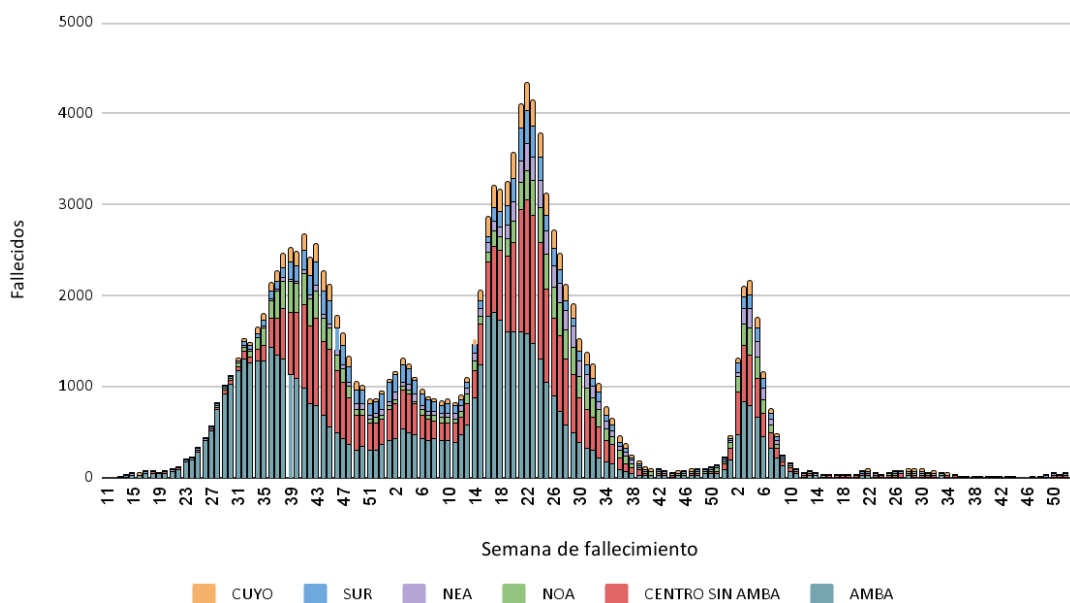


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS^{2.0}.

En cuanto a casos fallecidos, en la SE 1 fueron informados 78 fallecimientos, de los cuales 36 ocurrieron en dicha semana y correspondieron a residentes de: Buenos Aires (18), CABA (4), Salta (3), Mendoza (2), Santa Fe (2), Tucumán (2), Catamarca (1), Chaco (1), Formosa (1), Neuquén (1) y Río Negro (1). Según la fecha de fallecimiento, se registra un aumento de 12 fallecimientos en la SE 52 respecto de la SE previa, según datos de la SE 1. La mediana en las últimas 12 semanas es de 15 casos fallecidos por semana, con un máximo de 57 en la SE 50 y un mínimo de 2 en la SE 45. Se destaca que desde la SE 12/2022 se observa la cantidad de fallecidos por semana más baja desde el comienzo de la pandemia.

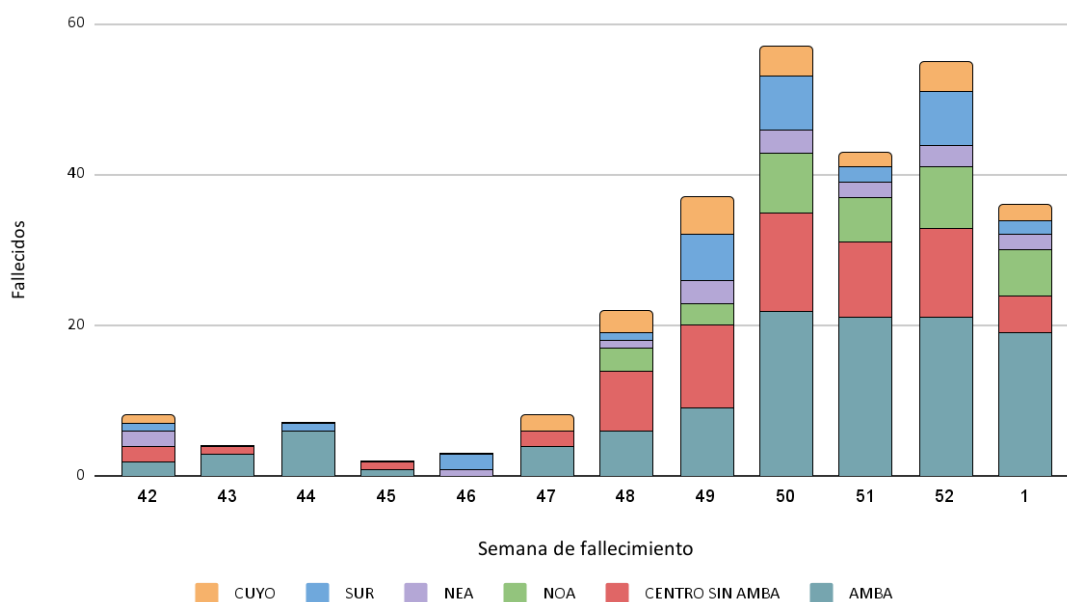
²² Los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

Gráfico 20. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE11/2020 a SE 01/2023, Argentina.



Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS^{2.0}.

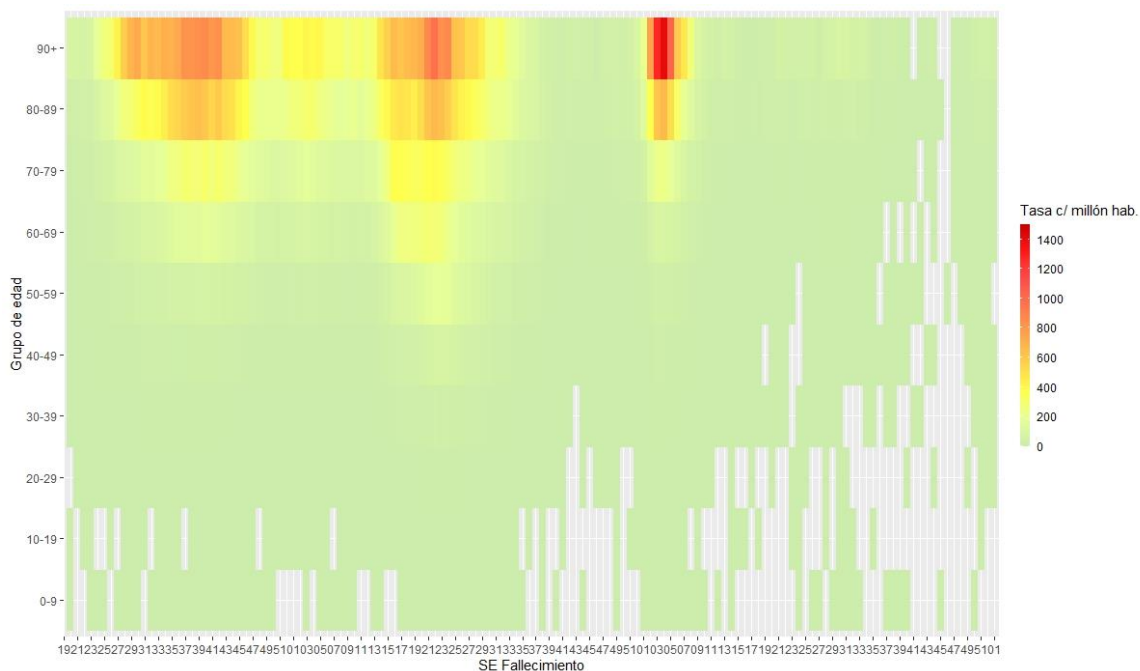
Gráfico 21. Casos fallecidos en población general por semana epidemiológica según región del país. SE 42/2022 - SE 01/2023*, Argentina



*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}.

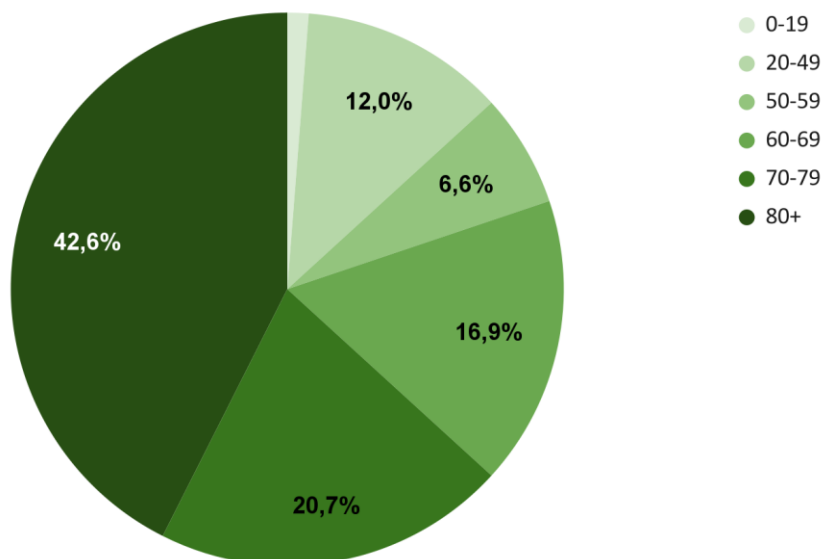
Gráfico 22. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/2020 a 01/2023.



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 86,8% tenían 50 años o más.

Gráfico 23. Fallecidos por grupo edad. Total País, SE 41/2022 a 01/2023. N=242*



*Se excluyen dos fallecidos sin datos de edad

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

Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 10/01/23 SE 01.](#)

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.²³

A nivel mundial, del 2 de diciembre de 2022 al 2 de enero de 2023, se reportaron a GISAID 105.428 secuencias de SARS-CoV-2. Entre las mismas, 103.723 (98.4%) secuencias notificadas corresponden a la VOC Ómicron. BA.5 y sus linajes descendientes siguen siendo dominantes a nivel mundial y representan el 63,7 % de las secuencias enviadas a GISAID hacia la SE50, aunque su prevalencia está disminuyendo. La prevalencia de BA.2 y sus linajes descendientes están aumentando, principalmente debido a BA.2.75* (* indica la inclusión de linajes descendientes); los mismos representan el 15,2% de las secuencias registradas. BA.4 y sus linajes descendientes están descendiendo con una prevalencia del 0,7% a partir de la semana 50. Las secuencias no asignadas (presumiblemente Ómicron) representan el 13,6% de las secuencias enviadas a GISAID en la semana 50, mientras que los demás linajes representaron el 6,1%.

Globalmente, seis variantes actualmente en seguimiento representan el 74,4% de la prevalencia a la semana 50 y han reemplazado a los antiguos linajes descendientes BA.5. Estas seis variantes bajo seguimiento (y la respectiva prevalencia) son BQ.1* (44,9 %), BA.5 con una o varias de cinco mutaciones (S:R346X, S:K444X, S:V445X, S:N450D, S:N460X) (10,3 %), BA.2.75* (11,8 %), BA.4.6* (0,6 %) y BA.2.3.20* (<0,1 %). En la semana 50, la prevalencia de XBB* fue del 6,8 %, que incluye XBB.1.5 la cual tuvo un aumento en las secuencias registradas en la semana 50 (667 secuencias) en comparación a la semana 49, cuando se reportaron 525 secuencias. Con base en la evidencia actual, no hay indicación de una mayor gravedad asociada con estas variantes bajo monitoreo en comparación con los antiguos linajes de Ómicron²⁴.

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 Ómicron.BQ.1* se detecta en 28/42 muestras analizadas, Ómicron XBB* en 2/42 y Ómicron compatible con BA.4/BA.5 en 4/42, mientras que para BA.2 se registran 4 casos

²³ Tomado de : <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---14-december-2022>

²⁴ Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---4-january-2023>

en la misma semana, 1 de los cuales corresponde a Ómicron BA.2.75*. (*Indica la inclusión de linajes descendientes).²⁵

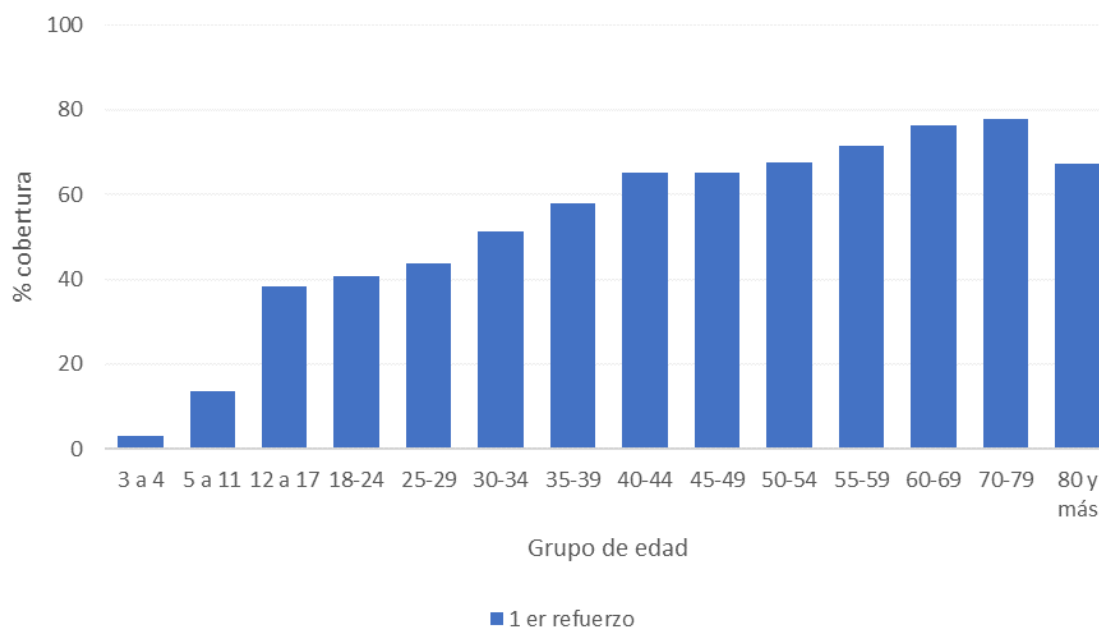
Se destaca que los casos de Ómicron compatible con BA.4/BA.5 detectados por técnica molecular pudieran corresponder a BQ.1* u otros linajes descendientes de BA.4 o BA.5.

Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 10/01/23 SE 01](#) y el [Informe de Vigilancia Genómica SE 35](#).

INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas para el primer refuerzo, el 48% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 60% 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 73,1%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años la cobertura alcanzó el 38,3%, en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 13,8% y en el grupo de 3 a 4 años (incorporado en la SE 31) la cobertura es del 3%.

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

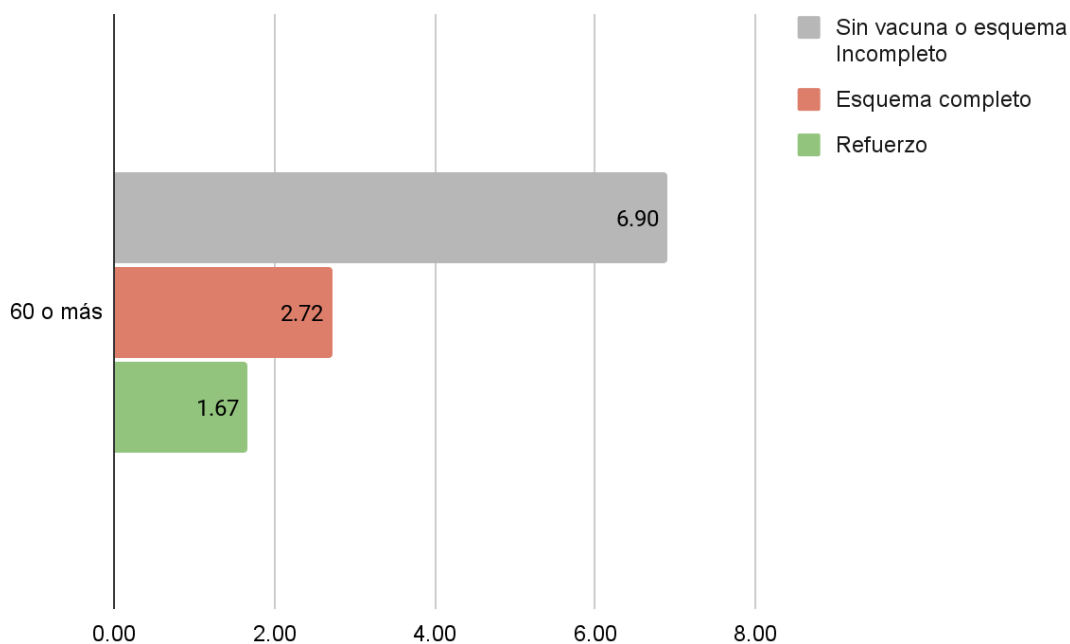


Fuente: Informe de avance vacunación contra Covid-19. DICEI. Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NoMiVac).

²⁵ Se debe considerar que no pueden analizarse proporciones en las últimas semanas del año debido al escaso número de muestras secuenciadas.

En cuanto a los casos fallecidos según condición de vacunación, entre las SE50/2022-SE1/2023 se registraron 6,90 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o con esquema incompleto. Se produjeron 2,72 muertes cada 100.000 habitantes en personas de 60 años y más años con esquema completo, mientras que en personas de este mismo grupo etario vacunadas con dosis de refuerzo la mortalidad fue de 1,67 muertes cada 100.000 habitantes.

Gráfico 18. Tasas de mortalidad c/100.000 en población de 60 años y más según estado de vacunación. SE 50/2022 - SE 1/2023, 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 gráfico)*

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

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

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

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

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS²⁶

América del Norte: en la subregión la actividad de la influenza fue moderada, aunque con tendencia al aumento, con predominio de influenza A(H3N2) y la circulación concurrente de A(H1N1)pdm09 y B/Victoria. La actividad del 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 vigilancia estuvieron por encima de los niveles esperados. En México, la actividad de la influenza continuó por encima de los niveles esperados; los casos de IRAG estuvieron en niveles de baja intensidad. En los Estados Unidos la actividad de la influenza parece haber llegado a una meseta, ubicándose en niveles de intensidad moderada, con tasas de hospitalización acumuladas asociadas a la influenza más altas que la tasa de hospitalización acumulada durante la temporada más alta observada en la semana 51 (2010-21). El VRS continúa con una actividad elevada pero con una tendencia decreciente.

Caribe: la actividad de la influenza fue moderada en toda la subregión con predominio del virus A(H3N2) y circulación concurrente de influenza B/Victoria. La actividad del SARS-CoV-2 se mantuvo baja en general. Belice y Haití han mostrado una mayor actividad de influenza a niveles de baja intensidad, mientras que Guadalupe y Martinica registraron 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/Victoria (en muestras con linaje determinado). Se informó un aumento de la actividad de la influenza en Guatemala. El porcentaje de positividad del SARS-CoV-2 aumentó en la subregión en general, mientras que el VRS disminuyó.

Países Andinos: la actividad de la influenza fue baja, con predominio de influenza A(H3N2) y circulación concurrente de influenza A(H1N1)pdm09 y B/Victoria. Bolivia y Ecuador reportaron un aumento en las detecciones de influenza B/Victoria y A(H3N2), con una actividad elevada de IRAG, en niveles moderados en ambos países. Además, el porcentaje de positividad del SARS-CoV-2 continúa elevado en Colombia, Ecuador y Perú. En la subregión, la actividad del VRS estuvo baja en general.

Brasil y Cono Sur: la actividad de la influenza fue moderada, 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 influenza con predominio de influenza B (linaje indeterminado). En Chile predominó la influenza A(H3N2), mostrando una tendencia decreciente. La actividad del SARS-CoV-2 estuvo elevada en toda la subregión pero con una tendencia a la baja. Continuó la notificación de un aumento de la actividad del VRS en Brasil y Chile.

²⁶Tomado de: Reporte de Influenza SE 50-51 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS, disponible en <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19²⁷

656.398.043

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS hasta el 1 de enero de 2023.

6.672.752

Personas fallecidas en el mundo.

3.038.287

Casos nuevos reportados en la última semana.

10.704

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

22%↓

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

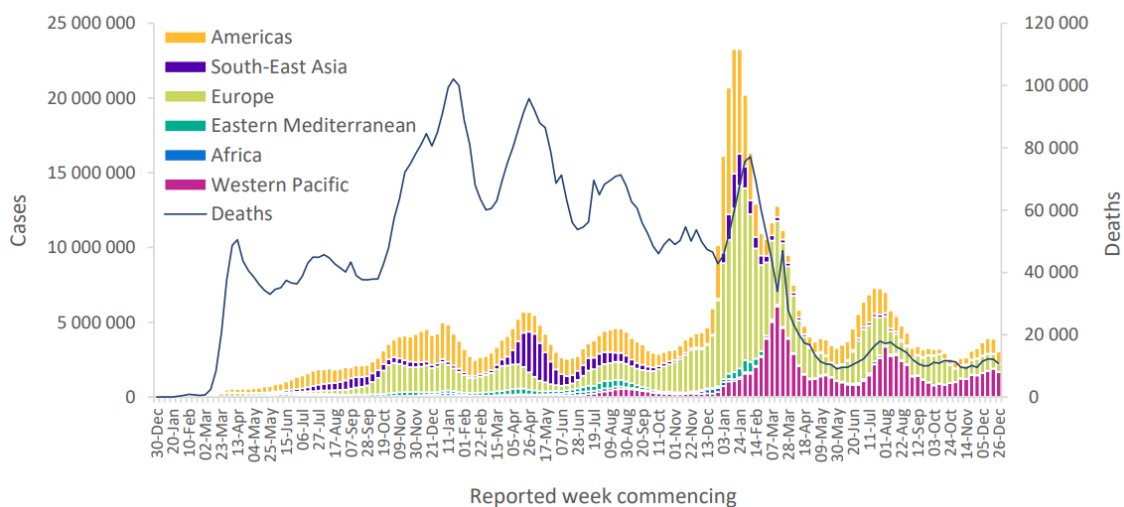
12%↓

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 98,4% de las secuencias reportadas entre el 2 de diciembre de 2022 y 2 de enero de 2023 eran la variante Ómicron.
- ✓ Según las secuencias enviadas a GISAID en la semana 50, Ómicron BA.5 y sus linajes descendientes siguen siendo dominantes en todo el mundo y representaron el 63,7% de las secuencias enviadas, aunque su prevalencia está disminuyendo. La prevalencia de BA.2 y sus linajes descendientes está aumentando, principalmente debido a BA.2.75 (y sus linajes descendientes) que juntos representaron el 15,2% de las secuencias. BA.4 y sus linajes descendientes están disminuyendo con una prevalencia de 0,7%. Las secuencias no asignadas (presumiblemente Ómicron) representaron el 13,6%, mientras que los demás linajes representaron el 6,1%.
- ✓ En la semana 50 seis variantes actualmente en seguimiento representaron el 74,4% de la prevalencia y han reemplazado a los antiguos linajes descendientes BA.5. Estas seis variantes bajo seguimiento (y la respectiva prevalencia) son BQ.1 (44,9%), BA.5 con una o varias de cinco mutaciones (S:R346X, S:K444X, S:V445X, S:N450D, S:N460X) (10,3%), BA.2.75 (11,8%), XBB (6,8%), BA.4.6 (0,6%) y BA.2.30.2 (0,1%). Con base en la evidencia actual, no hay indicación de una mayor gravedad asociada con estas variantes bajo control en comparación con los antiguos linajes de Ómicron.

²⁷ 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 08 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.

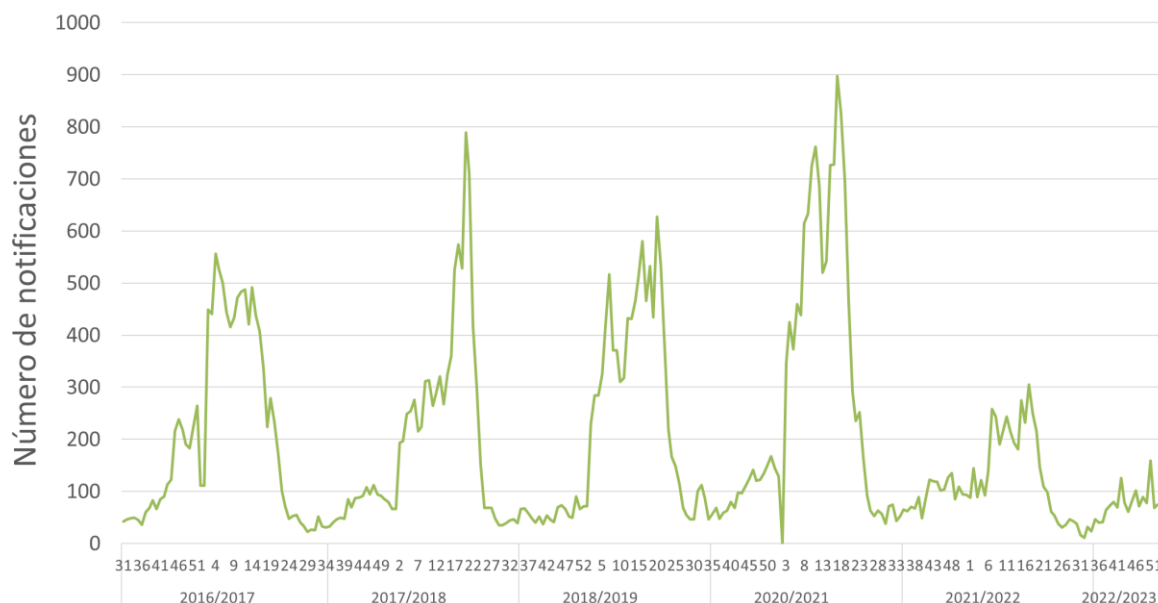
Se insta a los equipos de salud, en la actual situación epidemiológica atravesada por la pandemia por SARS-CoV2, a fortalecer la sospecha clínica de dengue y otros arbovirus, a tener en cuenta el algoritmo de diagnóstico y definición de caso sospechoso.

INFORMACIÓN NACIONAL DE DENGUE TEMPORADA 2022-2023

El período de análisis de esta edición corresponde a la SE 01/2022 de la temporada 2022-2023. Desde el inicio de la temporada, en agosto del presente año, no se registraron casos confirmados sin antecedente de viaje al exterior hasta el mes de diciembre, donde se notificaron dos casos en CABA y dos casos en Córdoba, sin nuevos casos en dichas localidades desde entonces. En el resto del país, no hay registro de casos confirmados autóctonos.

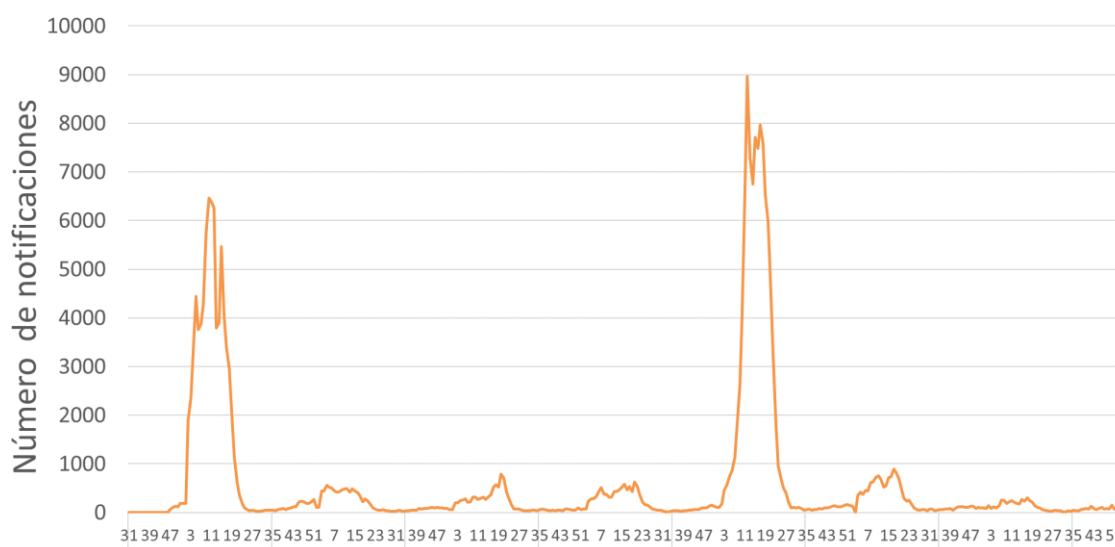
Durante los primeros meses de la temporada se registra una baja en la cantidad de casos sospechosos a nivel país, con un aumento hacia la SE 38 (Gráficos 1 y 2). En las últimas tres semanas (SE 51/2022 a 01/2023) se registró un promedio semanal de 57 notificaciones. Esto representa un 44% del promedio registrado para las mismas semanas la temporada anterior (2020-2021) y un 27% del promedio registrado en la temporada de 2019-2020 (temporada epidémica).

Gráfico 1. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para temporadas no epidémicas (2016-2017 a SE 01/2023). 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 01/2023). 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). Los cuatro casos fueron confirmados mediante pruebas de antígeno NS1 positivas, por técnica ELISA, sin antecedente de viaje al exterior. 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. 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. Todos los casos están siendo estudiados por laboratorio en el Laboratorio Nacional de Referencia de arbovirus "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH-ANLIS).

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, 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 otro 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).

Además, se han registrado 11 casos probables de dengue (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 01/2023.

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	3	0	0	1	1	118
CABA	2	1	0	0	2	0	120
Córdoba	2	0	0	0	2	0	80
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	50
Santa Fe	0	0	0	0	0	1	167
Centro	4	4	0	0	5	2	535
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	56
Corrientes	0	0	0	0	1	0	9
Formosa	0	1	0	0	0	0	12
Misiones	0	0	0	0	0	0	101
NEA	0	2	0	0	1	0	178
Catamarca	0	0	0	0	0	0	8
Jujuy	0	1	0	0	0	0	93
La Rioja	0	0	0	0	0	0	1
Salta	0	1	0	0	0	0	304
Sgo. del Estero	0	0	0	0	0	0	4
Tucumán	0	1	0	0	0	0	55
NOA	0	3	0	0	0	0	465
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	4	9	0	0	9	2	1.191

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 50% corresponden a casos sospechosos no conclusivos, el 42% han sido descartados, un 6% permanecen en estudio y el restante 2% corresponden a casos confirmados y probables. Las notificaciones se registraron principalmente en las regiones Centro y NOA.

INFORMACIÓN REGIONAL DEL DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE 01/2023

Dengue, Zika y Chikungunya en países de la región

Desde la SE31/2022 a la SE 01/2023, 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
<i>Brasil</i>	SE 50/2022	DEN 1, 2, 3 y 4	2.363.490	1.104,47	1.141.264	929	0,04
<i>Bolivia</i>	SE 52/2022	DEN 1 y 2	14.660	123,89	3.793	9	0,07
<i>Paraguay</i>	SE 52/2022	DEN 1 y 2	7.428	99,72	362	0	0,00
<i>Perú</i>	SE 52/2022		71.352	218,38	53.736	84	0,12
<i>Argentina</i>	SE 01/2023	DEN 1 y 2	750	1,76	750	0	0,00

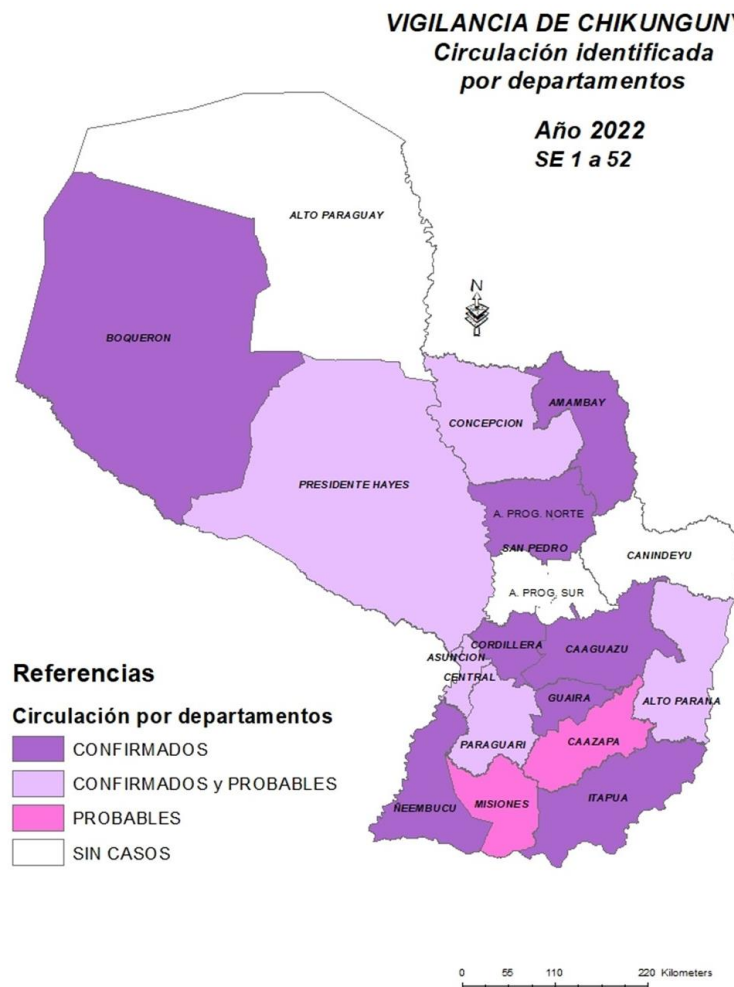
*Se excluye de la tabla al país limítrofe Chile, donde no hay registro del vector *Ae. aegypti*.

Fuente: 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}).

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. Desde la SE 01 a la SE 52 del presente año se registraron 362 casos de dengue y 1.460 casos confirmados de Chikungunya²⁸. De estos últimos, 576 se corresponden a las SE 50, 51 y 52. 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).

²⁸ Resumen de la Situación Epidemiológica semanal, actualizado al 06/01/2023. https://dgvs.mspbs.gov.py/page/#vista_boletines_dpto.html

Figura 2. Circulación identificada de Chikungunya por departamentos. SE 01 a 52/2022. 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.

País	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus de Zika		
	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 del 2022 no se notificaron casos autóctonos de dengue hasta el mes de diciembre, donde se confirmaron cuatro casos (dos en CABA y dos en Córdoba Capital) 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, siendo que nos encontramos en temporada de temperaturas altas y de mayor movilidad de personas dentro y fuera del país.

De igual forma, a partir del aumento de casos de Fiebre Chikungunya en Paraguay y su expansión espacial, se insta a reforzar la sospecha de esta enfermedad en todas las jurisdicciones del país, y en particular en los casos con antecedentes de viaje a la zona afectada, en conjunto con las acciones de prevención y control pertinentes.

Se recuerda también, la importancia de la adecuada toma de muestras y su procesamiento laboratorial para el cierre de casos de otros arbovirus, en un contexto de circulación viral de otras arbovirosis en la región.

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).

EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS A SE 52

En la presente sección se muestran las notificaciones realizadas en el SNVS 2.0 para eventos que no se analizan en informes especiales periódicos o cuentan con un análisis más exhaustivo por parte de los programas a los que pertenecen. Los casos se muestran por año de apertura (notificación) y la clasificación de caso informada en el SNVS, y son susceptibles de modificación.

Tabla 1 - Eventos erradicados en eliminación o control a SE52

Eventos	2019		2020		2021		2022	
	Notif.	Confi.	Notif.	Confi.	Notif.	Confi.	Notif.	Confi.
Difteria	4	0	1	0	2	0	0	0
Rubeola congénita	142	0	56	0	81	0	56	0
EFE (Enfermedad febril exantemática)	4119		2033		263		984	
Sarampión		130		69		0		2
Rubéola		4		0		0		0
Poliomielitis-Parálisis flácida aguda en menores de 15 años	171	1	104	2	106	0	178	1
Viruela	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo *	640	23	260	15	50	15	657	10

Datos extraídos del SNVS2.0, sujetos a modificación, se considera la fecha de apertura y la clasificación manual.

(*) Casos importados

Tabla 2: Eventos con umbral esperado 0 (Cero) o símil a SE52

Eventos	2019		2020		2021		2022	
	Notif.	Confi.	Notif.	Confi.	Notif.	Confi.	Notif.	Confi.
Cólera	1	0	1	0	2	0	2	0
Fiebre recurrente	1	1	20	0	1	0	2	0
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico	0	0	0	0	0	0	0	0
Carbunco Extracutáneo	0	0	0	0	0	0	0	0
Carbunco Cutáneo	0	0	1	0	2	1	6	0
Rabia Humana	7	0	2	0	3	1	6	0

Datos extraídos del SNVS2.0, sujetos a modificación, se considera la fecha de apertura y la clasificación manual.

Tabla 3: Eventos ordenados por grupo con umbral por encima de 0 (cero) a SE52.

Grupo	Evento	2019		2020		2021		2022		
		Notif.	Confi.	Notif.	Confi.	Notif.	Confi.	Notif.	Confi.	
Enfermedades Transmitidas por alimentos, agua o ruta fecal-oral	Botulismo	40	10	23	4	25	6	46	7	↔
	Botulismo Del Lactante	70	40	50	20	53	30	72	38	↑
	Diarreas	957088		493715		527726		695345		↓
	Fiebre tifoidea y paratifoidea	421	309	860	643	2118	1797	2068	1526	↑
	Intoxicación por moluscos	0	0	0	0	0	0	2	2	↓
	Toxo-Infecciones Alimentarias	212	32	66	12	92	23	66	14	↓
	Triquinosis	820	112	512	93	1225	359	824	323	↑
Legionelosis	Legionelosis	23	2	17	0	14	3	72	23	↑
Micosis	Mucormicosis	0	0	0	0	18	11	3	1	↓
ITS	Linfogranuloma venéreo	92	76	50	41	62	24	17	11	↓
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche	7865	849	954	138	3362	131	4909	176	↓
	Parotiditis	543	184	172	98	132	58	352	172	↑
	Otras enfermedades bacterianas invasivas	260	227	99	83	116	102	441	375	↑
	Tétanos otras edades	7	1	5	2	0	0	7	2	↑
Intoxicaciones	Intoxicación Medicamentosa	2695	2162	1578	1236	1463	1026	2255	1716	↔
	Carbón	1956	119	1165	58	1441	133	1338	12	↓
	Intoxicación por otros tóxicos	3011	1	1509	0	1183	0	2157	0	↓
	Intoxicación por Plaguicidas Agrícolas	353	24	198	16	291	16	391	13	↓
	Intoxicación por Plaguicidas De Uso Doméstico	0	0	0	0	0	0	25	12	
	Intoxicación/Exposición a	45	0	14	0	5	0	31	13	
	Intoxicación/exposición a Mercurio	0	0	0	0	0	0	7	7	
Enfermedades de transmisión materno-infantil (ETMI)	Toxoplasmosis congénita	155	31	69	18	67	23	170	39	↑
	Toxoplasmosis en gestantes	1870	295	1723	256	1775	171	3277	345	↑
	Chagas agudo congénito	2111	161	1444	82	1557	120	1906	136	↔
Enfermedades Transmisibles por vectores	Fiebre Manchada causada por rickettsias	129	11	96	5	77	9	122	9	↔
	Leishmaniasis Cutánea	300	176	268	187	576	376	278	154	↓
	Leishmaniasis Mucosa	32	22	18	15	57	26	46	33	↑
	Leishmaniasis Visceral	116	13	61	9	107	19	159	20	↑
Enfermedades zoonóticas humanas	Brucelosis	990	106	630	67	776	95	777	104	↔
	Fiebre Hemorrágica Argentina	312	13	508	39	237	16	377	61	↑
	Hantavirus	2456	127	1888	76	956	53	1229	77	↔
	Hidatidosis	765	391	419	238	631	357	1078	635	↑
	Leptospirosis	3375	157	2730	67	1396	50	1601	56	↓
	Psitacosis	274	40	133	17	250	40	290	37	↔
	Rabia animal (APR)	458	169	405	156	406	138	722	518	↑
	Cisticercosis	8129	7300	4416	3801	7473	6768	10485	9795	↑
	Fiebre Q	23	3	11	1	31	16	44	11	↑
	Fiebre Q	2	0	8	0	13	11	49	21	
	Envenenamiento por animal ponzoñoso - Alacranismo	5763	4624	4323	3371	6192	4481	5827	4876	↔
	Araneísmo-Envenenamiento por Latrodectus (Latrodectismo)	447	231	352	205	293	177	415	265	↑
	Araneísmo-Envenenamiento por Loxosceles (Loxoscelismo)	277	152	165	86	154	71	236	129	↑
	Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	12	10	16	14	11	9	4	4	↓
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	514	299	589	373	744	441	678	451	↔
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	27	16	26	15	39	18	47	24	↑
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	10	6	11	10	12	7	15	11	↑
Tuberculosis y lepra	Lepra	185	0	109	0	87	0	110	0	

Datos extraídos del SNVS2.0, sujetos a modificación, se toma fecha de apertura y clasificación manual

Datos extraídos del SNVS2.0, sujetos a modificación, se considera la fecha de apertura y la clasificación manual.

INFORMES ESPECIALES



PALUDISMO

INTRODUCCIÓN

El paludismo o malaria, es una enfermedad parasitaria, que si no es diagnosticada y tratada oportunamente, puede provocar cuadros clínicos de gravedad y potencialmente la muerte de las personas afectadas. Es transmitida a los seres humanos por la picadura de mosquitos del género *Anopheles*.

Actualmente, Argentina se encuentra certificada como “País libre de paludismo”, lo que se refiere a la transmisión autóctona de la enfermedad. En este escenario de certificación es importante sostener las acciones de vigilancia epidemiológica y entomológica, control vectorial, capacidad diagnóstica laboratorial y el manejo de casos importados que incluye el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los casos importados para prevenir la reintroducción del paludismo en Argentina.

El paludismo se puede prevenir y curar, y gracias a los esfuerzos adicionales realizados en el actual contexto mundial, la carga de la enfermedad se está reduciendo notablemente en muchos países.

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

En el marco del **Plan de prevención del restablecimiento de la transmisión de paludismo en Argentina** es imperativo mantener un sistema de vigilancia que garantice la detección temprana de los casos importados, el diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado de los casos confirmados, la vigilancia y control vectorial focalizado, así como también el monitoreo de las acciones realizadas.

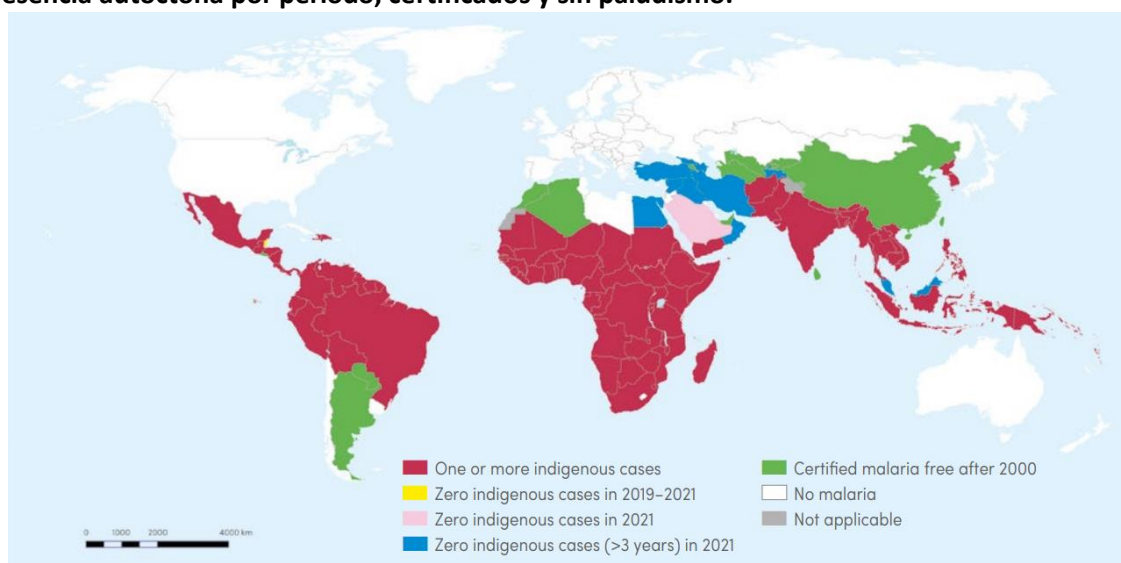
- Identificar de forma temprana los casos importados para procurar la atención adecuada
- Monitorear el riesgo de restablecimiento de paludismo en el país
- Direccional las acciones de prevención y control
- Identificar de manera oportuna los casos sospechosos, permitiendo monitorear las acciones de diagnóstico, investigación y control.
- Monitorear el cumplimiento del tratamiento y seguimiento adecuados de los casos confirmados
- Posibilitar la difusión, el uso y el análisis de la información de paludismo relevante en tiempo real en todos los niveles y sectores con responsabilidad en la prevención, detección y control de la enfermedad
- Facilitar la articulación con los equipos de control vectorial para la realización de acciones de prevención y control
- Clasificar de manera precisa los casos de paludismo
- Efectuar la caracterización epidemiológica de los casos de paludismo detectados
- Identificar grupos poblacionales vulnerables o en situación de riesgo
- Relevar los datos requeridos para la construcción de los diferentes indicadores programáticos: epidemiológicos, operacionales y de respuesta a los esquemas de tratamiento
- Reconocer las brechas en el acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento

SITUACIÓN INTERNACIONAL

En base a lo publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Informe mundial sobre el paludismo para el año 2021, se reportaron 247 millones de casos de paludismo, de los cuales se identifica que la mayor carga de morbilidad se encuentra en la región africana. Para el 2020 también allí se concentró el 95% de los casos de paludismo y el 96% de las defunciones.

Asimismo, en base a información de la OMS, el acceso a herramientas y estrategias de prevención del paludismo, como son los medicamentos y acciones de control vectorial, han contribuido a reducir la carga histórica mundial de morbilidad. Frente a ello, muchos países han comenzado procesos de certificación de la eliminación del paludismo autóctono. De 2015 a 2021, la OMS ha certificado la ausencia de paludismo en nueve países: Maldivas (2015), Sri Lanka y Kirguistán (2016), Paraguay y Uzbekistán (2018), Argentina y Argelia (2019), China y El Salvador (2021).

Mapa 1: Distribución del paludismo en el mundo. Países con presencia autóctona de casos, sin presencia autóctona por periodo, certificados y sin paludismo.



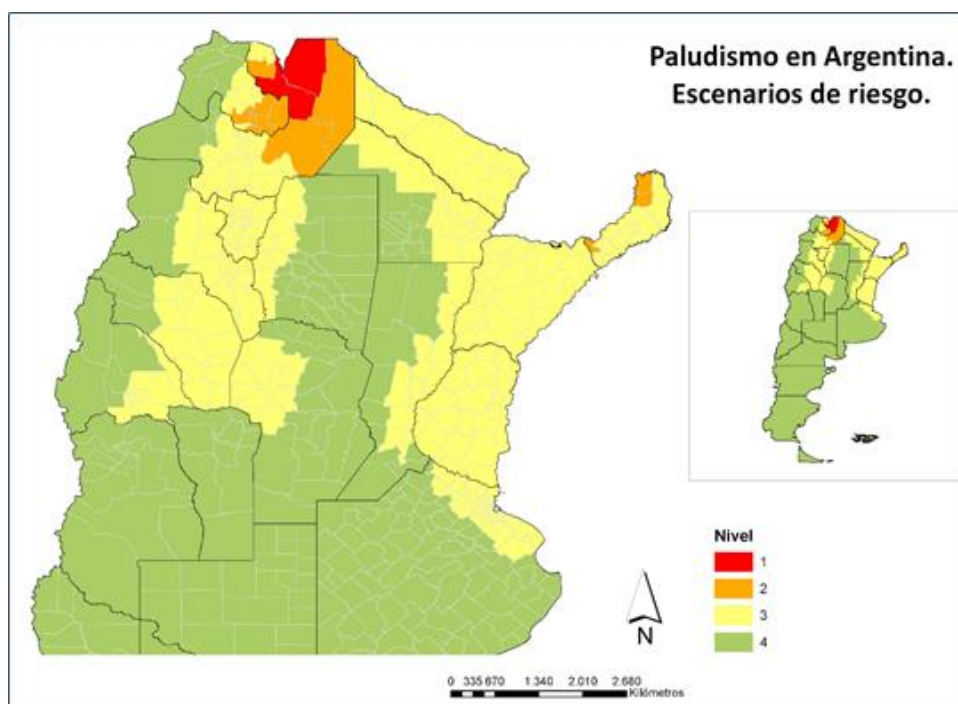
Fuente: Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064898>

SITUACIÓN NACIONAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) certificó la eliminación del paludismo en Argentina en el 2019, producto de la demostración de la interrupción de la transmisión autóctona de la enfermedad desde el año 2011. El último brote epidémico fue en 2007 en Iguazú, Misiones y los últimos casos autóctonos en el país se registraron en el año 2010.

En Argentina se han identificado cuatro escenarios con diferente riesgo de restablecimiento de la transmisión, con base en el análisis de la receptividad y la vulnerabilidad de las jurisdicciones del país. La receptividad hace referencia a un ecosistema caracterizado por la presencia de los vectores, un clima propicio y una población susceptible; y la vulnerabilidad a la frecuencia de la entrada de personas infectadas (flujos migratorios) o de mosquitos anofelinos infecciosos.

Mapa 2: Estratificación de riesgo del paludismo en Argentina.



1. Escenario de Riesgo Nivel I: Este escenario es considerado de mayor riesgo, donde se produjeron más del 80% del total de los casos históricos (desde 2000-2010), que involucra los departamentos de Orán y General José de San Martín en la provincia de Salta.
2. Escenario de Riesgo Nivel II: Este escenario comprende departamentos de las provincias de: Salta: Anta, Iruya y Rivadavia; Jujuy: Ledesma, San Pedro y Santa Bárbara, El Carmen, Palpalá y Belgrano; Misiones: Puerto Iguazú, Eldorado y Capital
3. Escenario de Riesgo Nivel III: incluye las provincias de Catamarca, La Rioja y partes de Tucumán, Santiago del Estero, San Juan, Córdoba, Corrientes, Chaco, Formosa, Entre Ríos y norte de Buenos Aires. Tienen receptividad baja y vulnerabilidad media/baja.
4. Escenario de Riesgo Nivel IV: Este escenario corresponde al resto de la Argentina, que es un área no receptiva y sin antecedentes de transmisión palúdica, con algunas ciudades muy turísticas por lo cual existe la posibilidad de detectar casos importados, por consiguiente, siempre será necesario realizar una vigilancia y manejo de casos eficaz.

Con respecto a la cantidad de casos, se identifica que desde la SE 1 2011 a la SE 52 2022 hubo 182 casos confirmados importados en el país. Todos con antecedente de viaje a países con transmisión autóctona. Del total de casos, se identifica que el 54,0% (99) fueron: *Plasmodium vivax*, 35,5% (65) *P.falciparum*, y el resto son de las especies *P. malariae*, *P. ovale*, mixtos y 12 casos no se pudo especificar la especie.

Tabla 1. Casos confirmados importados en Argentina desde SE 1 2011 a SE 52 2022 por especie parasitaria por año.

Especie parasitaria	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
<i>P. vivax</i>	17	10	7	5	5	2	6	17	15	7	3	5	99
<i>P. falciparum</i>	7	3	3	6	5	3	8	3	6	6	10	5	65
<i>P. malariae</i>	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
<i>P. ovale</i>	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Mixta	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3
Sin especificar	2	3	1	3	0	1	2	0	0	0	0	0	12
Total	27	16	11	14	11	6	17	23	22	13	13	10	183

Fuente: SIVILA, C2 (hasta SE18 2018) y SNVS 2.0 (desde SE 18 2018 a SE 52 2022).

Asimismo, se identifica que la procedencia de casos varía a lo largo del tiempo y que se han identificado en el período de 12 años, 29 países distintos como antecedente epidemiológico y lugar de adquisición.

Tabla 2: Casos confirmados importados por año y país de adquisición Período 2011-2022. Argentina.

País de procedencia/ lugar de infección/ Continente	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Angola	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	3	0	6
Burkina Faso	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Camerún	2	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	5
Chad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
República del Congo	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Costa de marfil	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	4
Ghana	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	4
Guinea Ecuatorial	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Kenia	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Madagascar	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Mozambique	2	1	1	1	0	0	2	1	0	0	0	0	8
Nigeria	2	3	0	1	2	2	2	3	2	0	3	1	21
República centroafricana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Senegal	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3
Sudáfrica	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Sudán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Tanzania	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Togo	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
Uganda	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	0	1	6
Desconocido	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
África	9	6	5	8	6	3	9	6	5	6	11	5	79
Bolivia	13	7	2	2	1	1	5	0	0	2	1	1	35
Brasil	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	7
Colombia	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3
Perú	1	1	1	3	2	0	0	2	0	2	0	1	13
República Dominicana	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3
Venezuela	0	0	0	0	0	0	0	15	15	3	0	1	34
América	16	9	4	5	4	3	7	17	17	7	1	5	95
India	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5
Tailandia	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Filipinas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Asia	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	7
Sin especificar	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
TOTAL	27	16	11	14	11	6	17	23	22	13	13	10	183

Fuente: SIVILA, C2 (hasta SE18 2018) y SNVS 2.0 (desde SE 18 2018 a SE 52 2022).

Con respecto a las provincias de detección de los casos, se identifica que desde la SE 1 2018 a la actualidad, la mayor cantidad de casos se notificaron en CABA (37) y Buenos Aires (14). Sin embargo, se detectaron casos en otras jurisdicciones. A continuación se detallan la cantidad de casos por año por provincia de carga al SNVS 2.0.

Tabla 3: Cantidad de casos confirmados importados por año y por provincia de carga. 2018 a 2022. Argentina.

Provincia de detección/carga	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Buenos Aires	7	5	0	1	1	14
CABA	12	14	6	2	3	37
Chaco	0	0	0	0	1	1
Chubut	0	0	0	2	0	2
Corrientes	0	0	0	1	2	3
Córdoba	1	0	2	2	0	5
Entre Ríos	0	0	0	0	1	1
Mendoza	2	1	0	0	0	3
Misiones	0	0	1	1	0	2
Salta	0	0	0	1	0	1
Santa Fe	1	2	2	3	1	9
San Luis	0	0	1	0	0	1
Río Negro	0	0	1	0	0	1
San Juan	0	0	0	0	1	1
TOTAL	23	22	13	13	10	81

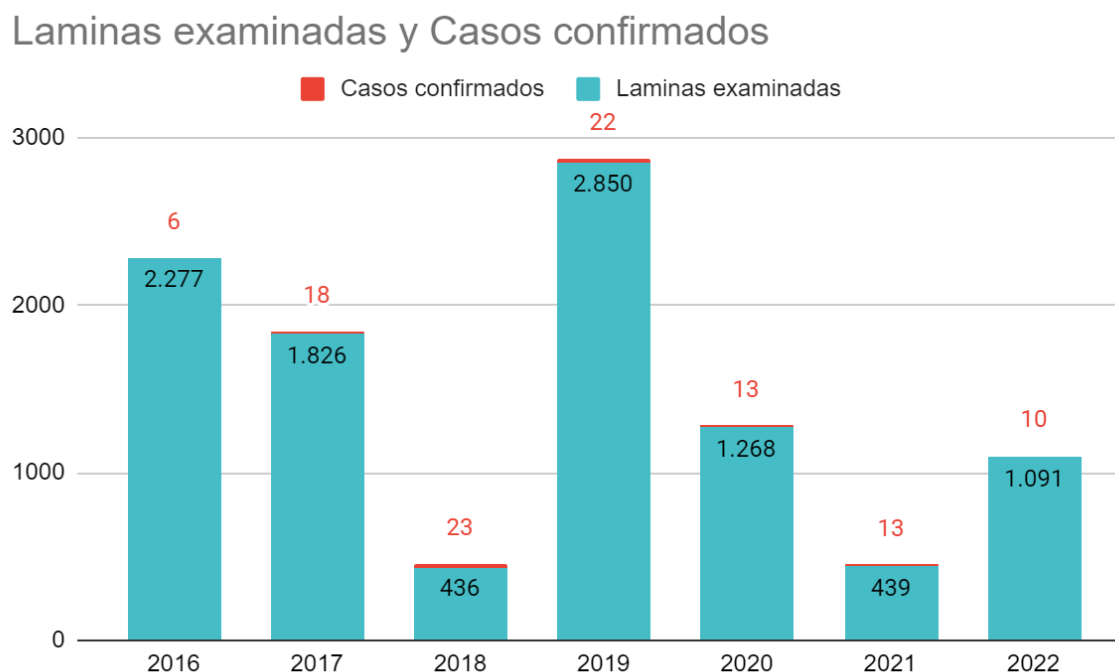
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia 2.0

Como se observa en la tabla 3, la mayoría de los casos se presentaron en escenario de riesgo 4 (E.R 4.) Sin embargo, se menciona que frente a aquellos que se han dado en E.R 1 y 2 (en las provincias de Salta y Misiones), se han realizado las correspondientes acciones de respuesta, vigilancia y control vectorial desde la Dirección de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores y los equipos provinciales y locales.

En la actualidad, desde la Dirección de Control de Enfermedades transmitidas por Vectores se continúa con lo establecido en el Plan de Prevención de reintroducción del paludismo en Argentina mediante el cual se establecen los lineamientos para la vigilancia epidemiológica y entomológica según escenarios de riesgo, acciones para el fortalecimiento en los equipos de salud para el manejo clínico de casos y se realiza la articulación con la OPS/OMS para la adquisición de la donación de medicamentos y asesoría externa. Asimismo, desde el INEI ANLIS Malbrán se coordina la Red nacional de diagnóstico de laboratorio de paludismo.

La cantidad de pruebas de laboratorio realizadas demuestra las acciones de vigilancia activa y pasiva que se realizan en el país en la que frente a la sospecha del SFAI y el antecedente de viaje, se realiza la prueba diagnóstica para confirmar o descartar los casos.

Gráfico 1. Láminas de laboratorio examinadas para paludismo y casos confirmados importados de paludismo por año en Argentina. 2016-2022



Es importante sospechar paludismo en:

-Toda persona que presente fiebre (> de 38° C) o historia de fiebre, sin etiología definida y que refiera al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos:

- . Que haya viajado a una zona con transmisión activa de paludismo en el último año (extendido a 3 años para las áreas en riesgo de *P. vivax*)
- . Antecedente personal de haber padecido la enfermedad en los últimos 5 años.
- . Que resida o haya viajado a zona receptiva de Argentina (donde hay presencia del vector) en las que se hayan presentado casos de paludismo en el último mes.

-Persona que presenta anemia, hepatomegalia y/o esplenomegalia de causa desconocida (con o sin referencia de fiebre) y antecedente de viaje a zona con transmisión de paludismo.

-Receptores de donaciones de sangre o trasplantes que presenten fiebre sin etiología conocida durante los 3 meses posteriores a la recepción

Se deben solicitar extendido fino (frotis) y examen de gota gruesa, mantener el seguimiento del paciente y repetir el examen cada 8 o 12 horas por 3 días, si el primer estudio fue negativo y persiste la sospecha diagnóstica.

Para acceder a guías, protocolos y materiales sobre el tema:

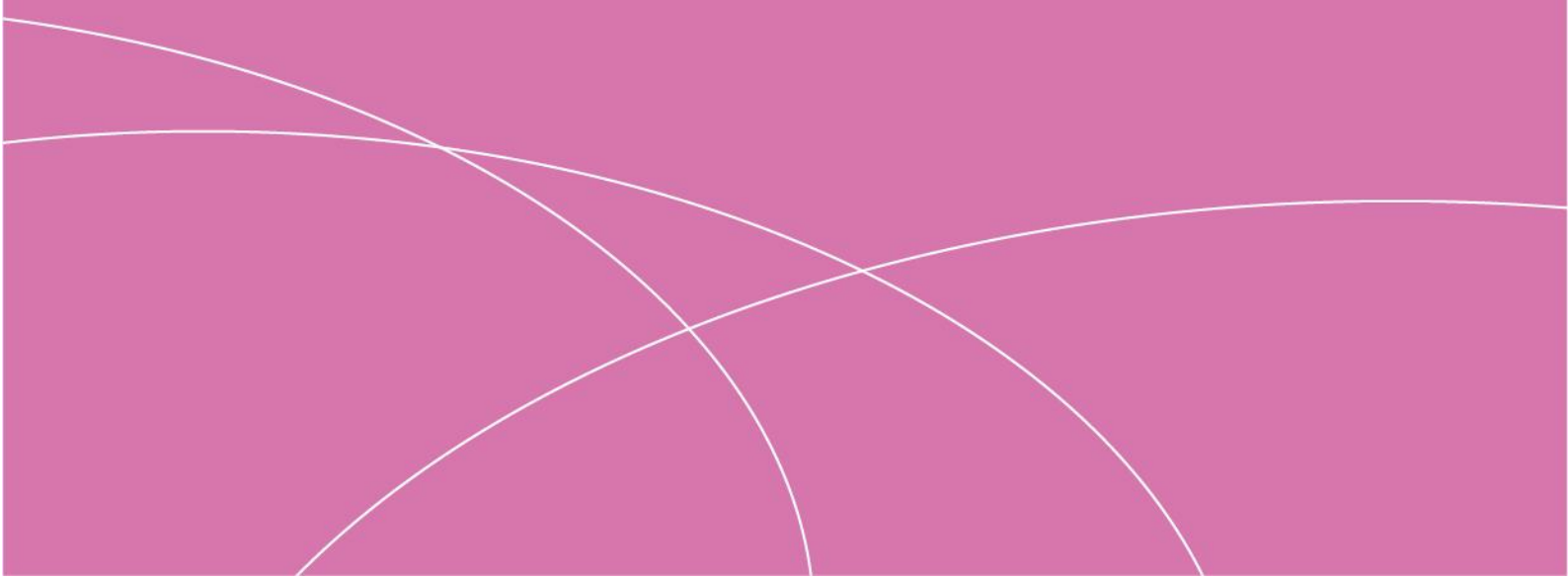
https://bancos.salud.gob.ar/bancos/materiales-para-equipos-de-salud?field_problematika_target_id=All&field_soporte_target_id=All&title=paludismo

Ante el diagnóstico de paludismo se debe notificar de inmediato al SNVS e iniciar el tratamiento según el Algoritmo de diagnóstico y tratamiento de acuerdo a la especie identificada:
<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/paludismo-malaria-2018.pdf>

Para acceder al anexo de la guía para la notificación de casos de paludismo a través del SNVS 2.0
[https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001414cnt-gua de vigilancia para la prevencion del paludismo - anexo 6.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001414cnt-gua%20de%20vigilancia%20para%20la%20prevencion%20del%20paludismo%20-%20anexo%206.pdf)

El tratamiento para paludismo está disponible en la Dirección de Epidemiología de cada jurisdicción y es allí donde debe ser solicitado por el equipo de salud que está asistiendo al paciente.

**ALERTAS
EPIDEMOLÓGICAS
INTERNACIONALES**



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 04 y el 11 de enero del 2023.

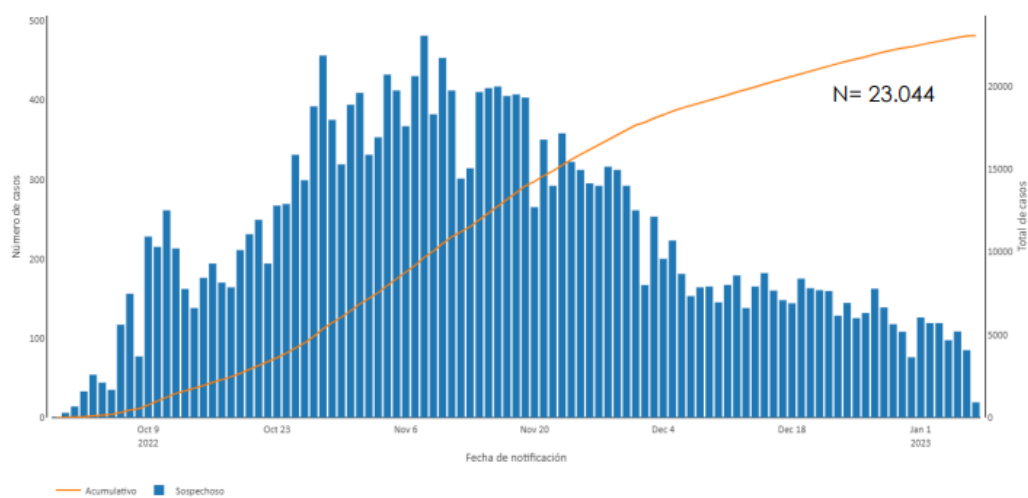
ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA - CÓLERA - 10 DE ENERO DEL 2023

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 7 de enero de 2023, el Ministerio de Salud de Haití informó un total de 23.044 casos sospechosos en 10 departamentos del país, incluidos 1.576 casos confirmados, 18.699 casos sospechosos internados y 464 defunciones registradas. Esto representa un aumento en los últimos 7 días del 3% de casos sospechosos (N=679), del 2% de casos confirmados (N=26) y del 3% en las defunciones (N=14). Hasta el 7 de enero de 2023, 9 departamentos han confirmado casos (Artibonite, Centre, Grand-Anse, Nippes, Nord, Nord-Ouest, Ouest, Sud and Sud-Est). Hasta la fecha, la tasa de letalidad entre los casos sospechosos es del 2,0%. De un total de 4.351 muestras analizadas por el laboratorio Nacional de Salud Pública, 1.576 fueron confirmados (tasa de positividad 36,2%).

República Dominicana. El 6 de enero de 2023, el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana confirmó tres casos adicionales de cólera en el país. Los mismos corresponden a dos personas de nacionalidad haitianas (una femenina de 93 y un niño de 4 años), ambos notificados en el sector de San Carlos, y un tercer caso correspondiente a una femenina de 55 años, residente en el sector de la Zurza del Distrito Nacional. Desde la notificación del primer caso confirmados el 20 de octubre de 2022, al 6 de enero de 2023, se han notificado un total de 13 casos confirmados en la República Dominicana, 4 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 7 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-10-enero-2023>

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA



RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

En el marco de la circulación de virus Influenza y otros virus respiratorios y el aumento de la circulación de SARS-CoV-2, se actualizan las recomendaciones para la prevención de las infecciones respiratorias agudas en establecimientos de salud y para personal sanitario, en el marco de la estrategia de vigilancia y control integral de COVID-19 y otras infecciones respiratorias agudas:

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/prevencion-de-infecciones-respiratorias-agudas-en-establecimientos-de-salud>

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 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

CALENDARIO
EPIDEMIOLÓGICO | 2023

		SEMANA EPIDEMIOLÓGICA						
		D	L	M	M	J	V	S
ENERO	1	1	2	3	4	5	6	7
	2	8	9	10	11	12	13	14
	3	15	16	17	18	19	20	21
	4	22	23	24	25	26	27	28
	5	29	30	31	1	2	3	4
FEBRERO	6	5	6	7	8	9	10	11
	7	12	13	14	15	16	17	18
	8	19	20	21	22	23	24	25
	9	26	27	28	1	2	3	4
MARZO	10	5	6	7	8	9	10	11
	11	12	13	14	15	16	17	18
	12	19	20	21	22	23	24	25
	13	26	27	28	29	30	31	1
ABRIL	14	2	3	4	5	6	7	8
	15	9	10	11	12	13	14	15
	16	16	17	18	19	20	21	22
	17	23	24	25	26	27	28	29
	18	30	1	2	3	4	5	6
MAYO	19	7	8	9	10	11	12	13
	20	14	15	16	17	18	19	20
	21	21	22	23	24	25	26	27
	22	28	29	30	31	1	2	3
JUNIO	23	4	5	6	7	8	9	10
	24	11	12	13	14	15	16	17
	25	18	19	20	21	22	23	24
	26	25	26	27	28	29	30	1
JULIO	27	2	3	4	5	6	7	8
	28	9	10	11	12	13	14	15
	29	16	17	18	19	20	21	22
	30	23	24	25	26	27	28	29
	31	30	31	1	2	3	4	5
	AGOSTO	32	6	7	8	9	10	11
33		13	14	15	16	17	18	19
34		20	21	22	23	24	25	26
35		27	28	29	30	31	1	2
SEPTIEMBRE		36	3	4	5	6	7	8
	37	10	11	12	13	14	15	16
	38	17	18	19	20	21	22	23
	39	24	25	26	27	28	29	30
	OCTUBRE	40	1	2	3	4	5	6
41		8	9	10	11	12	13	14
42		15	16	17	18	19	20	21
43		22	23	24	25	26	27	28
44		29	30	31	1	2	3	4
NOVIEMBRE		45	5	6	7	8	9	10
	46	12	13	14	15	16	17	18
	47	19	20	21	22	23	24	25
	48	26	27	28	29	30	1	2
	DICIEMBRE	49	3	4	5	6	7	8
50		10	11	12	13	14	15	16
51		17	18	19	20	21	22	23
52		24	25	26	27	28	29	30
1		31	1	2	3	4	5	6

Dirección de
EpidemiologíaMinisterio de Salud
Argentina
[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