

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA

5

NÚMERO 639
AÑO 2023

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA



Ministerio de Salud
Argentina

AUTORIDADES

PRESIDENTE DE LA NACIÓN

DR. ALBERTO ÁNGEL FERNÁNDEZ

MINISTRA DE SALUD DE LA NACIÓN

DRA. CARLA VIZZOTTI

JEFA DE GABINETE

LIC. SONIA GABRIELA TARRAGONA

SECRETARIA DE ACCESO A LA SALUD

DRA. SANDRA MARCELA TIRADO

SUBSECRETARIA DE MEDICAMENTOS E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

DRA. NATALIA GRINBLAT

DIRECTORA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

DRA. ANALÍA REARTE

DIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA

MG. CARLOS GIOVACCHINI

CONTENIDO

Staff	1
SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES	2
Viruela símica / Mpox	3
EVENTOS PRIORIZADOS	10
Vigilancia de Infecciones respiratorias agudas	11
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	39
NOTIFICACIÓN ACUMULADA DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA- SE1 a SE4/2023.....	47
Eventos de notificación obligatoria seleccionados a SE 04.....	48
ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES	50
Meningitis – Niger	51
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA	53
Norma de vigilancia y control de fiebre chikungunya.....	54
Síndrome febril agudo inespecífico: fichas de recolección de datos y pedidos de estudio de laboratorio.....	60
Virus chikungunya: algoritmo de trabajo de la red de laboratorios y notificación al snvs.....	61
Resolución 2827/2022: Actualización de las normas de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria	62

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 Domínguez	Dalila Rueda
Martina Iglesias	Paula Rosin	Analí López Almeyda
María Belén Markiewicz	Fiorella Ottonello	Laura Bidart
Maria 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: Andrea Pontoriero², Josefina Campos³.

Imagen de tapa: imagen del Ministerio de Salud de la Nación, tomada del banco de imágenes del ministerio de salud.

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

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

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

³ Plataforma de Genómica, ANLIS.

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES



VIRUELA SÍMICA / MPOX

SITUACIÓN NACIONAL AL 07/02/2023

1.091

Casos confirmados reportados

2

Personas fallecidas en el país

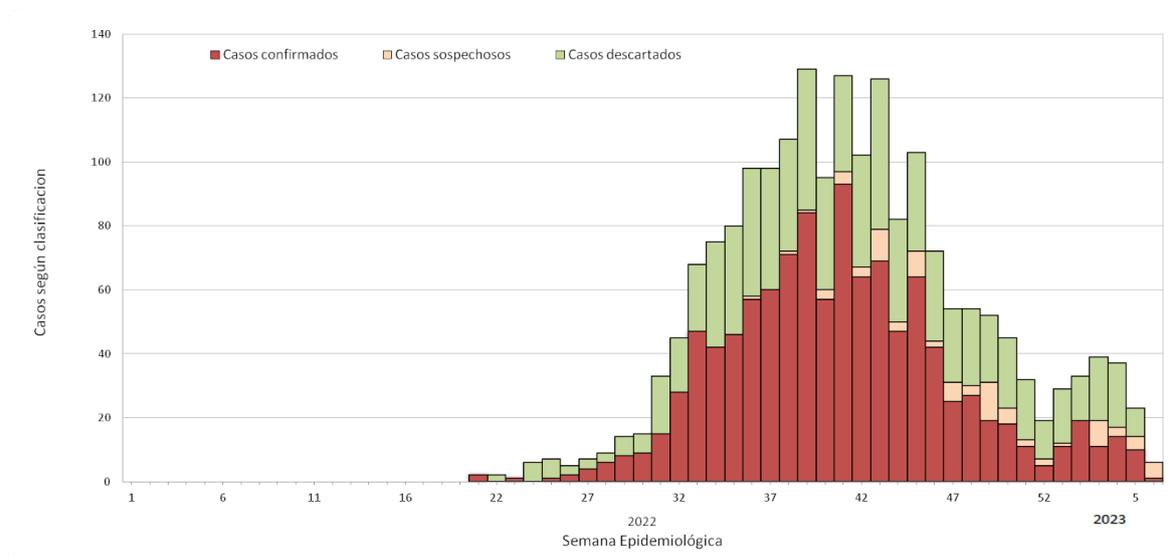
- ✓ Hasta el 07 de febrero se confirmaron 1.091 casos en Argentina.
- ✓ El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 13,5 casos con un máximo de 19 en la SE2 y un mínimo de 10 en la SE5.
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 35 años con un mínimo de 0 años y un máximo de 78 años.
- ✓ El 97,8% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino (24 corresponden al sexo legal femenino, 4 de género trans y 20 de género mujer cis).
- ✓ Se notificaron 2 personas fallecidas. Ambas presentaban factores de riesgo.
- ✓ Actualmente no se registran casos ingresados en UTI.
- ✓ Se han notificado casos confirmados en 16 jurisdicciones y sospechosos en 8.
- ✓ Los casos siguen concentrados en la región Centro, en grandes conglomerados urbanos (el 63,9% de los casos confirmados se registraron en residentes de la CABA y junto con las provincias de Buenos Aires y Córdoba, concentran el 94,8%).

Tabla 1. Viruela símica: frecuencia absoluta y relativa de notificaciones acumuladas según clasificación y provincia de residencia. Argentina al 07/02/23.

Provincia de residencia	Confirmado	Frecuencia relativa acumulada Confirmados	Sospechoso	Descartado	Total	Frecuencia relativa acumulada Total notificados
CABA	697	63,9	40	328	1065	55,27
Buenos Aires	292	90,7	29	302	623	87,60
Córdoba	45	94,8	2	36	83	91,90
Santa Fe	17	96,3	1	22	40	93,98
Tierra del Fuego	9	97,2		4	13	94,65
Mendoza	8	97,9		8	16	95,49
Río Negro	5	98,4		4	9	95,95
Santa Cruz	4	98,7	1	6	11	96,52
Neuquén	3	99,0		6	9	96,99
Chubut	2	99,2		8	10	97,51
Jujuy	2	99,4		4	6	97,82
Tucumán	3	99,6	10		12	98,44
Chaco	1	99,7		6	7	98,81
Corrientes	1	99,8		1	2	98,91
Salta	1	99,9			1	98,96
San Juan	1	100,0		4	5	99,22
Catamarca				1	1	99,27
Entre Ríos				3	3	99,43
Formosa				4	4	99,64
La Pampa				1	1	99,69
La Rioja				1	1	99,74
Misiones				3	3	99,90
San Luis				1	1	99,95
Santiago del Estero				1	1	100,00
Total	1091		85	721	1927	

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

Gráfico 1. Casos de viruela símica según clasificación por semana epidemiológica de notificación. Argentina, actualizada al 07/02/2023 (N: 1.927)



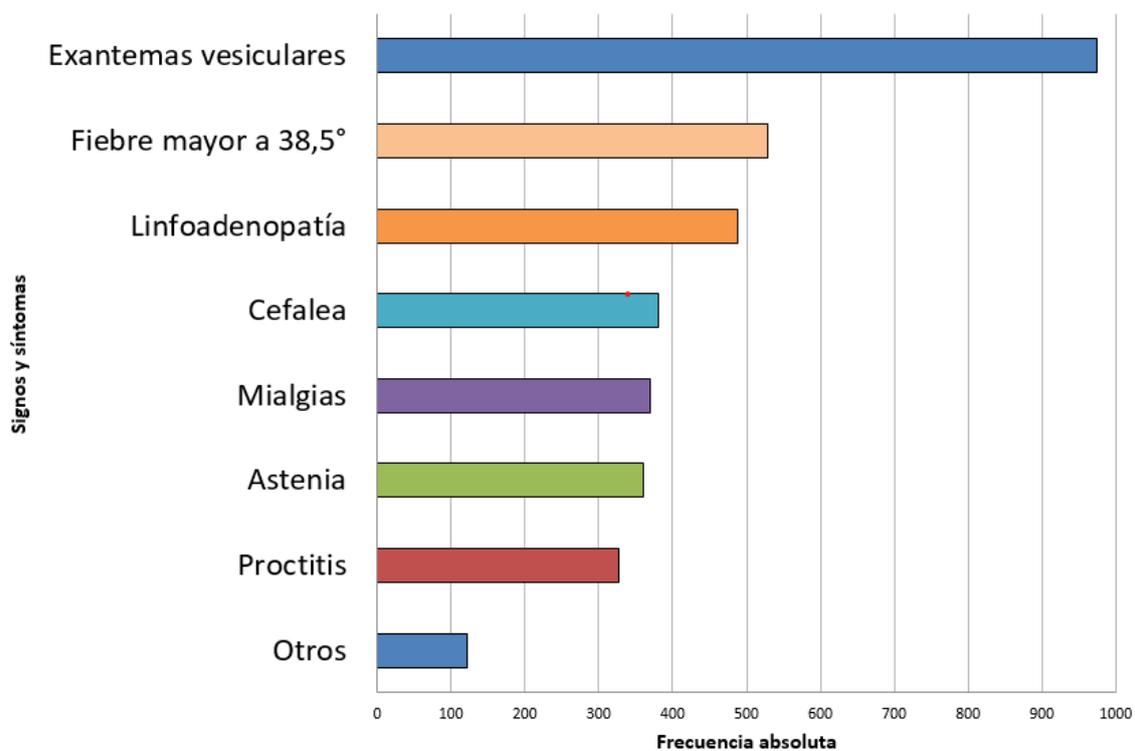
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS^{2.0}

*SE 4 corresponde al año 2023 y se encuentra en curso.

El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 13,5 con un máximo de 19 en la SE2 y un mínimo de 10 en la SE5. El pico máximo se presentó en la semana SE41. Hace catorce semanas se presenta una tendencia en descenso.

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 2. Viruela símica: frecuencia absoluta de signos y síntomas en casos confirmados (N: 1.091). Hasta 07/02/2023

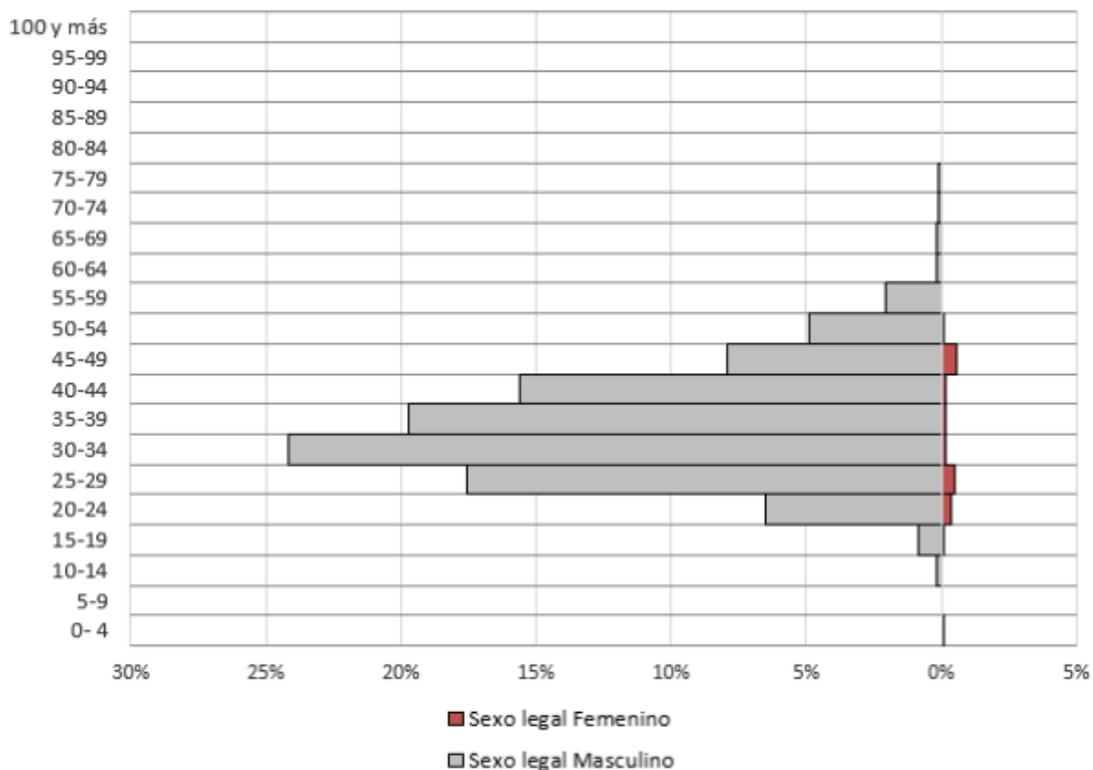


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0

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

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

Gráfico 3. Viruela símica: distribución de casos confirmados acumulados por grupo de edad y sexo legal. Argentina, hasta el 07/02/2023 (N: 1.091*)



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

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

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

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

SITUACIÓN INTERNACIONAL

85.645

Casos confirmados reportados a OMS

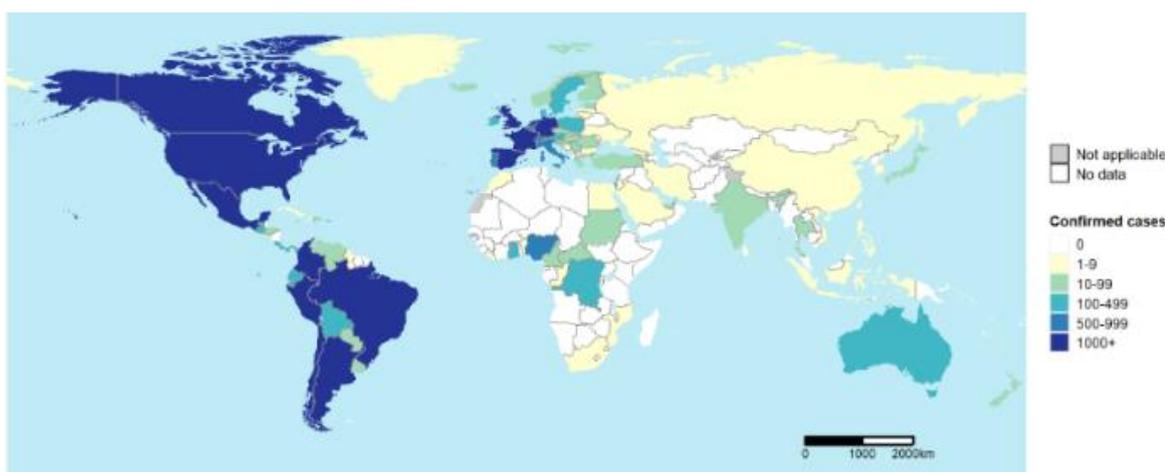
110

Países afectados

92

Personas fallecidas reportadas a OMS

Mapa 1. Distribución geográfica de casos de viruela símica reportados a OMS entre el 01/01/2022 y el 07/02/2023



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

Tabla 2. Viruela símica: Casos notificados y fallecidos por Región de la OMS, al 31-01-2023

Región	Casos	Fallecidos
Región de África	1.341	16
Región de las Américas	58.114	69
Región del Mediterráneo Oriental	82	1
Región de Europa	25.825	5
Región del Sudeste Asiático	40	1
Región del Pacífico Occidental	243	0

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

Desde el 1° de enero de 2022 hasta el 07 de febrero de 2023, se han registrado 85.645 casos de viruela símica confirmados en 110 países/territorios/áreas y 89 muertes distribuidas en cinco de las seis Regiones de la OMS.

El número de casos mundiales ha disminuido en un 60,5% en la SE5 (n= 159 casos) en comparación con la S4 3 (n= 403 casos). En los últimos 7 días 13 países informaron un aumento en el número semanal de casos, con el mayor aumento informado en Chile; 70 países no han informado nuevos casos en los últimos 21 días.

El 85% de los casos se concentra en 10 países: Estados Unidos, Brasil, España, Francia, Colombia, México, Reino Unido, Perú, Alemania 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 84,1% (26.814/ 31.870) se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y entre ellos, el 6,7% se identificaron como bisexuales.

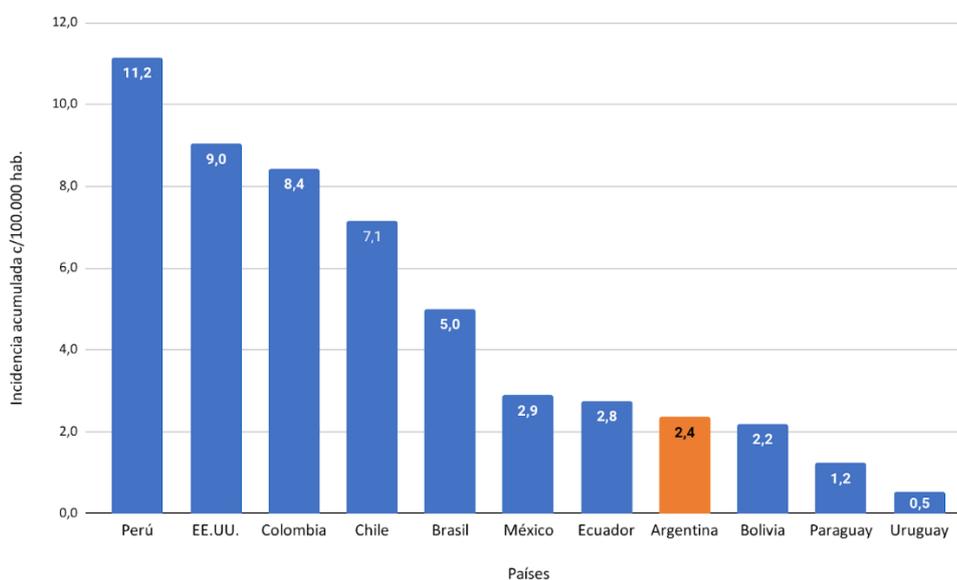
De todos los tipos probables de transmisión, los encuentros sexuales fueron la vía más frecuentemente reportada, con 14.991 de 21.813 (68,7%) de todos los eventos.

A nivel mundial, con información sobre estado en relación a portación de VIH, el 48% (17.067/ 35.554) 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 68,7% 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, después de Perú, EEUU, Colombia, Chile, Brasil, México y Ecuador y mayor a la de Bolivia, Paraguay y Uruguay.

Gráfico 4. Incidencia acumulada cada 100.000 habitantes en países de la región al 07-02-23



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

EVENTOS PRIORIZADOS



VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

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

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

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

- Personas mayores de 50 años
- Personas con condiciones de riesgo⁴
- Poblaciones especiales que residan, trabajen o asistan a ámbitos como instituciones carcelarias, instituciones de salud, centros con personas institucionalizadas, etc.
- Personas con antecedente de viaje en últimos 14 días a una región en la que esté circulando una variante de interés o de preocupación que no esté circulando en el país;
- Personas con enfermedad grave (internadas)
- Fallecidos y casos inusitados
- Investigación y control de brotes

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

⁴ Diabetes, obesidad grado 2 y 3, enfermedad cardiovascular/renal/respiratoria/hepática crónica, personas con VIH, personas con trasplante de órganos sólidos o en lista de espera, personas con discapacidad, residentes de hogares, pacientes oncológicos con enfermedad activa, tuberculosis activa, enfermedades autoinmunes y/o tratamientos inmunosupresores.

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE LA SE 05/2023

3.194

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana epidemiológica (SE) 05. De estos, 1.372 corresponden a dicha semana considerando la fecha de inicio de síntomas o la fecha mínima del caso⁵.

16

Fallecidos informados en la semana 05. De estos, 4 ocurrieron en dicha semana.

52%↓

Disminución de casos confirmados según la fecha mínima del caso en SE 05 respecto a la SE 04 (1.505 casos menos).

16,44%

Positividad para SARS-CoV-2 por RT-PCR en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 04.

1,06%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 04.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 05/2023

- ✓ Entre SE01-03 de 2023 se registraron 19911 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 2661 casos de Neumonía, 2152 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 904 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ La positividad calculada para el periodo SE16/2022 a SE04/2023 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio para SARS-CoV-2, influenza y VSR entre las muestras analizadas por rt-PCR es de 26,77%, 20,60% y 3,24%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, desciende para influenza y asciende para VSR.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE 23/2022 a SE04/2023 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 14,92%, 19,12% y 26,69%, respectivamente. Se observa un descenso de la positividad para influenza y un ascenso para VSR, en comparación con la semana previa.
- ✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de VSR, adenovirus, influenza y parainfluenza.
- ✓ Entre las SE01-52 del año 2022 se registraron 143 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

⁵ La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

10.040.329

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 4 de febrero de 2023.

130.437

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 4 de febrero de 2023.

91%

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

48,6%

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, a partir de la SE43 de 2022, comienza a detectarse un mayor número de muestras positivas para Omicron BQ.1 con algunos casos identificados de Omicron XBB, observándose una tendencia en descenso para BA.4, BA.5 y BA.2.

73,6%

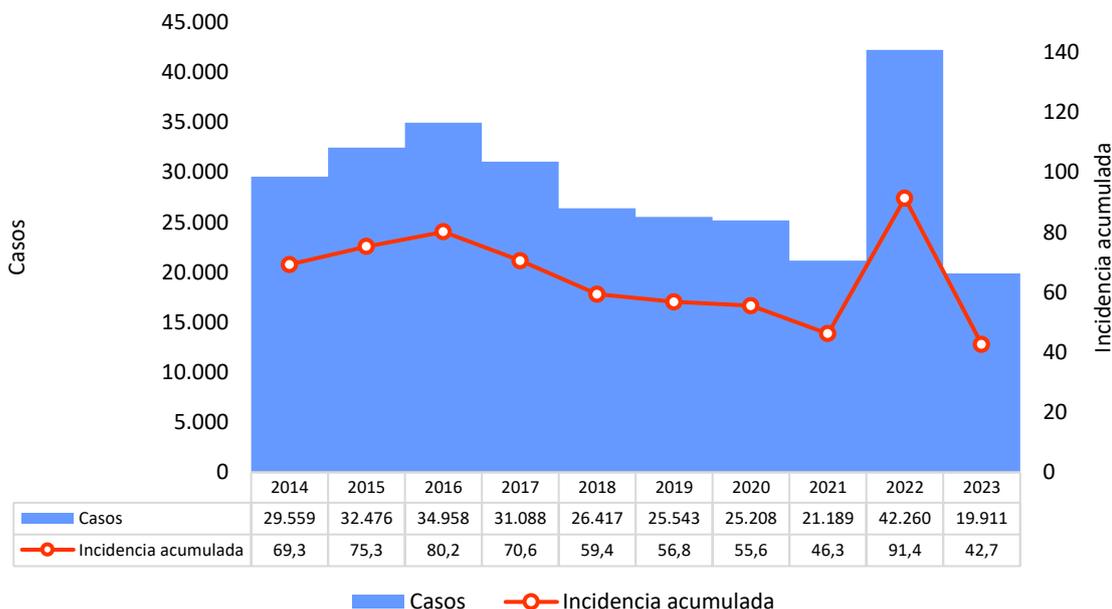
Es la cobertura del primer refuerzo en el grupo de 50 y más años.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre la SE01-03 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 19.911 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 42,7 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 3 semanas de los últimos nueve años, se observa que el mayor número de notificaciones se registra para el año 2022 (cuando se registraron 42.260 casos) superando al año con el mayor número para el resto del período que fue el 2016. Entre las SE01-03 del 2023, el número de casos de ETI notificados es menor en relación al registro histórico para los años 2014-2021.

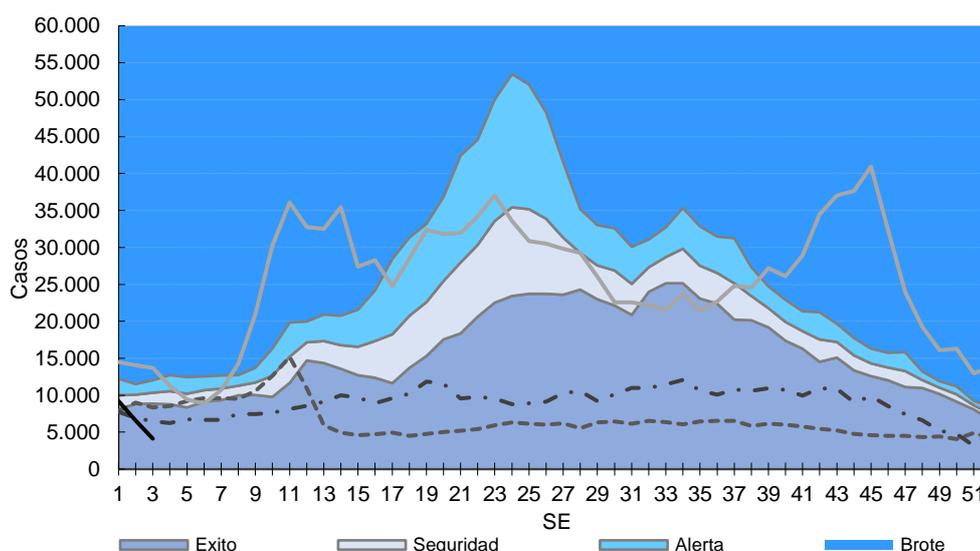
Gráfico 1: Enfermedad Tipo Influenza (ETI). Casos notificados e Incidencia Acumulada cada 100.000 habitantes. SE01 a SE03. Año 2014-2023. Argentina.



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

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país se encuentran en la zona de seguridad en la primera semana de 2023 situándose dentro de los límites esperados en SE02-03. 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. A diferencia del año 2022, durante el cual se observa un número de casos mayor a lo esperado durante la mayor parte de las semanas del año, encontrándose en las zonas de brote y alerta entre la SE07-24 y SE38-52.

Gráfico 2. Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Corredor endémico Semanal – 2020 – 2022- 5 años: 2015 a 2019. SE01-03 de 2023. Argentina.



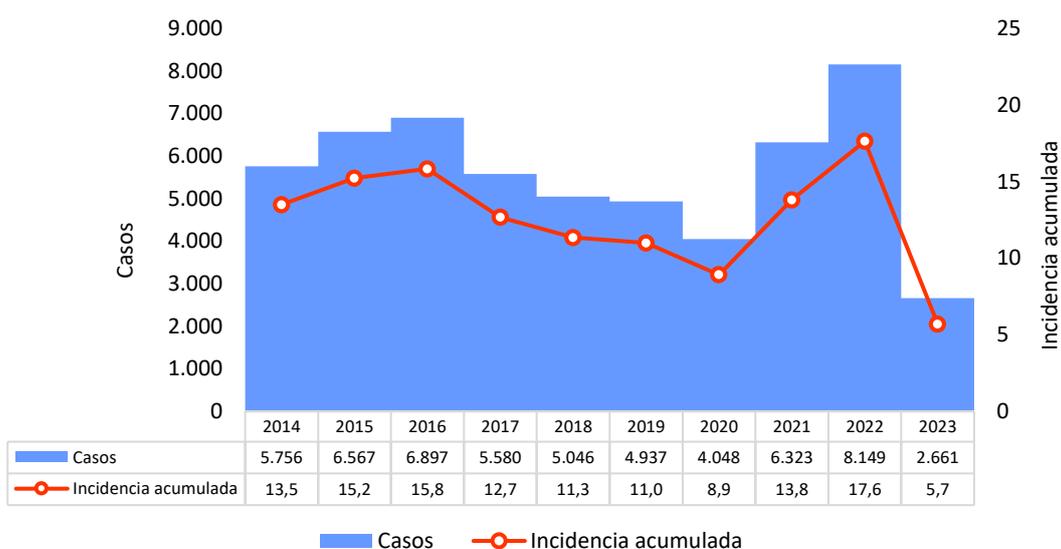
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

Entre las SE01-03 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 2661 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 5,7 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las tres primeras semanas de los últimos nueve años se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron 2022 y 2016. En la presente temporada el número de casos registrados es menor en relación al resto de los años incluidos en el periodo.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. SE03. Total país. Año 2014-2023. Argentina.⁶

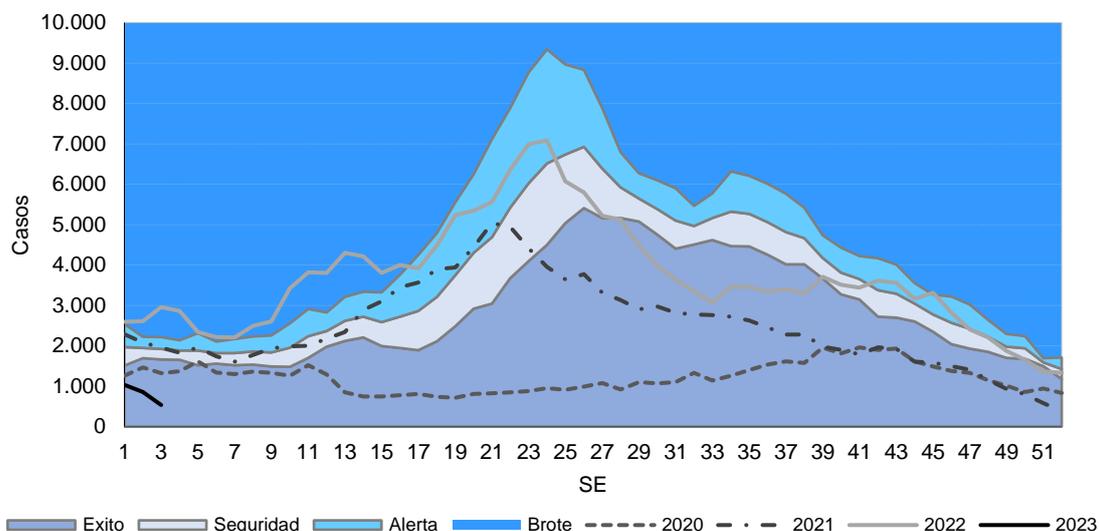


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS^{2.0}

Para el año 2023, las notificaciones por semana muestran un número de casos menor a lo esperado. Durante año 2020, se observa un marcado descenso de los casos registrados. Para el año 2021, los casos se encuentran en la zona de alerta entre las SE01-21 para luego descender por debajo de los límites esperados. En comparación, durante el año 2022, las notificaciones de neumonía en el SNVS se encuentran entre las zonas de alerta y brote entre las SE01-25 y durante las SE39-50 luego de la cual descienden, con un comportamiento de la curva similar a años históricos.

⁶ 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 – 2022- 5 años: 2015 a 2019. SE01-03 de 2023. Argentina.



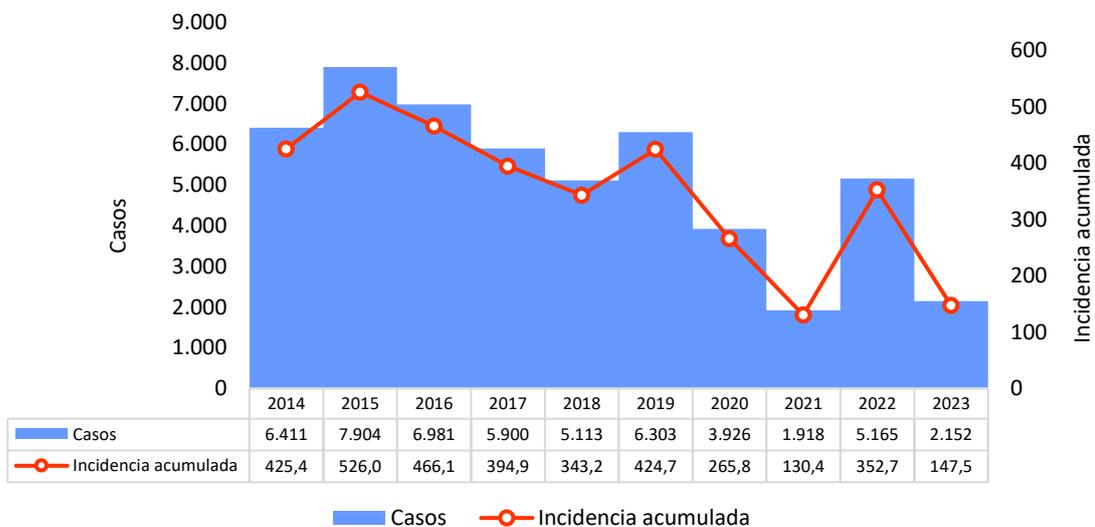
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

BRONQUIOLITIS

Entre las semanas 01-03 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 2152 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 147,5 casos/ 100.000 habitantes.

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

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. SE03. Total país. Año 2014-2023 Argentina.⁷

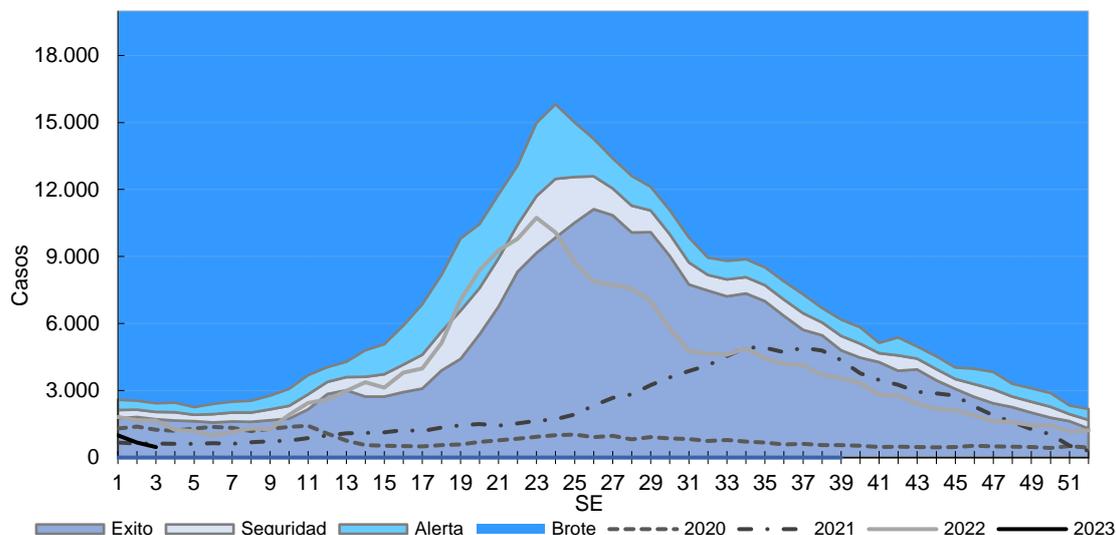


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS ^{2.0}

Para las tres primeras semanas del año 2023, las notificaciones de bronquiolitis por semana se encuentran dentro de los límites esperados. En comparación, durante los años 2020 y 2021, 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). A diferencia del año 2022, durante el cual el evento presenta una estacionalidad similar a años previos, con 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.

⁷ 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.

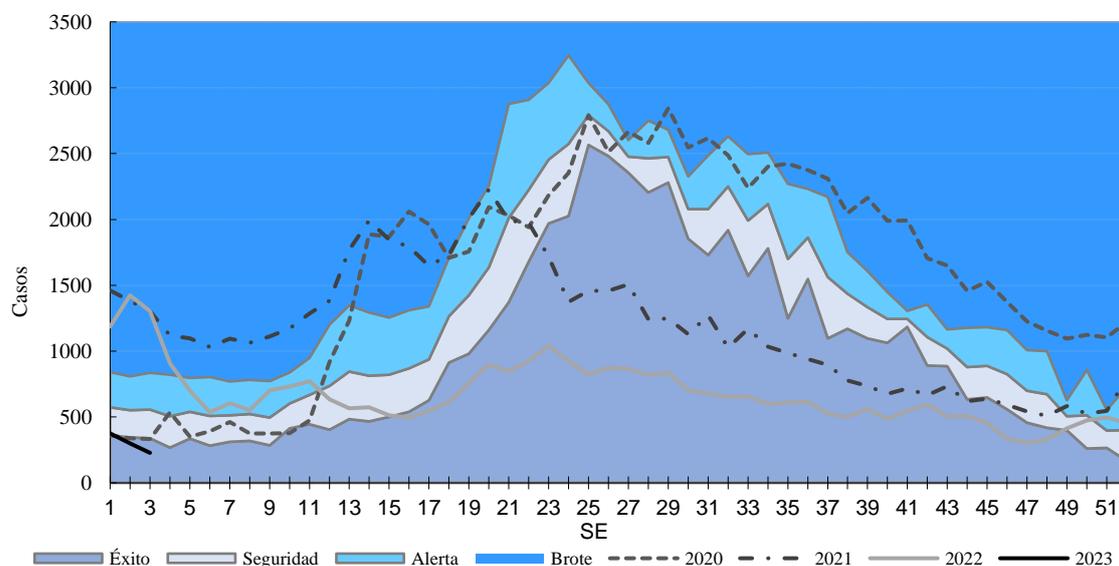
Gráfico 6. Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico Semanal – 2020 – 2022- 5 años: 2015 a 2019. SE01-03 de 2023. Argentina.



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

Para el año 2023, los casos de IRAG notificados se encuentran dentro de los límites esperados. Durante 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. Para 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. Durante el año 2022, 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.

Gráfico 7. Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Corredor endémico Semanal – 2020 – 2022- 5 años: 2015 a 2019. SE01-03 de 2023. Argentina.



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 04/2023 al evento “Monitoreo de SARS-CoV-2 y OVR en ambulatorios”. El objetivo de esta estrategia es mantener la vigilancia y monitoreo de COVID-19 en pacientes ambulatorios en todos los grupos de edad en las 24 jurisdicciones del país logrando una representatividad geográfica. Adicionalmente, entre aquellos casos que cumplen con la definición de ETI, se realiza un muestreo aleatorio o sistemático para el estudio de SARS-CoV-2, influenza y VSR por rt-PCR.

Desde el inicio de la estrategia de vigilancia de las UMAs, se analizaron por rt-PCR 20.801, 10.277 y 8.126 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente. Durante el año 2022, el porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 por PCR se mantuvo en valores inferiores al 10% hasta la SE19, llegó a un 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 SE51 se observa un nuevo aumento en la proporción de positividad en las UMAs alcanzando un máximo de 68,28% en SE51, descendiendo en las últimas 5 semanas y representando un 16,44% en SE04 de 2023. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE16-17, con valores por debajo de 10% hasta SE35. Entre las SE36-44 se registra un nuevo ascenso en la positividad para influenza, alcanzando un 54,13% en SE44, con un descenso posterior a partir de SE45, siendo de 1,06% en la SE04 de 2023. Durante el año 2022, el porcentaje de positividad para VSR se mantuvo en valores por debajo del 10% con oscilaciones entre 0,30% y 8,72%, con un ascenso a partir de SE03 de 2023, siendo de 8,77% en SE04.

Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16/2022 a 04/2023. Estrategia UMAs. Argentina.⁸

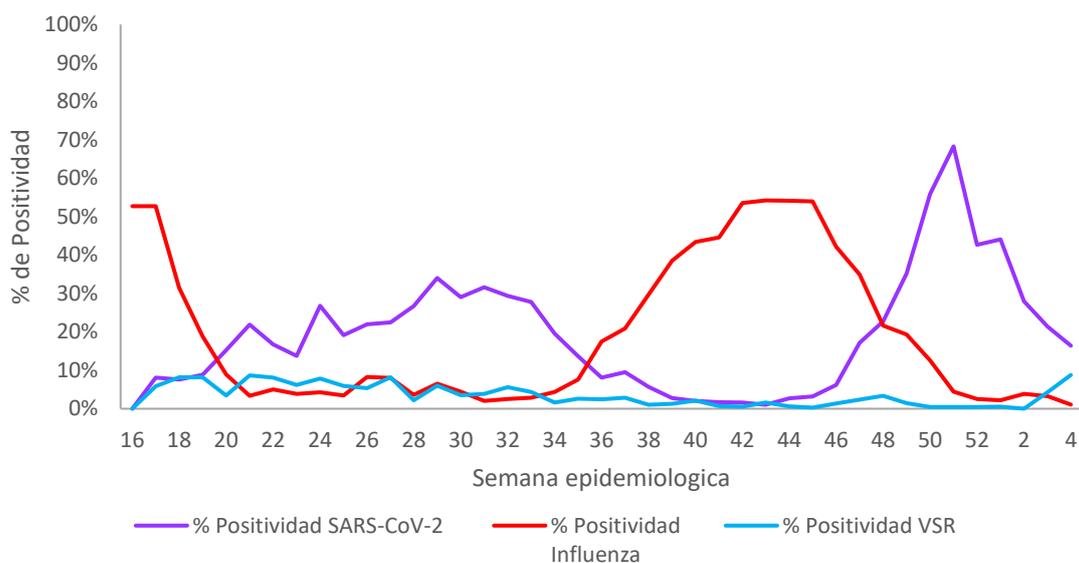
	Última semana			SE16 – SE04		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	1.047	153	14,61%	138.567	43.525	31,41%
SARS-CoV-2 por PCR	292	48	16,44%	20.801	5.569	26,77%
Influenza	94	1	1,06%	10.277	2.117	20,60%
VSR	57	5	8,77%	8.126	263	3,24%

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.

⁸ Se debe considerar para la interpretación de los porcentajes que el número de muestras notificadas en la última semana es aún escaso y se actualizará en la medida que se registre nueva información al SNVS.2.0.

Estrategia UMAs – SE16/2022 a 04/2023.⁹

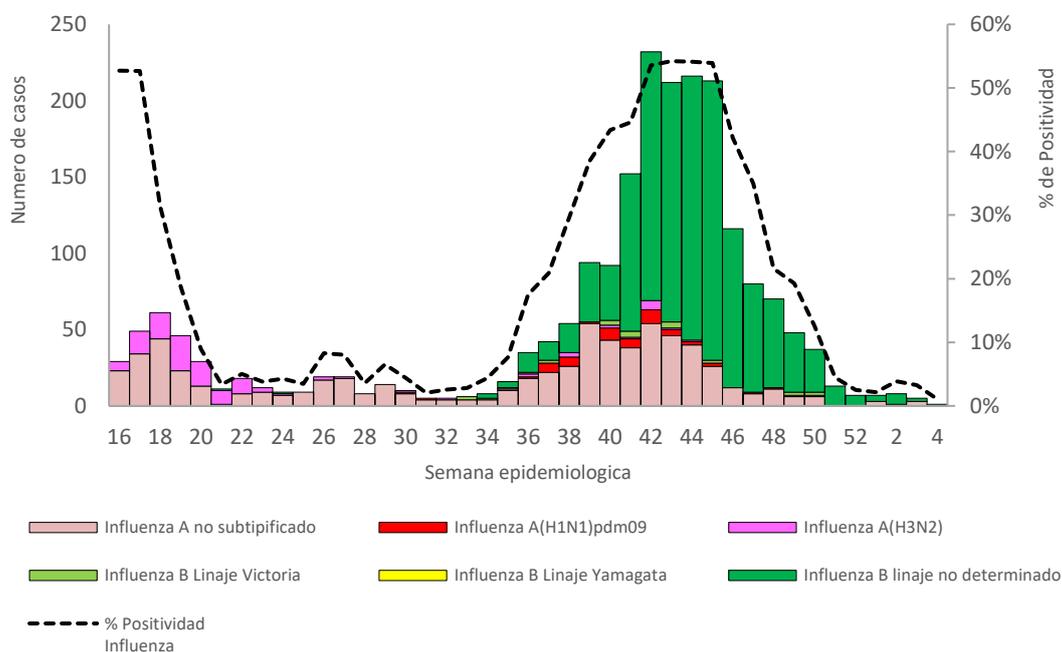


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=2.117), 852 (40,25%) fueron positivas para Influenza A y 1.265 (59,75%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 173 muestras cuentan con subtificación, detectándose Influenza A (H3N2) (n=123) 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 de 2022 se registró circulación de A (H3N2). A partir de la SE30 se registran casos de A (H1N1). Entre las SE33 -52 de 2022 vuelven a registrarse casos de virus influenza B, con el mayor número de casos identificados entre SE44-45. De los casos de influenza B detectados entre la SE16 de 2022 y la SE04 de 2023, 24 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 1.241 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje.

⁹ Corresponde a las muestras analizadas para SARS-CoV-2, influenza y VSR por PCR. En SE16 se registran 2 muestras para VSR, 1 con resultado positivo y 1 con resultado negativo. Para mejor interpretación de la positividad de virus respiratorios, no se incluyen en este gráfico

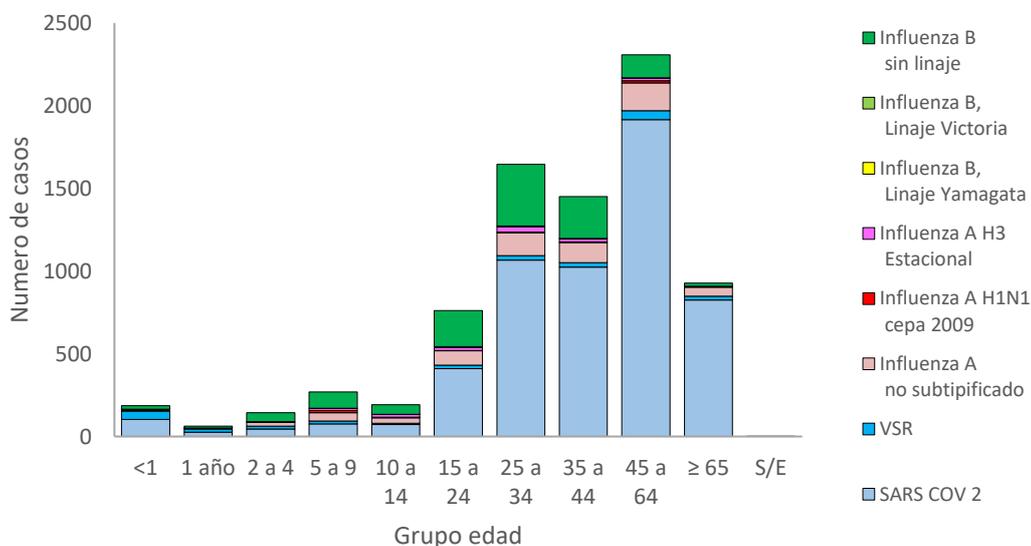
Gráfico 9. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16/2022 a 04/2023. Estrategia UMAs. Argentina.



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

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

Gráfico 10. Distribución absoluta de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados entre SE16/2022 a SE 04/2023. Estrategia UMAs. Argentina.



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

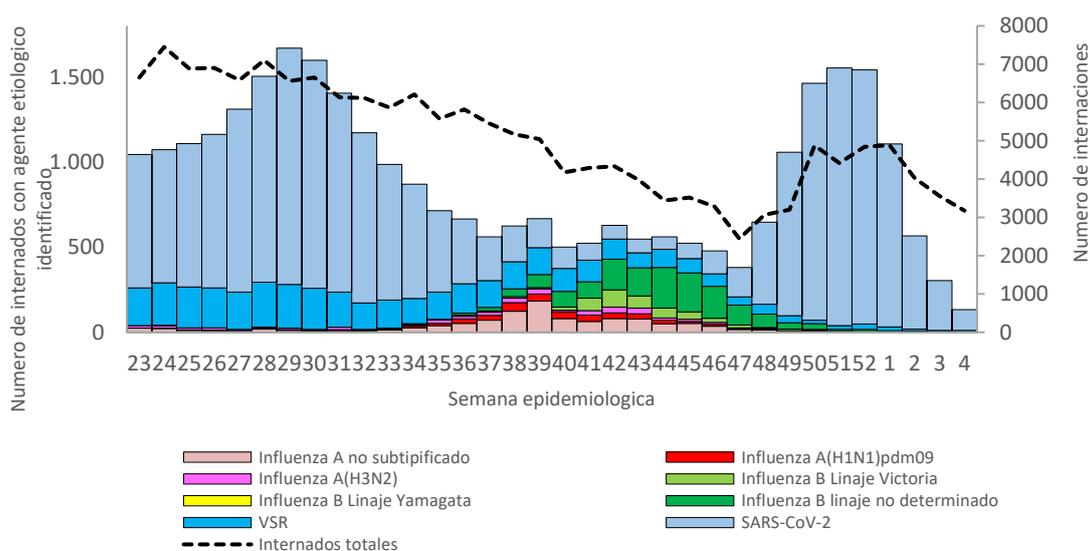
Entre la SE23/2022 a SE04/2023, se notificaron 148.742 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 22.193 fueron positivas (porcentaje de positividad 14,92%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 21.170 muestras para virus influenza con 4.048 detecciones positivas (porcentaje de positividad 19,12%). De las mismas 1.924 fueron influenza A y 2.124 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 779 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 395 (50,70 %) son influenza A (H3N2) y 384 (49,30%) son influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 1.658 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 466 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 16.533 muestras estudiadas para VSR registrándose 4.413 con resultado positivo (porcentaje de positividad 26,69%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS 2.0 en SE 04 desciende respecto a la semana previa (variación de - 0,107%).

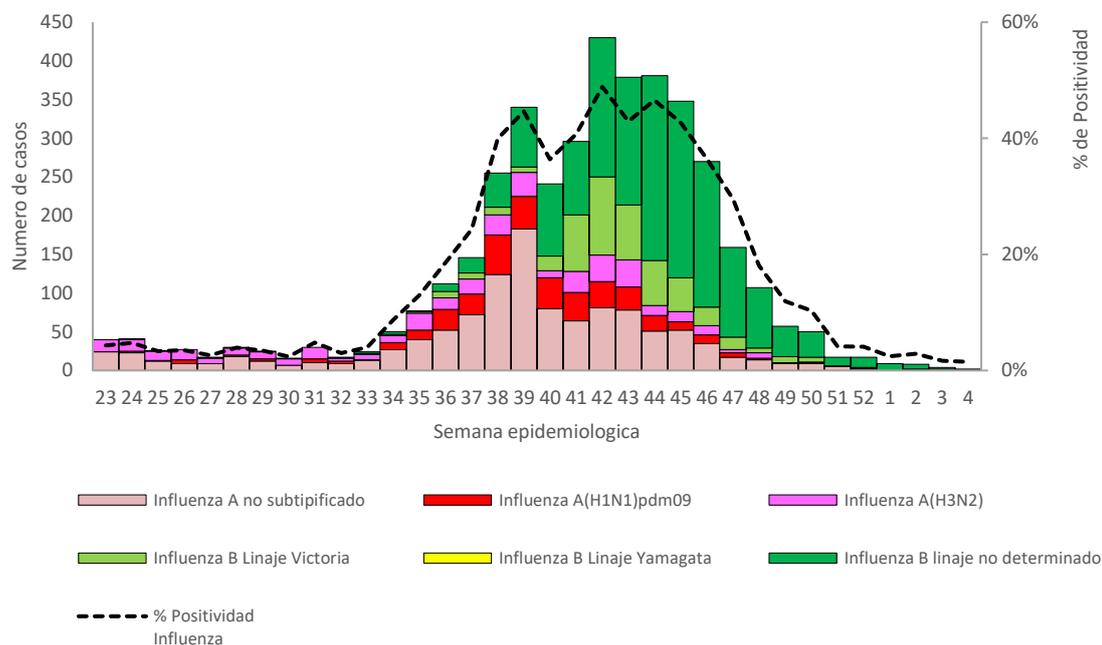
Gráfico 11. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23/2022 a 04/2023.



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

En relación a la distribución temporal de virus influenza en casos hospitalizados durante el año 2022, desde el inicio de la estrategia se registran casos de influenza A (H3N2) y A (H1N1). En relación a los virus influenza B, se identifican casos aislados de influenza B sin linaje hasta SE33, a partir de SE34 y durante el resto del año, se observa un mayor número de detecciones positivas. Entre las SE23-34 el porcentaje de positividad para influenza en el grupo analizado se mantiene menor al 10%, observándose un ascenso entre las SE 35-44 con valores que oscilan en un rango de 12,94% a 48,86%, con una disminución a partir de SE45, situándose en 4,12% en SE52. En SE04 del año 2023 la positividad para influenza en casos hospitalizados representa un 1,49%.

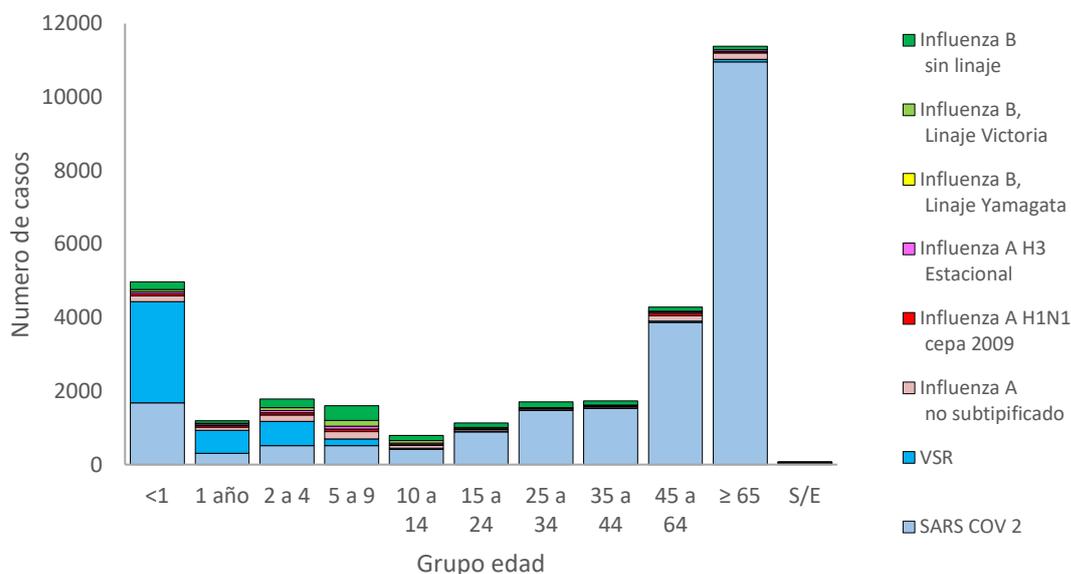
Gráfico 12. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE23/2022 a 04/2023. Argentina.



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

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

Gráfico 13. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23/2022 a SE 04/2023. Argentina.



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

Entre las SE01-52 del año 2022 se registraron 143 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.¹⁰

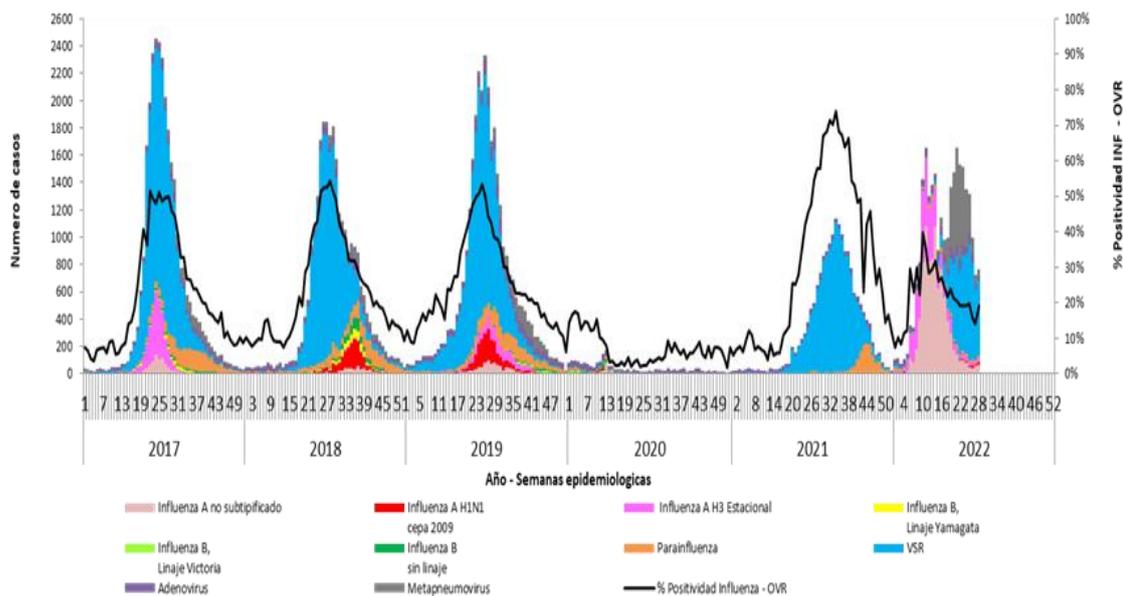
VIGILANCIA UNIVERSAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS

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

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

¹⁰ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, hasta SE22 se considera la fecha de apertura del caso. A partir de la SE23 y en concordancia con el cambio de la estrategia de vigilancia de virus respiratorios se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

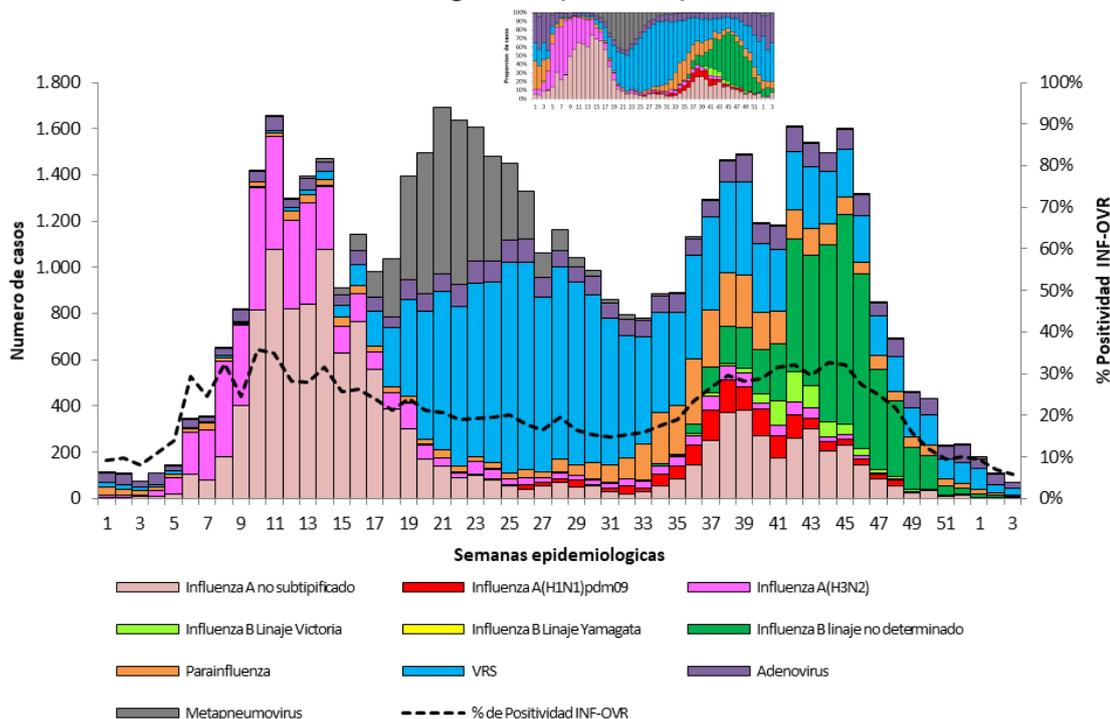
Gráfico 14. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2022. SE03 2023



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

En la SE03 se detecta circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: VSR y adenovirus, influenza y parainfluenza. Durante el año 2022, se destaca la circulación intensa de influenza durante el verano y el nuevo ascenso experimentado entre las SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A(H1N1) e Influenza B así como la frecuencia absoluta y relativa de metapneumovirus entre las semanas 16 y hasta la 26.

Gráfico 15. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01/2022 a SE03/2023. Argentina. (n=53.109)

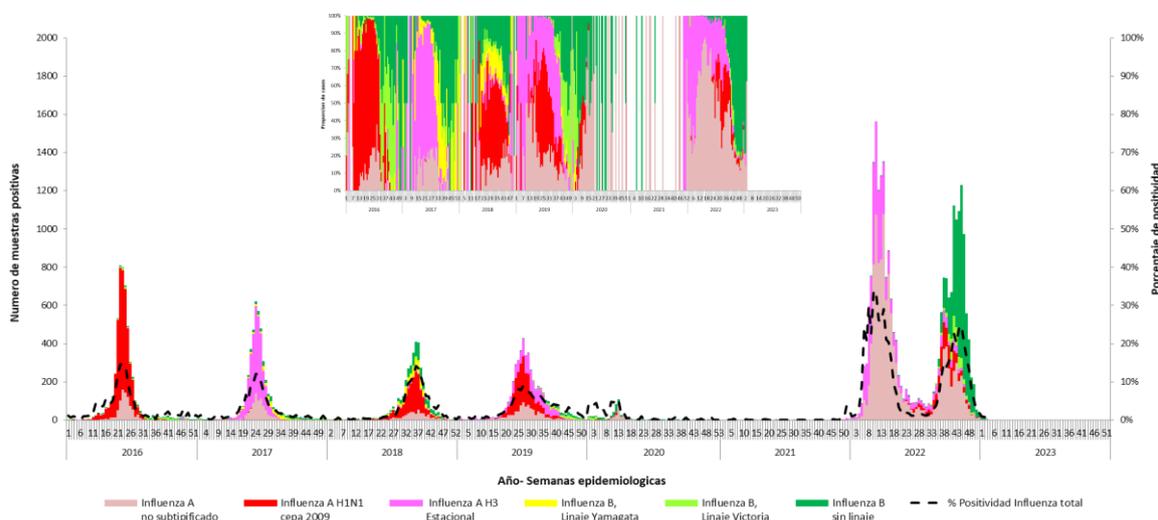


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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

Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados la proporción de positividad para influenza se sitúa en 0,68% durante la SE03 de 2023.

Gráfico 16. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica. Años 2015 a 2022. SE03 de 2023. Argentina.



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

VIGILANCIA DE COVID-19

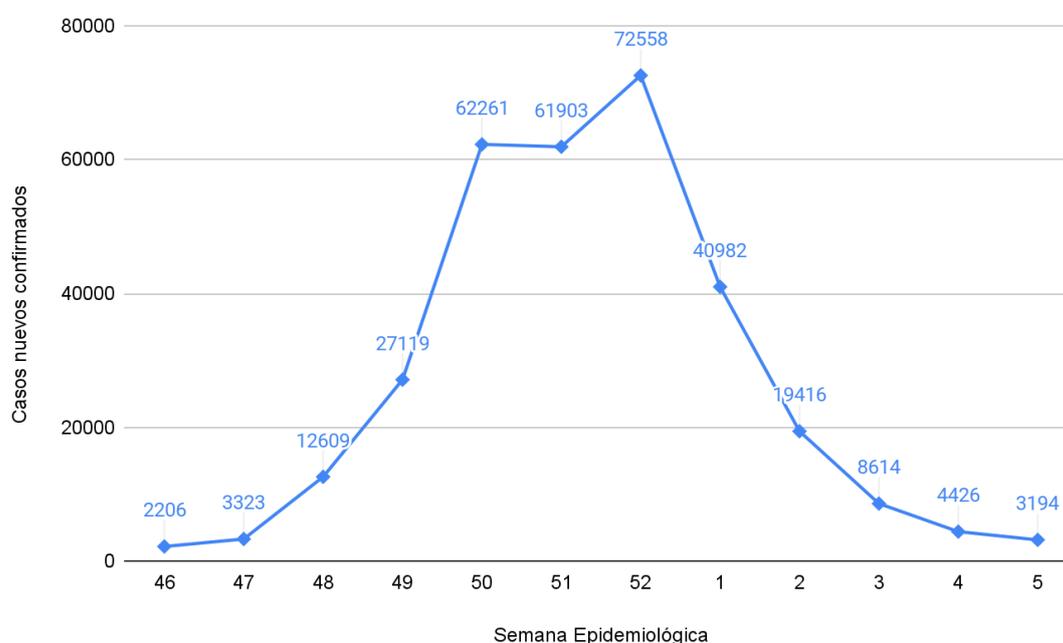
En Argentina, durante la SE 05 se confirmaron 3.194 casos de Covid-19 y 16 fallecimientos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Desde el inicio de la pandemia hasta el 28 de enero de 2023, se notificaron 10.040.329 casos confirmados de Covid-19 y 130.437 fallecimientos.

Los nuevos casos confirmados de COVID-19 se actualizan semanalmente en Monitor de datos disponible en la web del Ministerio de Salud de la Nación¹¹. 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.

¹¹ <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>

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

Gráfico 17. Casos nuevos confirmados por semana epidemiológica según monitor público de datos. SE 46/2022 a SE 05/2023, Argentina.



Para más información, consultar en [Reportes Monitor Público](#)

Se verifica un descenso sostenido del número de casos notificados desde la SE1/2023. Hasta el momento de la realización del presente informe, la disminución de los casos en la SE 05 respecto a la semana previa es de 52% (disminución de 1.505 casos) con un total de 1.372 casos confirmados. Sin embargo, los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

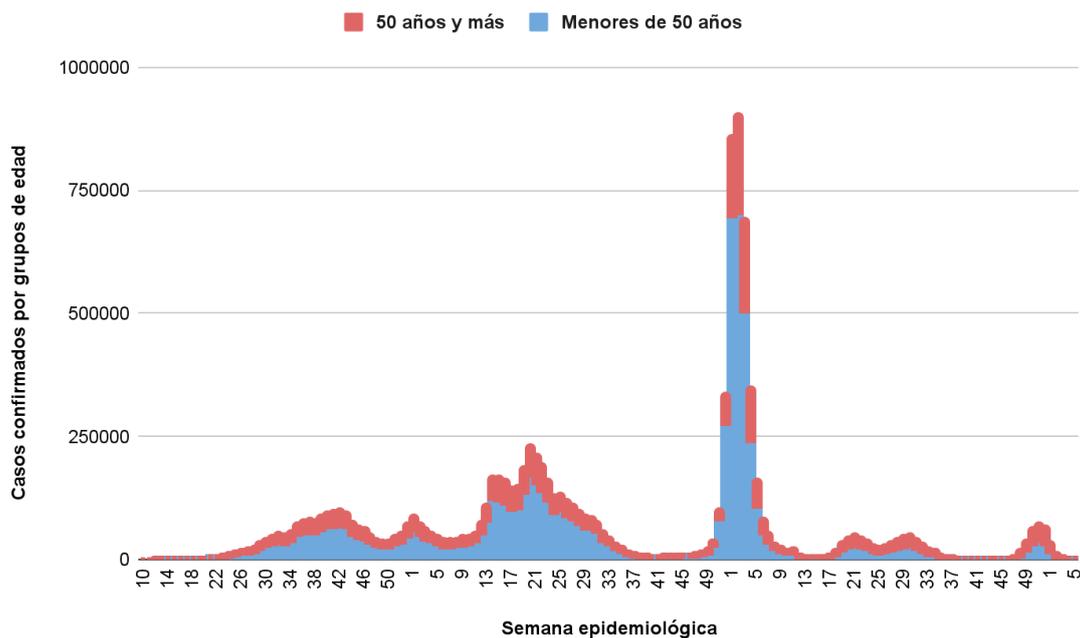
Para el análisis de la tendencia de los casos se utiliza como variable temporal la fecha de inicio del caso¹².

En el 12% de los casos confirmados en la SE 05 (n=383) el diagnóstico fue realizado por autotest.

En la SE 05 en todas las regiones del país los casos disminuyeron respecto a la SE 04. La región que presentó más casos (n=395) fue la Región Centro (sin AMBA), en la que se registró una disminución de 58,4% en relación a la semana previa. A nivel provincial, disminuyeron los casos en todas las jurisdicciones.

¹² La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

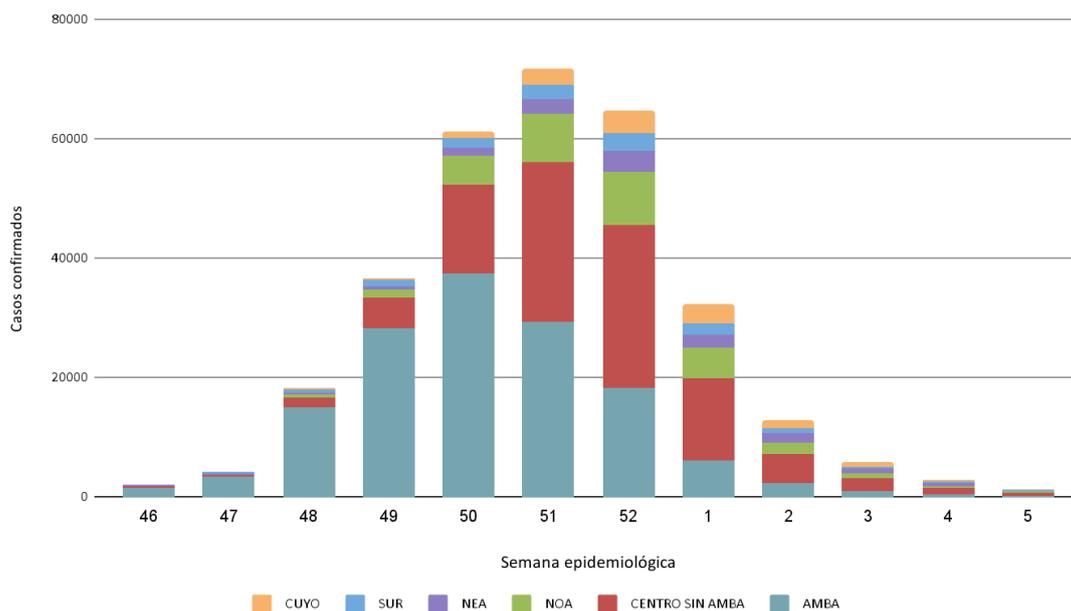
Gráfico 18. Casos confirmados por semana epidemiológica¹³ según grupo de edad. SE 10/2020 - SE 05/2023, Argentina.



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

¹³ 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 46/2022 - SE 05/2023¹⁴, Argentina.

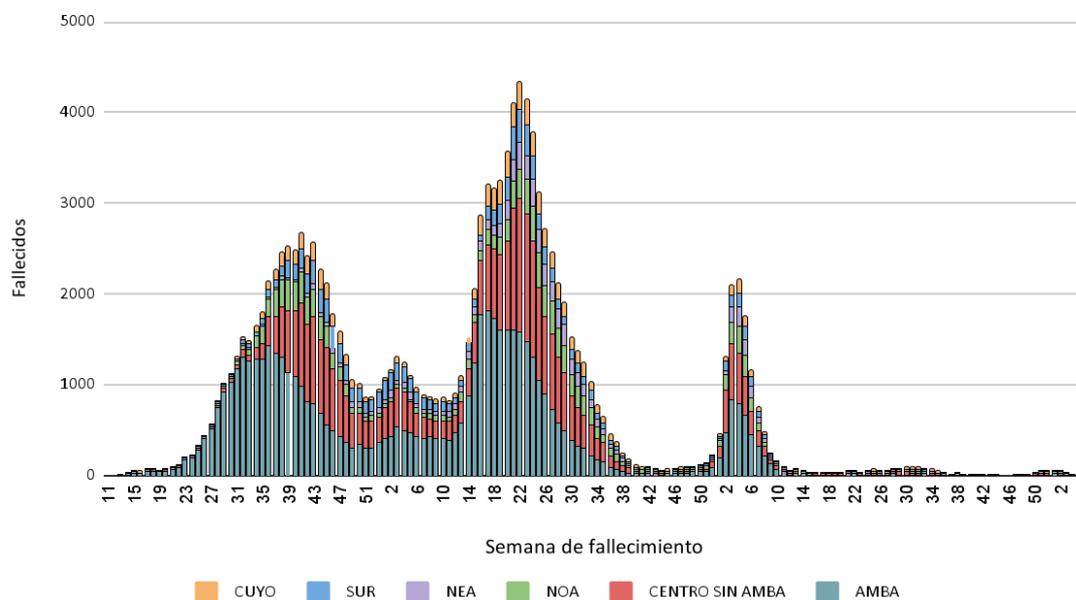


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS^{2.0}.

En cuanto a casos fallecidos, en la SE 05 fueron informados 16 fallecimientos, de los cuales 4 ocurrieron en dicha semana y correspondieron a residentes de: CABA (1), Buenos Aires (1), Corrientes (1) y Mendoza (1). Según la fecha de fallecimiento, se observa un descenso sostenido desde la semana epidemiológica 2 luego del ascenso que se había registrado entre las SE 47/2022 a la SE 1/2023. En la SE 04 se registraron 21 fallecimientos, según datos de la SE 05. La mediana en las últimas 12 semanas es de 32 casos fallecidos por semana, con un máximo de 67 en la SE 01 y un mínimo de 1 en la SE 46.

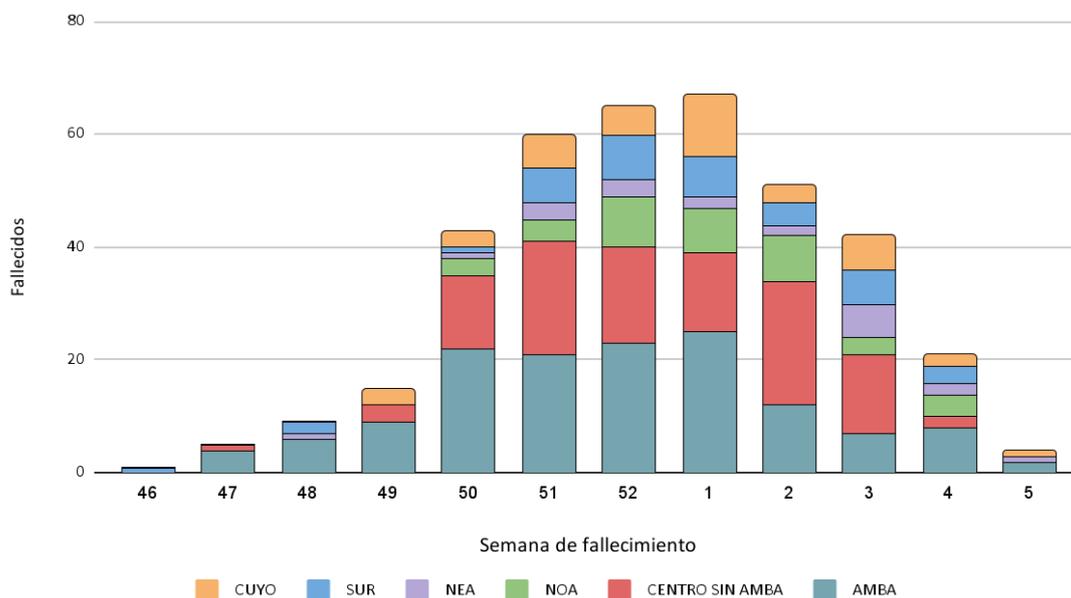
¹⁴ Los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

Gráfico 20. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE11/2020 a SE 05/2023, Argentina.



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

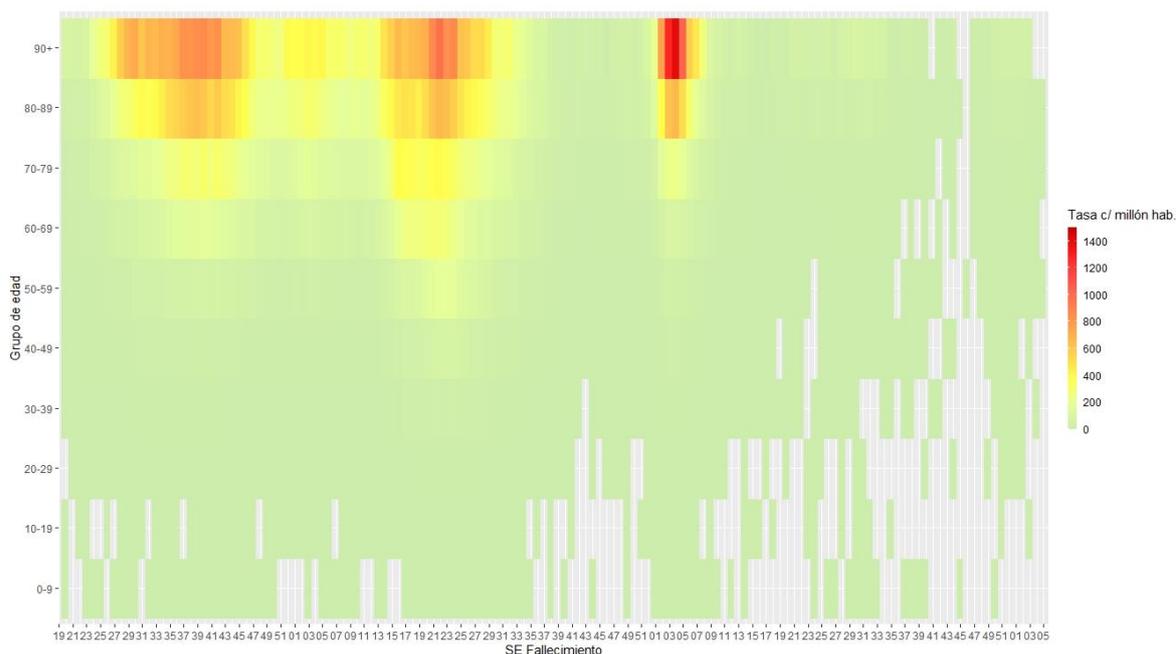
Gráfico 21. Casos fallecidos en población general por semana epidemiológica según región del país. SE 46/2022 - SE 05/2023*, Argentina



*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}.

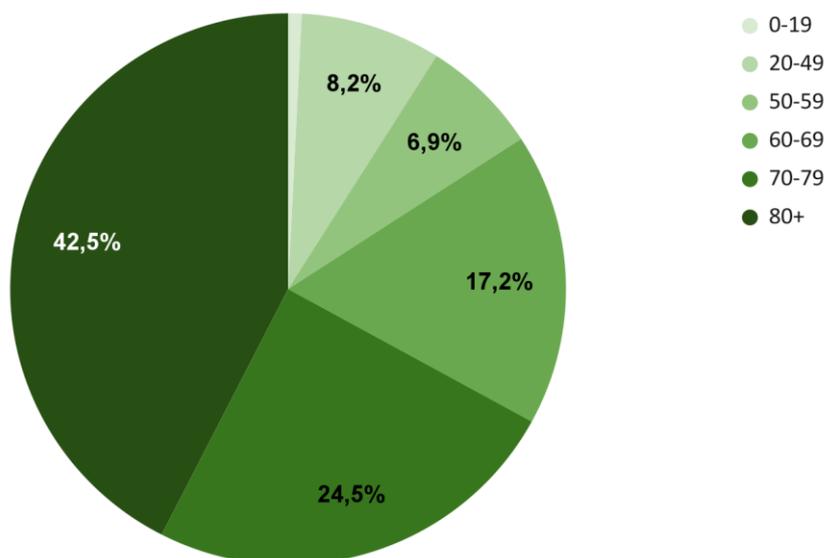
Gráfico 22. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/2020 a 05/2023.



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 91% tenían 50 años o más.

Gráfico 23. Fallecidos por grupo edad. Total País, SE 46/2022 a 05/2023. N=379*



*Se excluyen 5 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 - 07/02/23 SE 05.](#)

INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

Omicron 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 Omicron 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.¹⁵

A nivel mundial, del 30 de diciembre de 2022 al 30 de enero de 2023, se reportaron a GISAID 90.985 secuencias de SARS-CoV-2. Entre las mismas, 90.937 (99,9%) secuencias notificadas corresponden a la VOC Omicron. BA.5 y sus linajes descendientes siguen siendo dominantes a nivel mundial, con 16.357 secuencias (65,7%) registradas a GISAID en la semana 02 de 2023. La prevalencia de BA.2 y sus linajes descendientes fue de 14,6% (3.645 secuencias), mientras que BA.4 y sus linajes descendientes fue del 0,3% (68 secuencias). Las tres principales variantes a nivel mundial en enero de 2023 fueron BQ.1.1 (28,2 %), BQ.1 (14,1 %) y XBB.1.5 (11,5 %).

BQ.1.1 y BQ.1 son linajes descendientes de BA.5, mientras que XBB.1.5 es un linaje recombinante descendiente de BA.2. La dinámica de circulación de variantes difiere según la región de la OMS y entre países dentro de la misma región debido a una variedad de factores, incluidas las variantes circulantes anteriores, la cobertura de vacunación y las medidas sociales y de salud pública implementadas. Durante enero de 2023, las tres variantes más frecuentes en cada región fueron las siguientes:

- África (332 secuencias): BQ.1.1 (23,7 %), BA.2.10.1 (12,3 %) y XBB.2 (12,1 %);
- América (40.010 secuencias): BQ.1.1 (37,5 %), XBB.1.5 (19,6 %) y BQ.1 (19,6 %);
- Mediterráneo Oriental (85 secuencias): XBB.1 (37,2 %), BN.1 (10,3 %) y BA.5.2 (10,3 %);
- Europa (40.379 secuencias): BQ.1.1 (31,3 %), BQ.1 (13,0 %) y CH.1.1 (12,3 %);
- Asia sudoriental (389 secuencias): XBB.1 (41,1 %), BQ.1.1 (14,3 %) y BA.2.10.1 (6,0 %);
- Pacífico occidental (15.515 secuencias): BA.5.2 (30,1 %), BF.7 (13,2 %) y BQ.1.1 (8,5 %).

Actualmente, la OMS se encuentra monitoreando cuatro subvariantes. Estas variantes se incluyen considerando su potencial ventaja de transmisión en relación con otros linajes circulantes y por sus cambios adaptativos. Durante la SE 02, 1.147 secuencias de BF.7 (4,6%), 11.674 secuencias de BQ.1* (46,9%), incluyendo BQ.1.1 (7189 secuencias, 28,9 %). Hubo 3.473 secuencias de BA.2.75* (13,9%), incluyendo BA.2.75.2 (35 secuencias, <1%) y CH.1.1 (1.672 secuencias, 6,7%). Por último, 4.049 secuencias de XBB* (16,3%), incluyendo XBB.1.5 (3.005 secuencias, 12,1%), se registraron en GISAID (* indica todos los linajes descendientes)¹⁶.

¹⁵ Tomado de : <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---14-december-2022>

¹⁶ <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---1-february-2023>

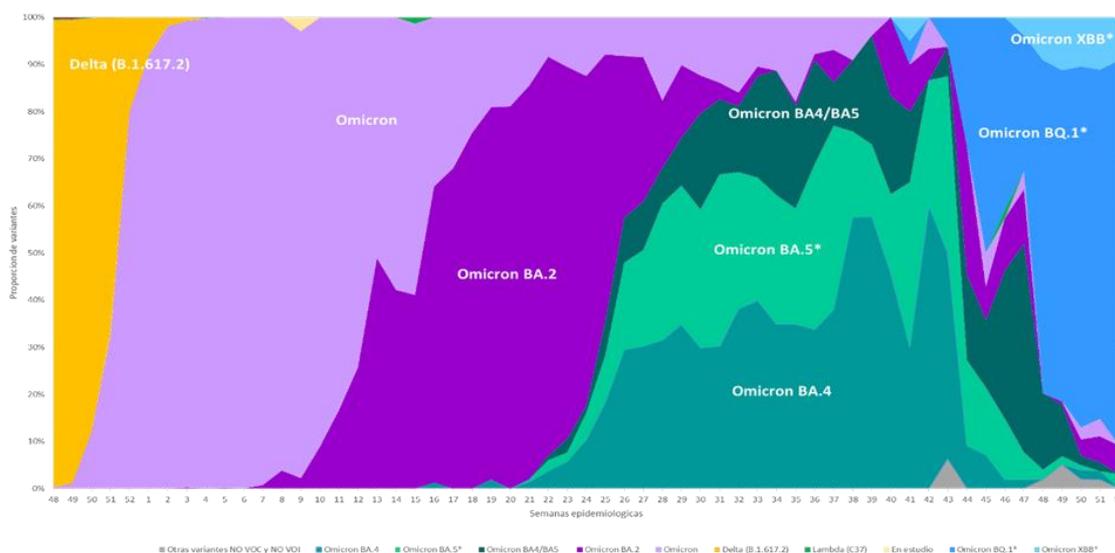
La variante XBB.1.5 tiene una ventaja de crecimiento en comparación con otros linajes descendientes de Omicron circulantes, según informes de Estados Unidos, Reino Unido y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) evaluando XBB.1.5 en una serie de países de Europa.

Según los informes de varios países, no se ha observado ninguna señal temprana de aumento de la gravedad, sin embargo, el número de casos asociados con XBB.1.5 aún es bajo, por lo que es difícil evaluar la gravedad¹⁷.

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, a partir de la SE43 de 2022, comienza a detectarse un mayor número de muestras positivas para Omicron BQ.1* con algunos casos identificados de Omicron XBB*, observándose una tendencia en descenso para BA.4, BA.5 y BA.2.

Entre la SE52 de 2022 y SE01 de 2023, el porcentaje de BQ.1* desciende de 87,39% a 73,33%, XBB* asciende de 9,91% a 17,78%; BA.5* se incrementa de 0,90% a 6,67%, mientras que para BA.2 el porcentaje es de 1,80% en SE52 y 2,22% en SE01; para BA.4 y Omicron compatible con BA.4/BA.5 no se registran casos positivos a la fecha para las dos últimas semanas del periodo analizado (*Indica la inclusión de linajes descendientes)^{18,19}. Sin embargo, el número de muestras registradas en las últimas semanas es aún escaso.

Gráfico 24: Variantes de SARS CoV-2: Distribución proporcional por Semana Epidemiológica. SE48/2021- SE01/2022. Argentina.²⁰



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

INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas para el primer refuerzo, el 48,6% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 60,5% de la

¹⁷ <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---25-january-2023>

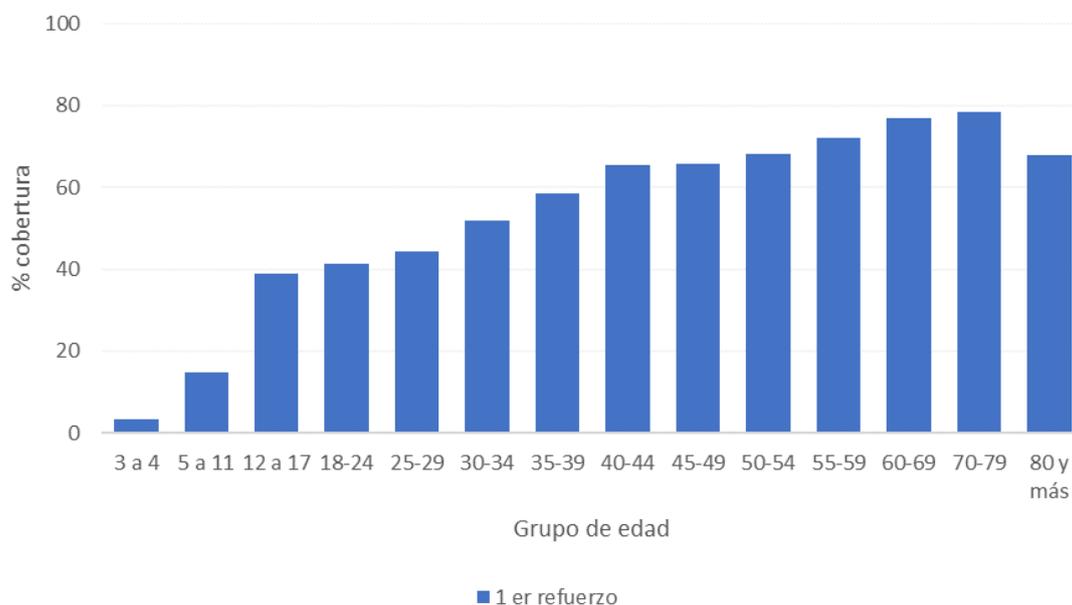
¹⁸ Se destaca que entre las SE38-47 el número de muestras secuenciadas es escaso, y esto debe considerarse en la interpretación de las proporciones.

¹⁹ Los casos de Omicron compatible con BA.4/BA.5 que son detectados por técnica molecular pudieran corresponder a BQ.1* u otros linajes descendientes de BA.4 o BA.5.

²⁰ Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es del 73,6%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años la cobertura alcanzó el 39,1%, en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 14,8% y en el grupo de 3 a 4 años (incorporado en la SE 31 de 2022) la cobertura es del 3,5%.

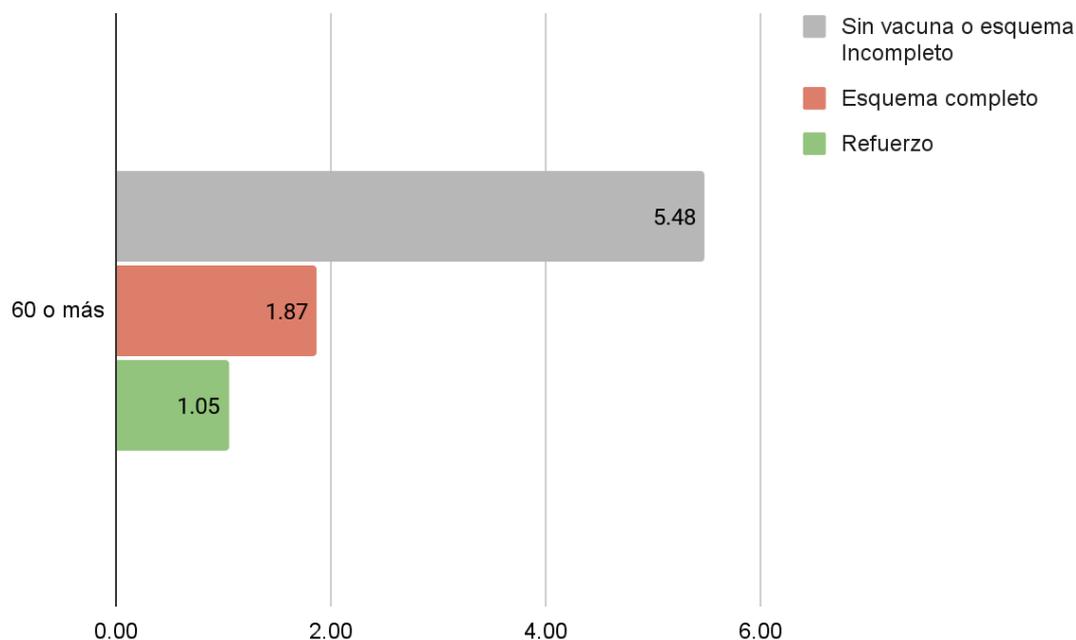
Gráfico 25. Coberturas de 1er refuerzo por grupo de edad. SE 05/2023, Argentina.



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

En cuanto a los casos fallecidos según condición de vacunación, entre las SE 2/2023 y la SE5/2023 se registraron 5,48 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o con esquema incompleto. Se produjeron 1,87 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 1,05 muertes cada 100.000 habitantes.

Gráfico 26. Tasas de mortalidad c/100.000 en población de 60 años y más según estado de vacunación. SE 2/2023 - SE 5/2023, Argentina*.



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

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

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

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

Fuente: 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 RESPIRATORIOS²¹

América del Norte: en la subregión la actividad de la influenza disminuyó. Predominó influenza A(H3N2) con circulación concurrente de A(H1N1)pdm09 y B/Victoria (en muestras con subtipo y linaje caracterizados). La actividad de SARS-CoV-2 estuvo elevada, mientras que la actividad de VRS disminuyó. En Canadá, la actividad de la influenza ha disminuido; los indicadores de vigilancia continuaron dentro de los niveles esperados. En México, la actividad de la influenza estuvo en el promedio de temporadas anteriores, con indicadores de gravedad bajos. En los Estados Unidos, la actividad de la influenza disminuyó a niveles de baja intensidad, con el porcentaje de muertes por neumonía, influenza y de la COVID-19 por encima del promedio de temporadas previas. La actividad del VRS continúa en disminución.

Caribe: la actividad de influenza continuó moderada en la subregión con predominio de los virus influenza B. Predominó el virus influenza B/Victoria, con circulación concurrente de A(H1N1)pdm09 y A(H3N2). La actividad de la influenza fue elevada en Belice, con predominio de B/Victoria. La actividad del SARS-CoV-2 fue baja, con una mayor actividad en algunos países. La actividad del VRS estuvo en los niveles basales, excepto en la República Dominicana.

América Central: la actividad de la influenza fue moderada, con detecciones de los virus influenza A y B y predominio de influenza B/Victoria. La actividad de la influenza fue elevada en Guatemala y en Honduras con predominio de influenza B/Victoria. En general, el porcentaje de positividad del SARS-CoV-2 disminuyó en la subregión; se reportó un mayor porcentaje de positividad en Honduras y Panamá. La actividad del VRS se mantuvo elevada en Guatemala.

Países Andinos: la actividad de la influenza fue baja, con predominio de influenza B/Victoria y circulación concurrente de influenza A(H3N2) y A(H1N1)pdm09. Bolivia y Ecuador reportaron un aumento de la actividad de la influenza. El SARS CoV-2 aumentó 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 baja, con predominio de los virus influenza B (linaje indeterminado) y circulación concurrente de influenza A (subtipo indeterminado). La actividad del SARS-CoV-2 fue elevada en toda la subregión, pero con una tendencia a la baja en la mayoría de los países. Brasil y Chile reportaron una mayor actividad de VRS.

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19²²

754.630.871

6.829.007

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS hasta el 5 de febrero de 2023. Personas fallecidas en el mundo.

²¹ Tomado de: Reporte de Influenza SE 03 de 2023 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS, disponible en <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

²² 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>.

10.458.265

Casos nuevos reportados en las últimas 4 semanas.

90.520

Nuevos fallecidos reportados en las últimas 4 semanas.

89%↓

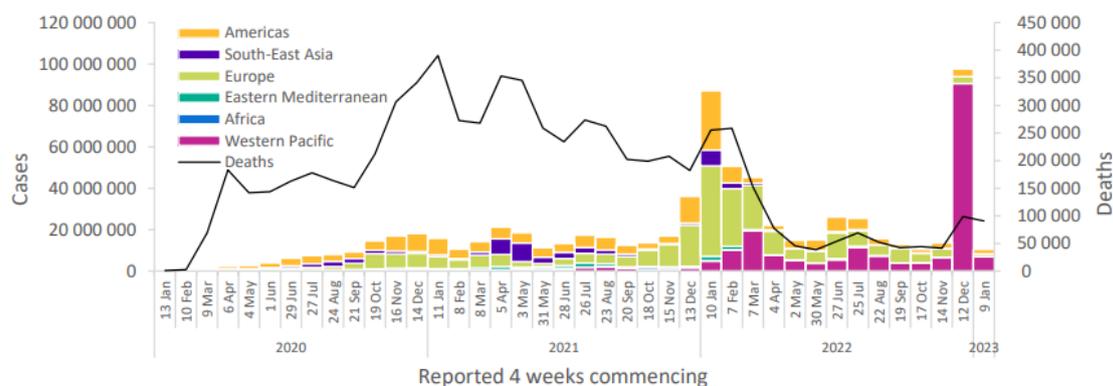
A nivel global en las últimas 4 semanas el número de casos nuevos disminuyó respecto de la cuatrisesmana previa.

8%↓

La cantidad de fallecidos nuevos disminuyó respecto de la cuatrisesmana 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.
- ✓ En la Región de las Américas, la cantidad de casos nuevos en los últimos 28 días disminuyó un 43% respecto de las 4 semanas previas, mientras que las nuevas muertes aumentaron un 14%.
- ✓ Respecto de las variantes circulantes, a nivel mundial el 99,6% de las secuencias reportadas entre el 10 de enero y el 6 de febrero de 2023 eran la variante Omicron.
- ✓ Según las secuencias enviadas a GISAID en la semana 03, Omicron BA.5 y sus linajes descendientes, aunque disminuyó su prevalencia relativa, siguen siendo dominantes en todo el mundo y representaron el 53,9% de las secuencias enviadas. La prevalencia de BA.2 y sus linajes descendientes se mantiene estable (representaron el 12,6% de las secuencias) mientras que la prevalencia de recombinantes aumentó a 24,6%. BA.4 y sus linajes descendientes se mantuvieron en menos de 1%. Las secuencias no asignadas (presumiblemente Omicron) representaron el 8,7%.

Gráfico 27. 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, el informe se confeccionó con información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud **hasta el día 5 de febrero 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”, entendiéndose por tal un período de 52 semanas desde la SE 31 a la 30 del año siguiente, para considerar en conjunto los meses epidémicos.

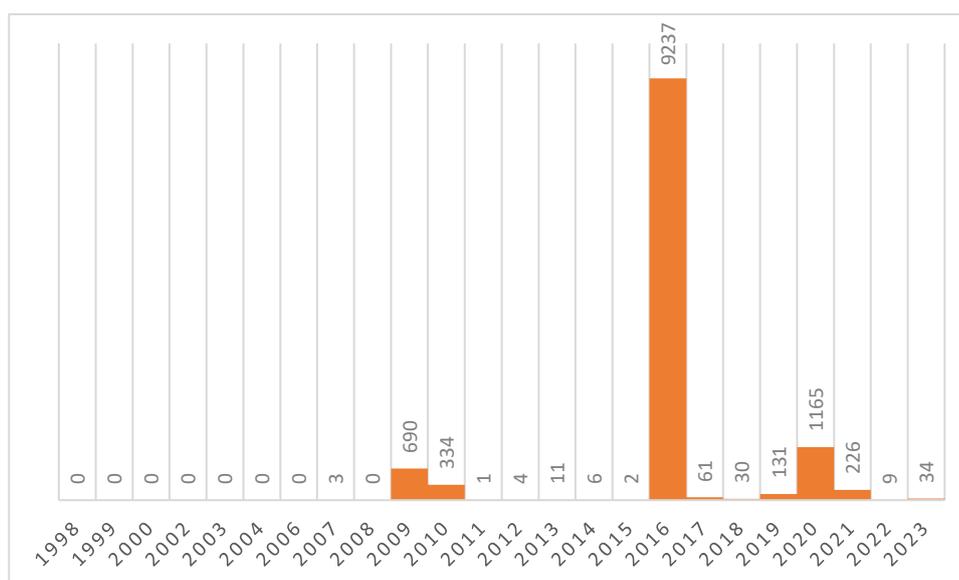
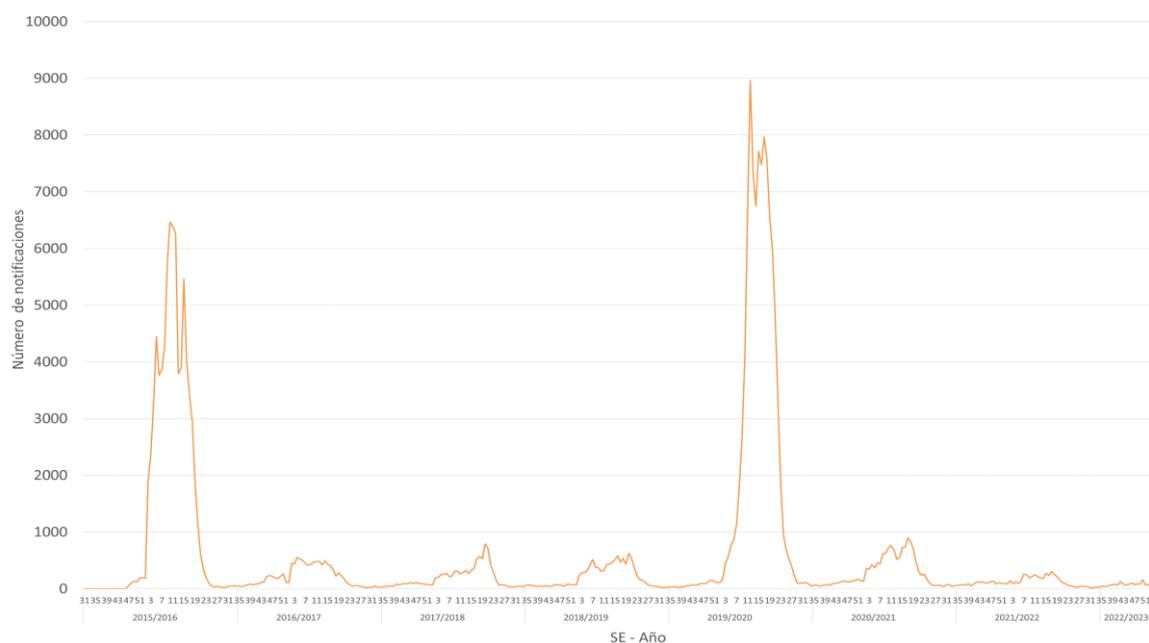
RESUMEN

En el momento actual se registra circulación viral de dengue en 6 localidades correspondientes a 4 provincias: Salta (Profesor Salvador Mazza), Tucumán (Lules y San Miguel de Tucumán), Santa Fe (Las Toscas y Villa Guillermina) y CABA (Villa del Parque). Se registran los serotipos DEN-2 (en Salta y Tucumán) y DEN-1 en CABA y Santa Fe.

Durante la semana en curso se registraron 2 caso de Fiebre chikungunya sin antecedentes de viaje en el partido de Almirante Brown, provincia de Buenos Aires y hasta la fecha se registraron 32 casos de esta enfermedad en distintas provincias en pacientes con antecedentes de viaje a Paraguay.

DENGUE TEMPORADA 2022-2023

En las primeros 5 semanas de 2023 se registraron 34 casos en las jurisdicciones de CABA (3), Salta (8), Tucumán (6), Santa Fe (17). Al momento, se identificaron los serotipos DEN-2 en Salta y Tucumán y DEN-1 en CABA y Santa Fe. Se confirmó además un caso de DEN-2 en CABA cuyo antecedente de viaje se encuentra en investigación.

Gráfico 1. Casos de dengue por SE. SE 1 a 5 (1998 a 2023). Argentina.**Gráfico 2. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para todas las temporadas (2015-2016 a SE 05/2023). 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 excepción de dos casos confirmados aislados en Córdoba, en diciembre del 2022. Otros dos casos confirmados en el mismo mes, en CABA, fueron estudiados por el Laboratorio Nacional de Referencia, arrojando resultados que descartan la infección por dengue.

En cuanto a casos probables, se han registrado 39 casos sin registro de viaje al exterior, 19 de ellos en Tucumán y 3 casos de probables flavivirus.

Tabla 1. Casos notificados según clasificación y antecedente de viaje. SE 31/2022 a 05/2023.

Provincia	Sin Antecedente de viaje		Con AV a otras provincias		Con AV a otros países		Total notificados	DEN-1	DEN-2	Total con serotipo tipificado
	C	P	C	P	C	P				
Buenos Aires	0	4	0	0	2	1	177	0	0	0
CABA	3	1	0	0	4	0	216	0	0	0
Córdoba	2	2	0	0	3	0	131	0	0	0
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	61	0	0	0
Santa Fe	17	2	0	0	0	1	232	12	0	12
Centro	22	9	0	0	9	2	817	12	0	12
Mendoza	0	1	0	0	3	0	11	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0
Cuyo	0	1	0	0	3	1	19	0	0	0
Chaco	0	1	0	0	0	0	68	0	0	0
Corrientes	0	1	0	0	1	0	40	0	0	0
Formosa	0	6	0	0	0	0	90	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	1	0	235	0	0	0
NEA	0	8	0	0	2	0	433	0	0	0
Catamarca	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0
Jujuy	0	1	0	0	0	0	115	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Salta	9	1	0	0	2	0	418	0	7	7
Sgo. del Estero	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0
Tucumán	5	19	0	0	0	0	116	0	5	5
NOA	14	21	0	0	2	0	668	0	12	12
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	2	-	-	-
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	1	1	-	-	-
Sur	0	0	0	0	0	1	5	-	-	-
Total PAIS	36	39	0	0	16	4	1.942	12	12	24

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.

*Los casos correspondientes a CABA (2), notificados en la columna "AV a otras provincias" en ediciones anteriores, fueron reclasificados en la columna "Sin antecedente de viaje" por no presentar registro de antecedente de viaje a zona con circulación viral comprobada.

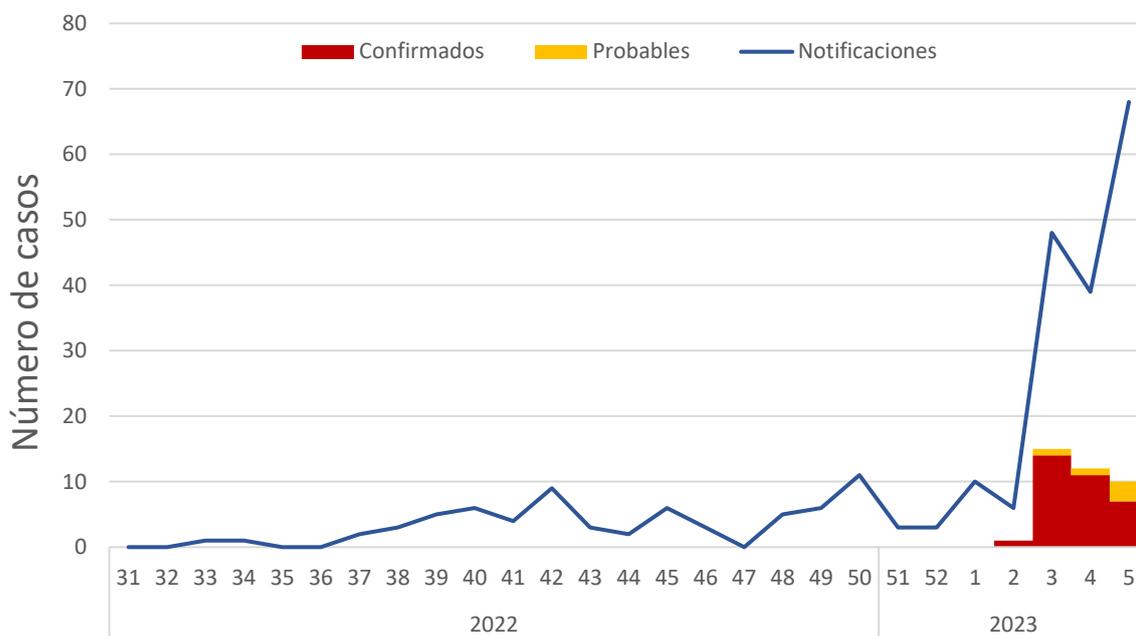
Del total de casos notificados solo el 3% corresponden a casos confirmados (1%) y probables (2%), un 6% permanecen en estudio y el resto han sido descartados o presentan estudios negativos. Las notificaciones se registraron principalmente en la región Centro, seguida por la región NOA, con una mayor contribución de las provincias de Salta y Jujuy.

FIEBRE CHIKINGUNYA

Durante el mes de enero del presente año, se han confirmado 32 casos de Fiebre Chikungunya en el país, todos con antecedente de viaje a Paraguay. Los casos se concentran en Formosa (17) y Provincia de Buenos Aires (7). Además, se registra un caso probable en Formosa, con antecedente de viaje a Corrientes, donde no se registran casos confirmados al momento. Se realizó la investigación epidemiológica correspondiente y se está a la espera de una segunda muestra que permita confirmar o descartar la infección.

Al cierre de este boletín se notificaron 2 casos de Fiebre Chikungunya sin antecedentes de viaje en el partido de Almirante Brown, provincia de Buenos Aires, que se encuentran en investigación.

Gráfico 3. Notificaciones totales, casos confirmados y casos probables de Fiebre Chikungunya, Argentina. Temporada SE 31/2022 a SE 05/2023.



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).

INFORMACIÓN REGIONAL DEL DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE 05/2023

Dengue, Zika y Chikungunya en países de la región

Desde la SE 01/2023 a la SE 05/2023, se registraron en Argentina, Bolivia y Brasil, los serotipos DEN-1 y DEN-2 (Tabla 3).

Tabla 2. Casos totales, confirmados por laboratorio y tasas de incidencia cada 100.000 hab. de dengue. Muertes y tasas de letalidad cada 100mil hab., según país, SE 01 a SE 05/2023*.

País	Última actualización	Serotipos circulantes	Total casos	Tasa de incidencia	Confirmados laboratorio	Muertes	Letalidad
<i>Brasil</i>	SE 04/2023	DEN 1 y 2	71.758	33,53	16.833	4	0,02
<i>Bolivia</i>	SE 04/2023	DEN 2	13.960	56,68	2.531	6	0,00
<i>Paraguay</i>	SE 03/2023	-	13.824	1,85	95	0	0,00
<i>Perú</i>	SE 03/2023	-	13.662	40,95	2.068	10	0,07
<i>Argentina</i>	SE 04/2023	DEN 1 y 2	36**	0	0	0	0,00

*La información actualizada a SE 05/2023 no se encuentra disponible en la Plataforma de Información en Salud de las Américas

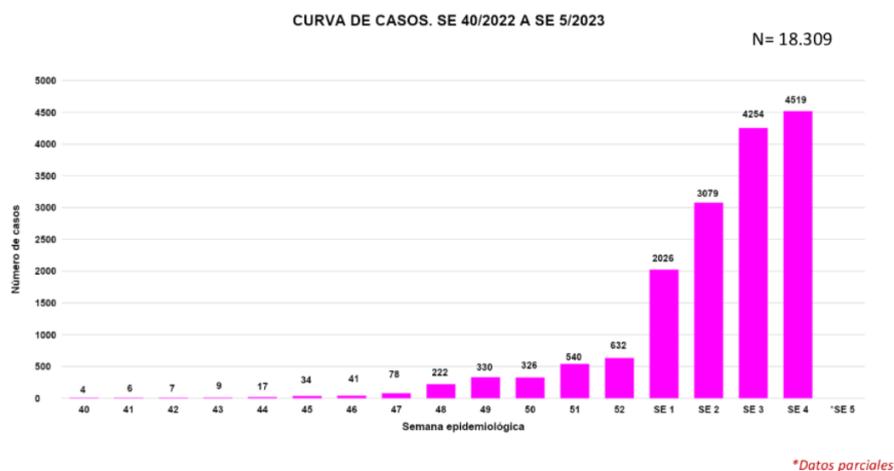
**Se incluyen los casos con AV al exterior

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

En cuanto a Fiebre Chikungunya, Paraguay sigue registrando una suba en los casos desde la SE 40 del año pasado (Gráfico 4). Según fuentes oficiales, se estiman más 11.00 casos confirmados (la mayor parte identificados en los departamentos Central y Asunción) (Mapa 1), de los cuales 4.500 ocurrieron solo en la última semana. Se contabilizan 14 fallecidos y 103 personas hospitalizadas. En Brasil también registran casos confirmados y fallecidos (Tabla 3)

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).

Gráfico 4. Curva de casos de Chikungunya*. SE 40/2022 a 05/2023. Paraguay



***datos parciales**

Fuente: Resumen de la Situación Epidemiológica semanal, actualizado al 08/02/2023. Dirección General de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Paraguay.

Mapa 1. Distribución de casos sospechosos de arbovirosis y casos confirmados de dengue y Chikungunya por departamento. SE 01 a 05/2023. Paraguay.



Fuente: Resumen de la Situación Epidemiológica semanal, actualizado al 08/02/2023. Dirección General de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Paraguay.

Tabla 3. Casos confirmados por laboratorio y casos fatales de Fiebre Chikungunya y Enfermedad por virus de Zika según país*. SE 01/2022 a 04/2023.

País	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus de Zika		
	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes
Brasil	SE 04/2023	998	75	SE 03/2023	8	0
Paraguay	SE 04/2023	10.382	11	SE 04/2023	0	0
Argentina	SE 04/2023	32	0	SE 04/2023	0	0
Bolivia	SE 04/2023	0	0	SE04/2023	6	0
Perú	SE 01/2023	0	0	SE 04/2023	0	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 se registran 36 casos confirmados de dengue sin antecedente de viaje al exterior en distintas localidades del país, con un aparente aumento en los casos sospechosos en las últimas semanas. Se evidencia circulación viral de los serotipos DEN-1 y DEN-2 en dos regiones el país, observándose un aumento de casos en las localidades afectadas.

Además, se ha registrado una suba en los casos importados de Paraguay de Fiebre Chikungunya Paraguay, por lo que se insta a reforzar la sospecha de arbovirosis teniendo en cuenta el antecedente de viaje específico de cada paciente y las acciones de control pertinentes, en un contexto favorecedor para la reproducción y propagación del insecto vector (período estival y aumento de lluvias).

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).

**NOTIFICACIÓN
ACUMULADA DE
EVENTOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA-
SE1 A SE4/2023**



EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS A SE 04

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 SE04

Eventos	2019		2020		2021		2022		2023	
	Notif.	Confi.	Notif.	Confi.	Notif.	Confi.	Notif.	Confi.	Notif.	Confi.
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubeola congénita	8	0	5	0	10	0	5	0	3	0
EFE (Enfermedad febril exantemática)	35		508		14		7		41	
Sarampión		0		36		0		0		0
Rubéola		0		0		0		0		0
Poliomielitis-Parálisis flácida aguda en menores de 15 años	16	0	12	0	9	0	11	0	7	0
Viruela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo *	21	3	18	3	6	2	19	0	6	2

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 SE04

Eventos	2019		2020		2021		2022		2023	
	Notif.	Confi.								
Cólera	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre recurrente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus epidémico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carbunco Extracutáneo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carbunco Cutáneo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

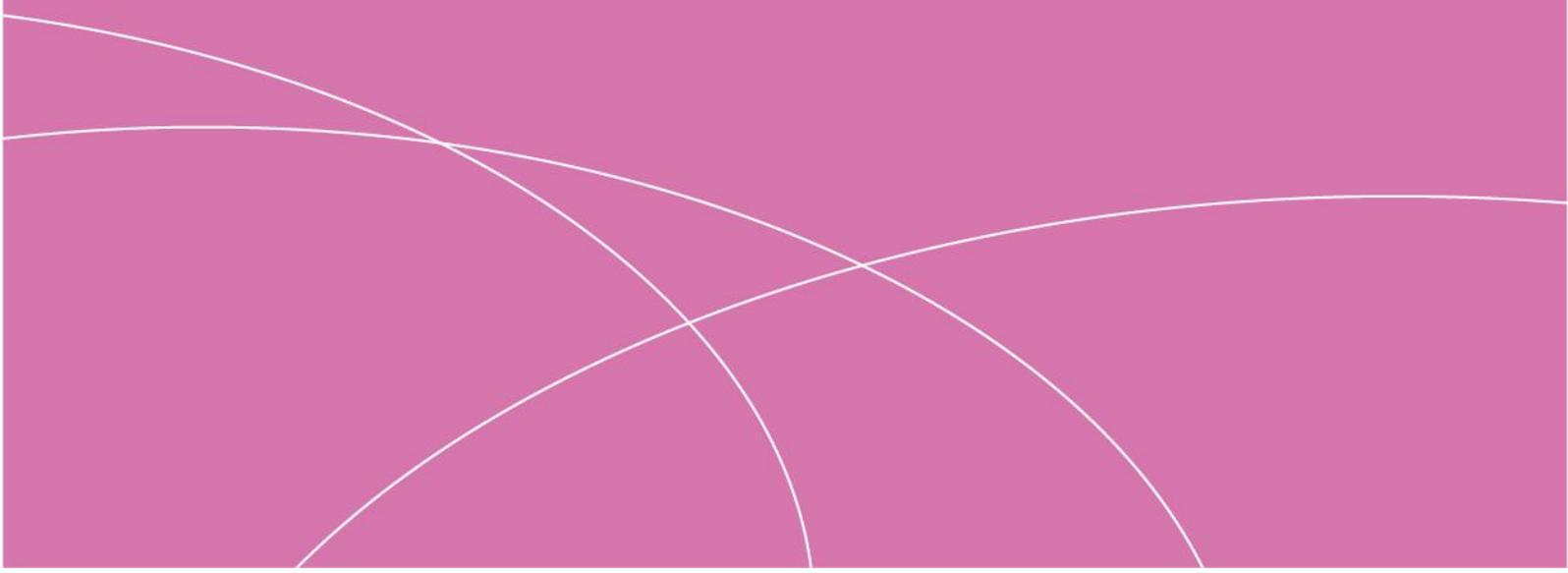
Datos extraídos del SNVS2.0, sujetos a modificación, se considera la fecha de apertura y la clasificación manual.

Tabla 3: Eventos ordenados por grupo con umbral por encima de 0 (cero) a SE04

Grupo	Evento	2019		2020		2021		2022		2023		
		Notif.	Confi.									
Enfermedades Transmitidas por alimentos, agua o ruta fecal-oral	Botulismo	2	0	5	2	2	1	19	2	0	0	↓
	Botulismo Del Lactante	2	0	6	1	3	1	6	3	0	0	↓
	Diarreas	104477		103252		52056		57898		42317		↓
	Fiebre tifoidea y paratifoidea	59	54	284	202	411	367	688	537	324	255	→
	Intoxicación por moluscos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Toxo-Infecciones Alimentarias	17	0	8	2	9	5	2	1	11	5	↑
Legionelosis	Triquinosis	15	3	26	7	11	2	3	1	54	24	↑
Legionelosis	Legionelosis	0	0	4	0	0	0	2	0	30	0	
Micosis	Mucormicosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ITS	Linfogranuloma venéreo	0	0	26	22	0	0	0	0	0	0	↓
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche	216	37	192	31	36	1	129	2	113	8	↓
	Parotiditis	29	10	41	22	12	11	12	6	40	16	↑
	Otras enfermedades bacterianas invasivas	12	11	16	14	4	2	16	15	80	73	↑
	Tétanos otras edades	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	↓
Intoxicaciones	Intoxicación Medicamentosa	225	191	255	215	88	63	67	48	183	141	↑
	Carbono	54	0	44	0	18	2	14	1	0	0	↓
	Intoxicación por otros tóxicos	280	0	291	0	83	0	64	0	245	0	
	Intoxicación por Plaguicidas Agrícolas	40	3	27	2	40	2	16	0	17	0	↓
	Intoxicación por Plaguicidas De Uso Doméstico	0	0	0	0	0	0	0	0	7	4	
	Intoxicación/Exposición a	3	0	0	0	0	0	0	0	7	1	
	Intoxicación/exposición a Mercurio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enfermedades de transmisión materno-infantil (ETMI)	Toxoplasmosis congénita	5	0	9	2	3	0	1	0	24	6	↑
	Toxoplasmosis en gestantes	97	10	281	35	178	4	95	4	472	17	↑
	Chagas agudo congénito	177	12	214	13	75	4	84	4	148	8	→
Enfermedades Transmisibles por vectores	Fiebre Manchada causada por rickettsias	9	0	9	0	3	0	1	0	12	1	
	Leishmaniasis Cutánea	22	21	13	13	33	22	17	8	0	0	↓
	Leishmaniasis Mucosa	3	1	1	1	1	0	3	3	0	0	↓
	Leishmaniasis Visceral	8	2	6	1	10	2	3	0	0	0	↓
	Brucelosis	64	4	59	7	116	2	46	8	72	6	↑
Enfermedades zoonóticas humanas	Fiebre Hemorrágica Argentina	42	0	17	1	35	0	12	2	26	0	↓
	Hantavirosis	450	35	146	15	94	9	60	2	94	0	↓
	Hidatidosis	25	14	46	18	43	13	35	22	47	18	↑
	Leptospirosis	367	25	249	7	146	3	100	4	149	4	↓
	Psitacosis	41	5	31	1	19	3	17	0	39	8	↑
	Rabia animal (APR)	20	15	36	17	26	14	14	9	12	8	↓
	Cisticercosis	483	442	495	479	363	355	589	575	1267	1192	↑
	Fiebre Q	0	0	3	0	0	0	1	1	2	1	↑
	Envenenamiento por animal ponzoñoso - Alacranismo	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
	Araneismo-Envenenamiento por Latrodectus (Latrodectismo)	946	691	619	480	586	446	730	611	699	566	↑
	Araneismo-Envenenamiento por Loxosceles (Loxoscelismo)	59	23	78	54	32	24	56	44	89	59	↑
	Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	39	23	35	18	9	4	21	14	38	18	↑
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	50	36	55	43	80	34	69	45	82	68	↑
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	3	1	5	4	6	2	0	0	5	3	↑
	Tuberculosis y lepra	Lepra	3	2	1	1	0	0	1	1	0	0

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

**ALERTAS Y
ACTUALIZACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
INTERNACIONALES**



ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

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

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

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

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

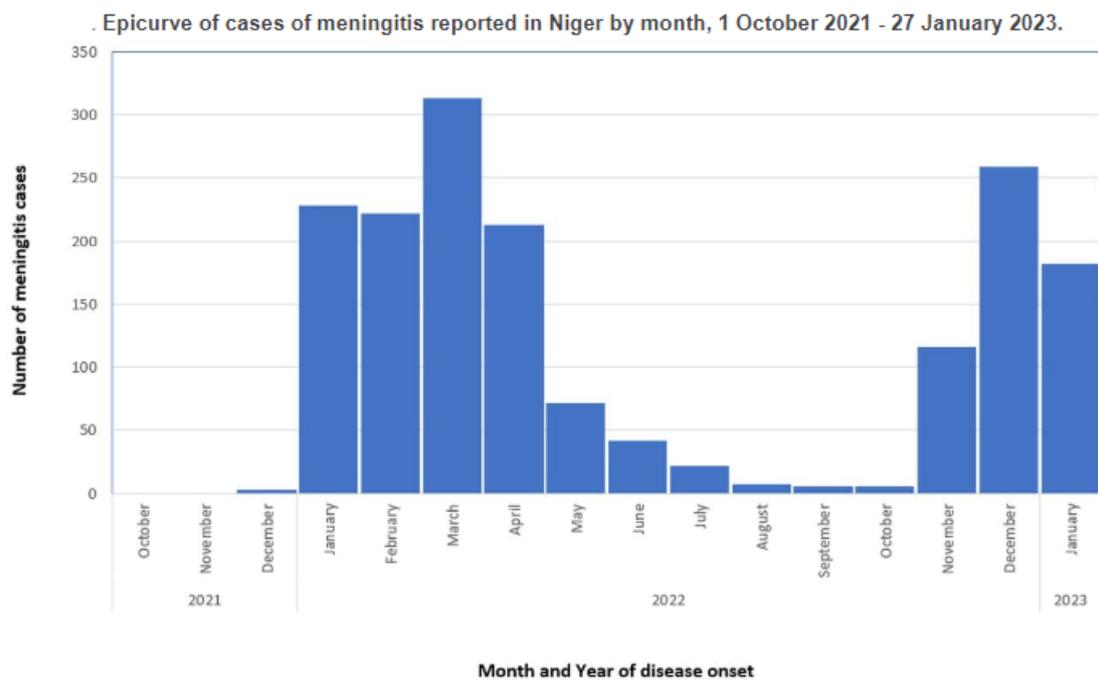
A continuación se mencionan los eventos de mayor relevancia que han sido compartidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 01 y el 08 de febrero del 2023.

MENINGITIS – NIGER

8 de febrero 2023

Descripción de la situación: Níger se ha visto afectado por varias epidemias de meningitis que han resultado en 20.789 casos y 1369 muertes notificadas desde 2015.

Del 1 de noviembre de 2022 al 27 de enero de 2023, se notificaron un total de 559 casos de meningitis (de los cuales 111 fueron confirmados por laboratorio), incluidas 18 muertes en la región de Zinder, al sureste de Níger. La mayoría de los casos confirmados por laboratorio (104/111; 93,7 %) se deben a *Neisseria meningitidis* serogrupo C. Se han implementado campañas de vacunación reactiva con la vacuna trivalente antimeningocócica polisacárida.



Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON439>

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA



NORMA DE VIGILANCIA Y CONTROL DE FIEBRE CHIKUNGUNYA

Se detalla a continuación la norma de vigilancia y control de Fiebre chikungunya tal como lo establece el [Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria – Actualización 2022](#).

Evento: **Fiebre chikungunya**

Categoría: Eventos **Transmisibles**

Grupo: **Arbovirosis**

Código CIE-10	A92.0 Enfermedad por virus Chikungunya Fiebre (hemorrágica) de Chikungunya
Descripción del problema de salud pública	<p>La fiebre chikungunya (CHIK) es una enfermedad viral emergente causada por un Alfavirus, el virus chikungunya (CHIKV). Es transmitida por mosquitos <i>Aedes aegypti</i> y <i>Aedes albopictus</i>, las mismas especies involucradas en la transmisión del dengue. El nombre chikungunya deriva de una palabra en idioma makonde del grupo étnico que vive en el sudeste de Tanzania y el norte de Mozambique que significa “aquel que se encorva” o “retorcido”, que describe la apariencia inclinada de las personas que sufren la enfermedad, por las artralgias intensas que la caracterizan. Después del período de incubación, el CHIKV causa una enfermedad febril generalmente asociada con artralgia/artritis (87%), dolor de espalda (67%) y cefalea (62%). También es frecuente la aparición de un rash maculopapular (28–77%). Las artralgias suelen ser simétricas y de localización más frecuente en tobillos, muñecas y articulaciones pequeñas de la mano; si bien puede afectar articulaciones más grandes (rodilla, hombro, columna vertebral) y ser migratoria en el 70% de los casos. Pueden presentarse náuseas, vómitos y conjuntivitis. La fase aguda dura generalmente 5 a 10 días. También puede evolucionar a una fase posaguda (desde la cuarta semana hasta el final del tercer mes) y crónica (a partir del cuarto mes) con secuelas a largo plazo que incluyen artralgia y artritis y un empeoramiento de su calidad de vida. Las formas graves son poco frecuentes y se observan particularmente en neonatos, menores de 1 año, adultos mayores de 65 años o con enfermedades crónicas subyacentes y embarazadas. Esta patología carece de tratamiento específico.</p> <p>Entre el 3 y 28% de los individuos afectados presentarán infecciones asintomáticas contribuyendo también a la transmisión de la enfermedad.</p> <p>El primer aislamiento viral en suero humano y mosquitos del CHIKV, ocurrió durante la epidemia de 1952–1953 en Tanzania. Desde entonces se presentaron brotes en pequeñas comunidades en Asia y África, con periodicidad cíclica, con periodos interepidémicos de entre 4 y 30 años. Desde su reemergencia en el 2004, a partir de un brote originado en la costa de Kenia, el CHIKV ha expandido su distribución geográfica mundial. En diciembre del 2013 la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) reportó la confirmación de casos de transmisión autóctona en la región del Caribe, extendiéndose a casi todos los países de la región. En este contexto, en Argentina se confirmó el primer brote de fiebre chikungunya en el 2016 limitado a las provincias de Salta y Jujuy. El determinante principal que permitiría una nueva introducción del CHIKV en el territorio, es el ingreso de viajeros en período de viremia desde zonas con transmisión activa hacia las zonas de nuestro país con presencia del vector. Una vez introducido el virus, su dinámica de transmisión dependerá de las interacciones entre factores ambientales como la urbanización desorganizada con acceso deficiente a fuentes de agua que obliga a almacenarla en recipientes</p>

	<p>mal tapados o dejados a la intemperie, el agente, la población huésped y el vector. Los primeros casos de transmisión autóctona no presentan antecedentes de viaje, y es por esto que, en áreas con presencia del vector, son considerados casos sospechosos todos aquellos con clínica compatible con la enfermedad.</p> <p>La vigilancia de dengue en Argentina se realiza en el marco de la vigilancia de Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI), en el que se agrupan un conjunto de enfermedades emergentes y reemergentes con potencial epidémico que presentan características clínicas comunes, particularmente al comienzo de la enfermedad, en los que la sospecha clínica específica de cada evento se encuentra orientada por el contexto epidemiológico del área y de los antecedentes epidemiológicos del caso, y requieren la verificación del diagnóstico por laboratorio. El SFAI incluye toda persona que presenta al momento de la consulta (o haya presentado en los últimos 15 días) fiebre aguda -de menos de siete (7) días de duración- mialgias o cefalea, sinafección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.</p> <p>La vigilancia por laboratorio de dengue y otros arbovirus se lleva adelante en forma integrada e incluye el estudio de virus Dengue, virus Zika, virus Chikungunya, virus de la Fiebre Amarilla, virus de la Encefalitis de San Luis y el virus de la fiebre del Nilo Occidental, entre otros agentes.</p>
Agente etiológico	CHIKV es un virus ARN que pertenece al género alphavirus de la familia Togaviridae.
Modos de transmisión	<p>El virus chikungunya es transmitido a través de la picadura de los mosquitos del género Aedes, que, para estar infectados, deben haber picado previamente a una persona infectada (con manifestaciones clínicas o no) durante el período de viremia. El período promedio de incubación extrínseca es de 10 días, a partir del cual el mosquito es capaz de transmitir el virus, durante toda su vida, a un individuo susceptible.</p> <p>En la mayoría de las infecciones que ocurren durante el embarazo, el virus no se transmite al feto, aunque existen reportes de abortos espontáneos después de una infección en la madre durante los primeros meses de embarazo. El mayor riesgo de transmisión al recién nacido se produce cuando la persona gestante tiene viremia en el período intraparto; en este caso la transmisión puede alcanzar al 49%. No hay evidencia de que el virus se transmita a través de la leche materna.</p> <p>Otra forma de transmisión menos frecuente es la exposición en el laboratorio y la posible transmisión del virus a través de hemoderivados.</p>
Reservorio - Vector	El reservorio principal son los seres humanos, al menos durante los períodos epidémicos de la enfermedad. Pero en los períodos inter epidémicos han sido implicados diversos vertebrados como reservorios potenciales, incluyendo primates, roedores, aves y algunos mamíferos pequeños.
Período de incubación	<ul style="list-style-type: none"> ● Período de incubación <ul style="list-style-type: none"> ○ Período de Incubación Extrínseca: 10 días. ○ Período de Incubación Intrínseca: de 1 a 12 días (media de 4 a 7 días). ○ Mínimo período de incubación total: 11 días. ○ Máximo período de incubación total: 22 días ● Período de transmisión: <p>Desde 3 días antes hasta 5 días después de la fecha de inicio de síntomas. El vector se vuelve infectante luego de 8 a 12 días (incubación extrínseca) y durante toda su vida.</p> ● Susceptibilidad e Inmunidad <p>Todos los individuos no infectados previamente con el virus del chikungunya están en riesgo de adquirir la infección y desarrollar la enfermedad. Los recién nacidos de madres afectadas no adquieren inmunidad transplacentaria ni a través de la leche materna. Se cree que una vez expuestos al virus, los individuos adquieren</p>

	<p>inmunidad prolongada que los protege contra la reinfección.</p>
<p>Objetivos de lavigilancia</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Alertar en forma temprana acerca de la ocurrencia de casos para la adopción de las medidas de control. -Detectar la circulación viral de dengue de forma precoz para orientar las acciones de control e investigación e identificar serotipos y genotipos circulantes. -Monitorear la evolución de brotes y evaluar las acciones de control. -Contribuir a disminuir el riesgo de propagación de brotes. -Evaluar la eficacia de las acciones de control de brote. -Monitorear la severidad y letalidad de los casos.
<p>Definición y clasificaciones de caso</p>	<p>Caso sospechoso de fiebre chikungunya: Toda persona que reúna los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presente fiebre mayor a 38.5°C y artralgias (habitualmente incapacitante) oartritis acompañada de dolor intenso, incapacitante que no se explica por otra condición médica, y • Resida o haya viajado en los últimos 14 días anteriores al inicio de los síntomas a zonas con circulación de virus chikungunya o con presencia del vector, <p>Todo recién nacido de persona gestante con viremia intraparto (desde cuatro días previos al parto y dos días posteriores)</p> <p>Caso probable de fiebre chikungunya: Caso sospechoso que presente IgM positiva en muestra de suero. *NO SE RECOMIENDA LA APLICACIÓN DE TEST RÁPIDOS EN PERIODO DE INTERBROTE</p> <p>Caso confirmado de fiebre chikungunya: Caso sospechoso o probable de fiebre chikungunya con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento viral y/o detección molecular del genoma viral en muestra (suero o tejido) obtenida dentro de los ocho (8) días de evolución desde el inicio de la fiebre, o • Prueba de Neutralización de anticuerpos IgG positiva en sueros pareados con 10 a 15 días de diferencia. <p>y</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de reactividad cruzada con otros Alphavirus. <p>Caso confirmado por nexa epidemiológico: en una situación de epidemia, luego de la confirmación de la circulación del virus por pruebas de laboratorio, los siguientes casos se confirman por criterios clínico-epidemiológicos. Si bien es necesario continuar estudiando por laboratorio una proporción de casos como parte de la vigilancia serológica y virológica, los estudios de laboratorio en una epidemia se centralizan hacia los casos graves, fallecidos y para monitorear la expansión del brote hacia nuevas áreas y duración temporal del mismo.</p> <p>Caso no conclusivo de fiebre chikungunya: Caso sospechoso con una muestra dentro de los ocho (8) días de evolución desde el inicio de la fiebre con detección de Genoma negativo o con detección de IgM negativo en muestras de menos de ocho (8) días.</p> <p>Caso descartado de fiebre chikungunya: todo caso con:</p> <ul style="list-style-type: none"> – detección de IgM negativo en muestras obtenidas con más de ocho (8) días de evolución desde el inicio de la fiebre o Neutralización negativa en sueros pareados con 10 a 15 días de diferencia, – resultados de laboratorio específicos para virus chikungunya negativos y confirmación para otro agente etiológico que explique el cuadro clínico, o – todo caso sospechoso con resultados de laboratorio No Conclusivos e imposibilidad de obtener nuevas muestras, en ausencia de nexa epidemiológico con casos confirmados en zonas sin circulación viral en un plazo de 30 días.

	<p>Clasificaciones de caso según sitio probable de contagio:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Caso importado: se considerará importado cuando el sitio posible de contagio corresponde a áreas de transmisión fuera de su jurisdicción de residencia (en el que haya permanecido dentro de los 15 días previos al inicio de los síntomas). – Caso autóctono: se considerará autóctono cuando el sitio posible de contagio corresponde a la jurisdicción de residencia habitual donde se comprobó circulación viral (sin viaje fuera de la misma). <p>Clasificaciones de caso según tiempo de evolución:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fase aguda: paciente con fiebre mayor a 38.5°C y artralgias (habitualmente incapacitante) o artritis acompañada de dolor intenso, incapacitante que no se explica por otra condición médica de hasta 3 semanas de duración. Ocasionalmente pueden estar acompañados de manifestaciones no articulares, tales como neurológicas, cardiovasculares, dermatológicas, oftalmológicas, hepáticas, renales, respiratorias y hematológicas, entre otras, o pueden presentar disfunción de al menos un órgano o sistema con riesgo vital. – Fase posaguda: paciente cuyos síntomas articulares (artritis, artralgias o edema articular) se mantienen por más de 3 semanas hasta el final del tercer mes. Puede darse una evolución continua desde el inicio de los síntomas o presentarse periodos sin síntomas de manera intermitente. – Fase crónica (más de 3 meses): paciente que presenta manifestaciones articulares, tales como dolor, edema o rigidez articular por más de tres meses después de la fase aguda. Pueden también cursar con artritis crónica por CHIKV, la cual debe ser estudiada y confirmada. Debe descartarse artritis de otra etiología inflamatoria. 								
<p>Definición de brote</p>	<p>Dos casos relacionados con al menos uno sin antecedentes de viaje y al menos uno confirmado por laboratorio; o un caso confirmado por laboratorio sin antecedentes de viaje en el que la Dirección de Epidemiología provincial pueda certificar el carácter de autóctono.</p>								
<p>Notificación</p>	<table border="1" data-bbox="469 1301 1331 1473"> <thead> <tr> <th data-bbox="469 1301 644 1357">Evento SNVS</th> <th data-bbox="644 1301 874 1357">Modalidad</th> <th data-bbox="874 1301 1118 1357">Estrategia/ Componente</th> <th data-bbox="1118 1301 1331 1357">Periodicidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="469 1357 644 1473">Fiebre Chikungunya</td> <td data-bbox="644 1357 874 1473">Nominal / individual</td> <td data-bbox="874 1357 1118 1473">Universal Clínica / Laboratorio / Investigación epidemiológica</td> <td data-bbox="1118 1357 1331 1473">Inmediata ante casos sospechoso</td> </tr> </tbody> </table> <p>Cada caso sospechoso de fiebre chikungunya detectado en áreas con presencia del vector conduce a una investigación en terreno. El objetivo de la investigación de campo es determinar si una infección fue adquirida localmente y, por lo tanto, si hay transmisión local de virus chikungunya en curso. Esta clasificación debe ser efectuada en el término de 72 horas a partir del diagnóstico del caso e incluye la confección de informes de investigación de caso escritos y subidos como archivo embebido al SNVS 2.0 – conteniendo la caracterización del caso, la clasificación del caso y el seguimiento del caso, el hogar y el vecindario</p>	Evento SNVS	Modalidad	Estrategia/ Componente	Periodicidad	Fiebre Chikungunya	Nominal / individual	Universal Clínica / Laboratorio / Investigación epidemiológica	Inmediata ante casos sospechoso
Evento SNVS	Modalidad	Estrategia/ Componente	Periodicidad						
Fiebre Chikungunya	Nominal / individual	Universal Clínica / Laboratorio / Investigación epidemiológica	Inmediata ante casos sospechoso						
<p>Medidas preventivas</p>	<p>Para la transmisión vectorial, los factores vinculados a la salud ambiental más relacionados con necesidades básicas (provisión de agua corriente, cloacas, gestión de residuos sólidos urbanos, saneamiento de predios, remediación de suelos, gestión de aguas, entre otros) constituyen prerrequisitos para establecer niveles de mejor salud, y constituyen la primera y la más importante defensa contra las enfermedades vectoriales.</p>								

	<p>En el caso del dengue y otras arbovirosis, son estas las acciones prioritarias que deben ser encaradas como principal estrategia de prevención y control de estas enfermedades.</p> <p>En función de distintos escenarios determinados según las características de la situación entomológica y epidemiológica local, se definen las estrategias de prevención y control vectorial necesarias. Estos escenarios plantean, márgenes de intervención permanentes y sostenidas en el tiempo (que tiendan a la eliminación de los factores que permiten la instalación/continuidad de la enfermedad) y acciones integrales que, en caso de situaciones de emergencia, permiten limitar los brotes y minimizar las consecuencias sanitarias de la enfermedad.</p> <p>Las acciones que deben realizarse permanentemente de manera rutinaria, con el objeto de reducir la población del vector están divididas en cuatro grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Saneamiento y ordenamiento ambiental: estrategia integral que consiste en solucionar las principales deficiencias en las condiciones de Gestión integral del agua, excretas, de los Residuos Sólidos Urbanos, del hábitat humano y la protección de la masa viva vegetal; incluyendo acciones que mantengan la limpieza y el orden en los edificios y espacios públicos, principalmente el desmalezado y el control (físico, químico y/o biológico) y eliminación de todos aquellos recipientes que puedan servir como criaderos para <i>Aedes aegypti</i>. Se debe poner especial énfasis en aquellos sitios que ofrecen una importante abundancia de criaderos (como los floreros en los cementerios, las cubiertas en las gomerías, los autos y chatarras viejas en las chatarrerías y desarmaderos de autos, por ejemplo) y en aquellos predios que congregan una gran cantidad de personas (hospitales, cárceles, terminales de transporte, centros de salud, talleres ferroviarios, clubes deportivos, balnearios, etc.). – <u>Control de criaderos, también llamado control focal</u>: Este tipo de control está dirigido a la fase inmadura acuática del mosquito. Se considera “foco” a cualquier recipiente con agua que contiene larvas de <i>Aedes aegypti</i>. Consiste en la inspección minuciosa del interior de la vivienda, incluyendo patios, jardines y techos, a fin de eliminar aquellos recipientes que el morador considere inútiles, tales como botellas, tapitas de gaseosas, juguetes, latas, macetas o baldes, por ejemplo. En el caso de recipientes útiles que contienen o pueden contener agua, se debe intentar primero impedir la entrada del mosquito o de agua de lluvia o riego (neutralización), tapándose o colocando la boca de los mismos hacia abajo, reemplazando el agua de los floreros por arena, etc. Cuando no es posible eliminar o neutralizar los recipientes, se los debe tratar con larvicidas registrados para su uso en salud pública. Sólo se pueden usar en agua para consumo humano, aquellos que están expresamente autorizados para tal fin. – con el apoyo de las provincias y nación si fuera necesario), sostenible y evaluable, orientado al registro sistemático de información entomológica para su análisis constante. Esta información permitirá predecir, prevenir y/o controlar a los mosquitos vectores, estratificar el riesgo de transmisión vectorial, sirviendo de insumo para la toma racional de decisiones basada en evidencia. – <u>Educación, Participación Comunitaria y Comunicación de riesgo</u>: La
--	--

	<p>participación comunitaria es el proceso que permite involucrar a la población, autoridades locales, instituciones públicas y a los sectores social y privado, en los programas y acciones de salud, representa un compromiso e identificación con un fin social, haciendo referencia a un proceso en donde el individuo se transforma en un sujeto protagónico, capaz de incidir en la reconstrucción de su espacio, la prevención de enfermedades, la transformación de su entorno y la problemática cotidiana, a través de alternativas que promuevan la justicia e igualdad social.</p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Recomendaciones especiales para Viajeros:</u> Quienes viajen a países o regiones con circulación de estos virus deben evitar la picadura de mosquitos (utilización de ropa adecuada y repelentes al aire libre, colocación de tules mosquiteros camas, cochecitos y cunas, y tabletas o espirales en las habitaciones), Las personas embarazadas deben evitar viajara estas zonas. Ante la presencia de síntomas (fiebre alta, dolor de cabeza y articulaciones, etc.) durante el viaje o al regreso dentro de los 15 días, se debe consultar rápido al médico, no automedicarse y evitar las picaduras del mosquito.
<p>Medidas ante casos y contactos</p>	<p>Los pacientes infectados por el CHIKV son el reservorio de la infección para otros, en el hogar y en la comunidad. Por consiguiente, las medidas de salud pública para reducir al mínimo la exposición a mosquitos se convierten en imperativas para prevenir la diseminación del brote.</p> <p>Además de las medidas de protección personal contra los mosquitos y aquellos destinados a controlar la población de los mismos, todos los casos sospechosos deben mantenerse bajo mosquiteros durante la fase virémica, que coincide con el período febril, para evitar la infección de otras personas en la vivienda, la comunidad o el hospital.</p> <p>Por su parte, deben tomarse las medidas ambientales de control vectorial para las arbovirosis transmitidas por <i>Ae. aegypti</i>, disponibles en las normas de vigilancia de dengue.</p> <p>En la evaluación inicial del paciente se deben identificar aquellos casos que deben ser derivados a niveles de mayor complejidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacientes con formas atípicas graves (neurológica, ocular, dermatológica, cardiovascular, renal), pacientes con comorbilidades (discapacidad, diabetes, hipertensión arterial, etc.) descompensados, embarazadas con síntomas de CHIKV en la última semana de gestación, recién nacidos de persona gestante con CHIKV. – Identificar signos de alarma y manifestaciones compatibles con formas graves de dengue que requieran derivación a un segundo nivel de atención debido a la posibilidad de coinfección con virus dengue o co-circulación de virus dengue en la misma área.
<p>Medidas ante brotes</p>	<p>Las medidas para otras arbovirosis que comparten <i>Ae. aegypti</i> Ver EVENTO DENGUE - Medidas ante brotes</p>

SINDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO: FICHAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y PEDIDOS DE ESTUDIO DE LABORATORIO

La vigilancia de Fiebre Chikungunya se enmarca en la vigilancia del Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI) y cuenta con 3 instrumentos diferenciales para la recolección de datos:

La *Ficha de recolección de datos y Pedido de Estudios de Laboratorio de SFAI para áreas no endémicas de Fiebre Hemorrágica Argentina*, disponible en: <https://bancos.salud.gov.ar/recurso/sindrome-febril-agudo-inespecifico-sfai-area-no-endemica>

La *Ficha de recolección de datos y Pedido de Estudios de Laboratorio de SFAI para áreas NO endémicas de Fiebre Hemorrágica Argentina*, disponible en: <https://bancos.salud.gov.ar/recurso/sindrome-febril-agudo-inespecifico-sfai>

La *Ficha de recolección de datos de SFAI internado* disponible en: <https://bancos.salud.gov.ar/recurso/sindrome-febril-agudo-inespecifico-internado-sfai-i>

SINDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO (SFAI)
FICHA DE NOTIFICACIÓN Y PEDIDO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

Definición de caso sospechoso: Todo paciente que presenta al momento de la consulta (o haya presentado en los últimos 45 días) fiebre aguda -de menos de siete (7) días de duración- mialgias o cefaleas, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

Fecha de Notificación: DIA / MES / AÑO DNI del paciente []

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: Apellido y nombre []
 Fecha de nacimiento [] / [] / [] Edad: [] Sexo: F M Ocupación []
 Domicilio: Calle [] N° [] Entre calles: []
 Barrio: []
 Referencia de ubicación: [] Ámbito Urbano Rural
 Localidad: [] Departamento: [] Provincia: []
 Teléfono: [] Teléfono alternativo (familiar o contacto) []

DATOS CLINICOS: Fecha de consulta: [] / [] / [] Consultó previamente? SI NO Fecha [] / [] / []
 Fecha de inicio de la fiebre: [] / [] / [] Ambulatorio Internado Fecha de internación: [] / [] / []
 Embarazada

ESPECIFIQUE SI PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS, SÍNTOMAS O PARÁMETROS DE LABORATORIO:

Signos y síntomas	SI	NO	S/D	SI	NO	S/D
Fiebre mayor a 38°C	<input type="checkbox"/>					
Cefalea	<input type="checkbox"/>					
Mialgias	<input type="checkbox"/>					
Artralgia	<input type="checkbox"/>					
Dolor retro ocular	<input type="checkbox"/>					
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>					
Nauseas	<input type="checkbox"/>					
Vómitos	<input type="checkbox"/>					
Diarrea	<input type="checkbox"/>					
Investación conjuntival ictericia	<input type="checkbox"/>					
Exantema	<input type="checkbox"/>					
Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>					
Espionomegalia	<input type="checkbox"/>					
Oligoururia	<input type="checkbox"/>					
Taquipnea	<input type="checkbox"/>					
Síndrome Confusional	<input type="checkbox"/>					
Síndrome Meníngeo	<input type="checkbox"/>					
Encefalitis	<input type="checkbox"/>					
Rx de frotis**	<input type="checkbox"/>					

** Marcar con una x Petequias Púrpura Epistaxis Gingivorragia Hemoptisis Melena Vómitos negros Otros

** Describir: []

Hto: % GB: [] /mm³. Fórmula: [] / [] / [] / [] / [] / [] Pla: [] /mm³. VSG: [] mm

Urea: [] mg/dl Creatinina: [] mg/dl ALT-GOT: [] U/L AST-GOT: [] U/L FAL: [] U/L

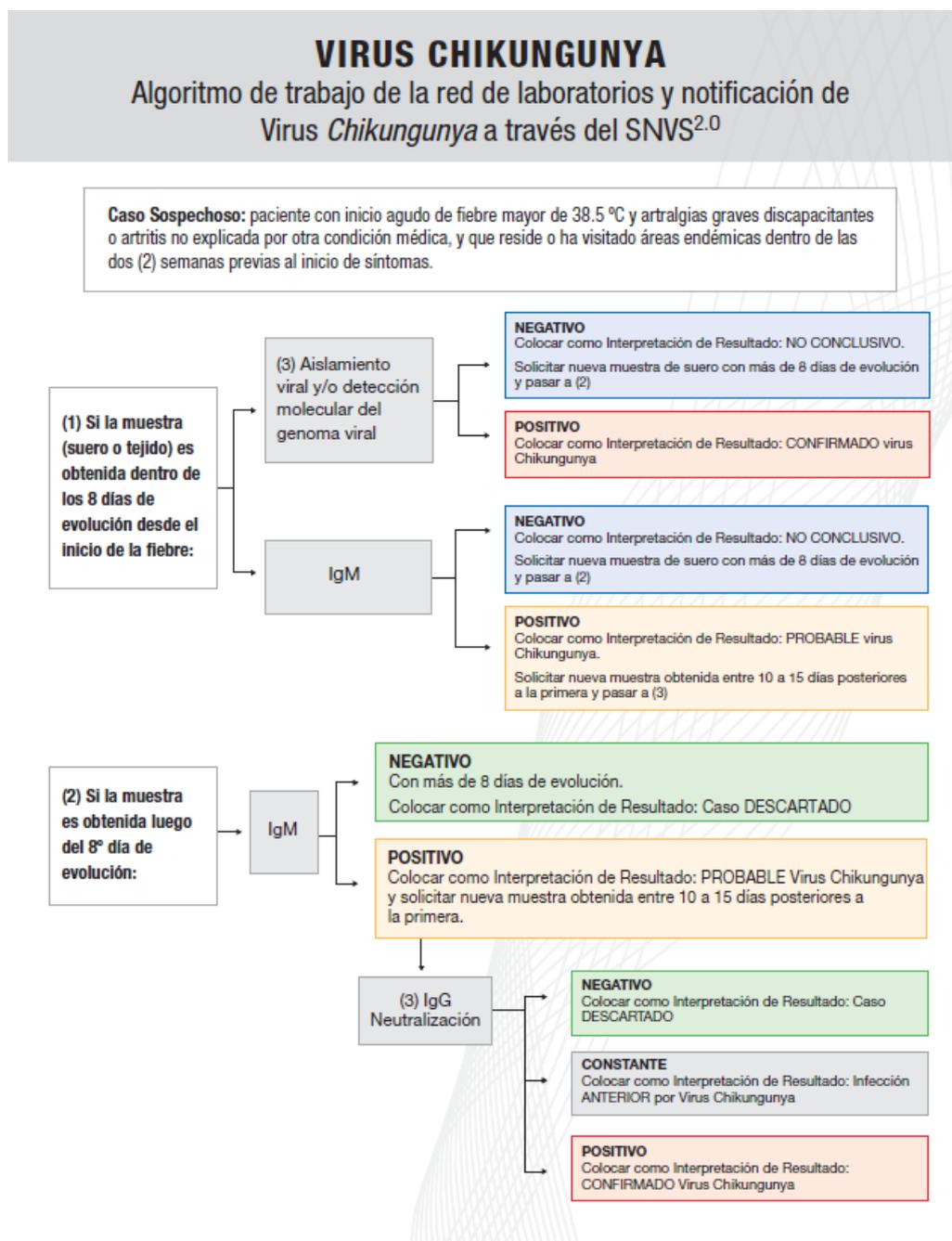
DATOS DE LA MUESTRA PARA ESTUDIO ETIOLÓGICO (A completar por el laboratorio notificador)
 Fecha de TOMA PRIMERA MUESTRA: [] / [] / []
 Fecha de TOMA SEGUNDA MUESTRA: [] / [] / []

SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS PARA DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO:
 (Calificar SÓLO las patologías sospechadas y numerarlas según orden de sospecha siendo 1 la principal y los números subsiguientes)

Dengue	Fiebre Amarilla		
Leptospirosis	Fiebre Hemorrágica Argentina		
Hantavirus	Encefalitis de San Luis		
Chikungunya	Fiebre del Nilo Occidental		
Zika	Rickettsiosis		
Paludismo	Otros (especificar)		

Se recuerda que una buena investigación epidemiológica se basa en una recolección de datos de calidad que permita identificar las características clínicas y los antecedentes epidemiológicos que orientarán tanto al diagnóstico adecuado como a las acciones de control oportunas.

VIRUS CHIKUNGUNYA: ALGORITMO DE TRABAJO DE LA RED DE LABORATORIOS Y NOTIFICACIÓN AL SNVS



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>

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