



# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA  
EPIDEMIOLÓGICA

# 6

NÚMERO 670  
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 .....	5
<b>SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES .....</b>	<b>6</b>
Viruela símica / Mpox .....	7
<b>EVENTOS PRIORIZADOS .....</b>	<b>14</b>
Vigilancia de dengue y chikungunya .....	15
Vigilancia de Infecciones respiratorias agudas .....	22
<b>INFORME ESPECIAL: enfermedades inmunoprevenibles .....</b>	<b>51</b>
Enfermedad febril exantemática - EFE (sarampión/rubeola) .....	52
Poliomelitis – Parálisis aguda flácida en menores de 15 años .....	57
Tétanos otras edades .....	64
Difteria.....	69
Coqueluche.....	72
rabia humana .....	77
Fiebre amarilla.....	82
<b>ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS .....</b>	<b>87</b>
Alertas y comunicaciones epidemiológicas nacionales: Influenza Aviar .....	88
Alertas y actualizaciones epidemiológicas internacionales .....	89
<b>DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES .....</b>	<b>94</b>
Boletín Epidemiológico de la Provincia de La Pampa (BEP) vigilancia de enfermedades gastroentéricas.....	95
Boletín epidemiológico de Salta. Enfermedades transmitidas por alimentos, agua o ruta fecal-oral .....	96
Provincia de Buenos Aires. Alerta por Detección de casos autóctonos de fiebre Chikungunya - Sospecha de brote -.....	96
<b>HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA .....</b>	<b>97</b>
Resolución 2827/2022: Actualización de las normas de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria .....	98



## 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 Lewis<sup>1</sup>
- Informe infecciones respiratorias agudas: Andrea Pontoriero<sup>2</sup>, Josefina Campos<sup>3</sup>.
- Informe Enfermedades Inmunoprevenibles: María del Valle Juárez<sup>4</sup>., Gabriela Elbert<sup>4</sup>, Marcela López Yunes<sup>4</sup>, Verónica Lucconi<sup>4</sup>, Octavia Bertachin<sup>4</sup>, María Jimena Aranda<sup>4</sup>, Rocio Nahir Barrios<sup>4</sup>, Silvina Neyro<sup>4</sup>, Nathalia Katz<sup>4</sup>, Daniel Stecher<sup>4</sup>, María Victoria López<sup>4</sup>, Carolina Selent<sup>4</sup>, Ana Martina De Prada<sup>4</sup>, Silvia Janisse<sup>4</sup> Requena Olavarría<sup>4</sup>, Daniela Mele<sup>4</sup>, María Sol Álvarez<sup>4</sup>.

**Imagen de tapa:** Imagen del Ministerio de Salud de la Nación, tomada del banco de imágenes del ministerio de salud. Vacunatorio en tecnopolis 2022.

---

Este boletín es el resultado del aporte de las personas usuarias del SNVS<sup>2.0</sup> 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.

---

<sup>1</sup> Laboratorio Nacional de Referencia Viruela símica, INEI-ANLIS.

<sup>2</sup> Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios, INEI-ANLIS.

<sup>3</sup> Plataforma de Genómica, ANLIS.

<sup>4</sup> Dirección de control de enfermedades inmunoprevenibles, Ministerio de salud de la Nación.

# SITUACIONES EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES

## VIRUELA SÍMICA / MPOX

### SITUACIÓN NACIONAL AL 14/02/2023

# 1.097

Casos confirmados reportados

# 2

Personas fallecidas en el país

- ✓ Desde la SE21/2022 y hasta el 14 de febrero se confirmaron 1.097 casos en Argentina.
- ✓ El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 10 casos con un máximo de 13 en la SE4 y un mínimo de 5 en la SE6.
- ✓ 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.
- ✓ 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 14/02/23.**

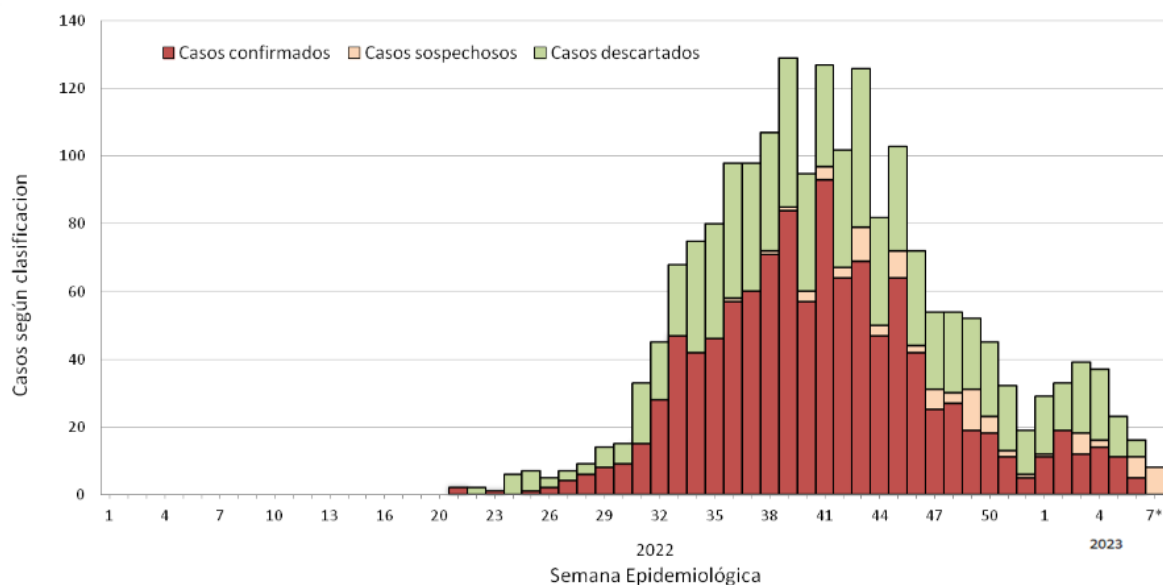
Provincia de residencia	Confirmado	Frecuencia relativa acumulada Confirmados	Sospechoso	Descartado	Total	Frecuencia relativa acumulada Total notificados
CABA	701*	63,9	42	332	1075	55,21
Buenos Aires	293	90,6	31	304	628	87,47
Córdoba	46	94,8	1	38	85	91,83
Santa Fe	17	96,4	2	22	41	93,94
Tierra del Fuego	9	97,2	1	4	14	94,66
Mendoza	8	97,9		8	16	95,48
Río Negro	5	98,4		4	9	95,94
Santa Cruz	4	98,7	1	6	11	96,51
Neuquén	3	99,0		6	9	96,97
Tucumán	3	99,3	10		13	97,64
Chubut	2	99,5		8	10	98,15
Jujuy	2	99,6		4	6	98,46
Chaco	1	99,7		6	7	98,82
Corrientes	1	99,8		1	2	98,92
Salta	1	99,9			1	98,97
San Juan	1	100,0		4	5	99,23
Catamarca				1	1	99,28
Entre Ríos				3	3	99,44
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
<b>Total</b>	<b>1097</b>		<b>88</b>	<b>762</b>	<b>1947</b>	

\*Dos casos fueron asignados a CABA ya que es la jurisdicción de notificación. Se encuentra en investigación la provincia de residencia.

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS<sup>2.0</sup>



**Gráfico 1. Casos de viruela símica según clasificación por semana epidemiológica de notificación. Argentina, actualizada al 14/02/2023 (N: 1.947)**



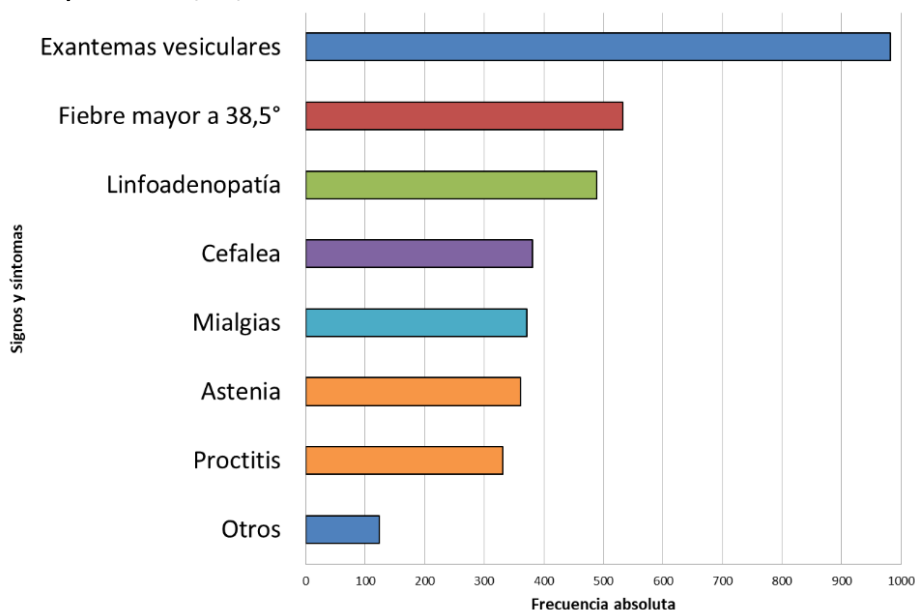
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

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

El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 10,2 con un máximo de 13 en la SE4 y un mínimo de 5 en la SE6. El pico máximo se presentó en la semana SE41. Hace dieciséis 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: 1.097). Hasta 14/02/2023.**

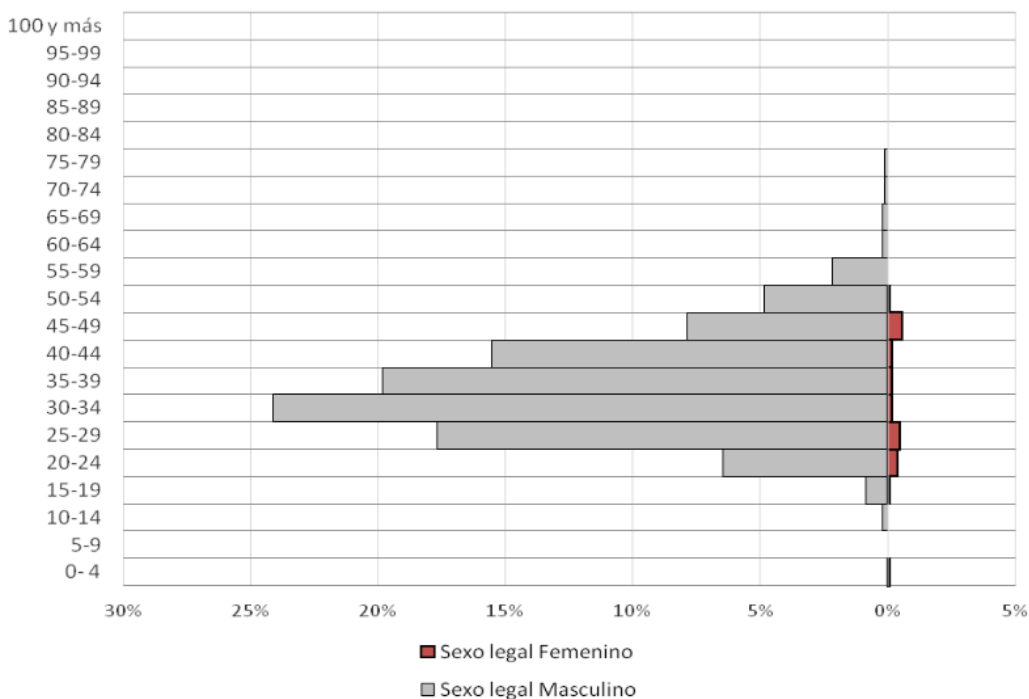


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0

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 14/02/2023 (N: 1.096\*)**



*\*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

85.860

Casos confirmados  
reportados a OMS

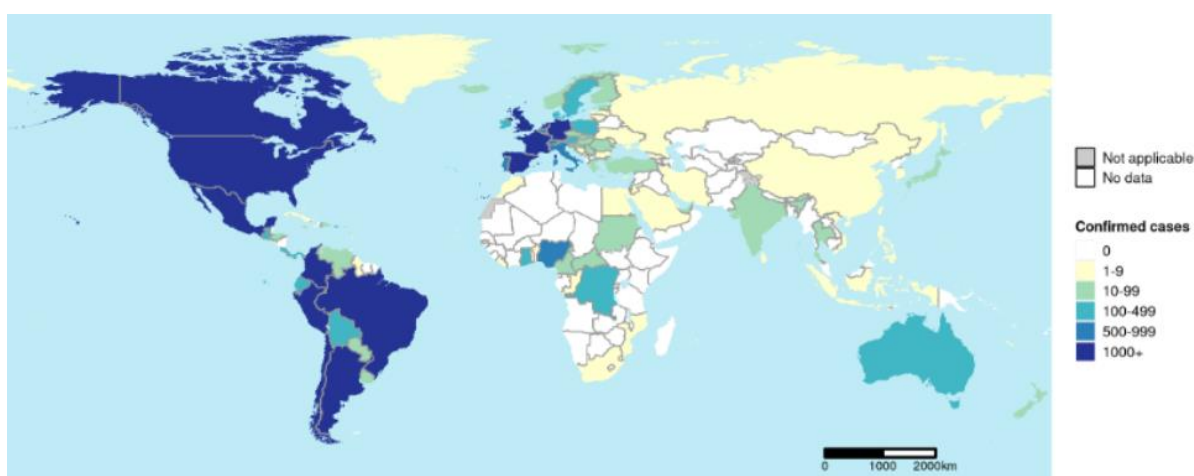
110

Países afectados

93

Personas fallecidas  
reportadas a OMS

**Mapa 1. Distribución geográfica de casos de viruela símica reportados a OMS entre el 01/01/2022 y el 14/02/2023**



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

**Tabla 2. Viruela símica: Casos notificados y fallecidos por Región de la OMS, al 14.02-2023**

Región	Casos	Fallecidos
Región de África	1.341	16
Región de las Américas	58.321	70
Región del Mediterráneo Oriental	82	1
Región de Europa	25.832	5
Región del Sudeste Asiático	40	1
Región del Pacífico Occidental	244	0

Fuente: [https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx\\_global/](https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/)

Desde el 1° de enero de 2022 hasta el 14 de febrero de 2023, se han registrado 85.860 casos de viruela símica confirmados en 110 países/territorios/áreas y 93 muertes distribuidas en cinco de las seis Regiones de la OMS.

El número de casos mundiales ha disminuido en un 69,8% en la SE6 (n= 270 casos) en comparación con la SE5 3 (n= 159 casos). En los últimos 7 días 13 países informaron un aumento en el número semanal de casos, con el mayor aumento informado en México; 77 países no han informado nuevos casos en los últimos 21 días.

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

El 96,5% de los casos con datos disponibles son de sexo masculino, la mediana de edad es de 34 años.

El 1,1% 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 84,2% (26.967/ 32.043) se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y entre ellos, el 6,7% se identificaron como bisexuales.

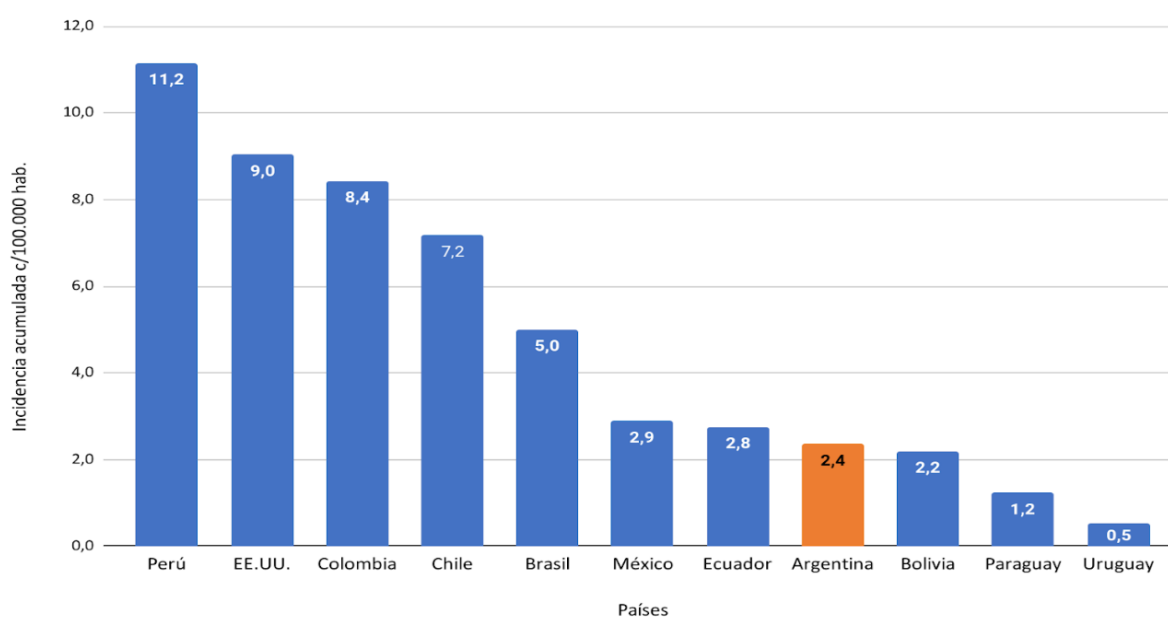
De todos los tipos probables de transmisión, los encuentros sexuales fueron la vía más frecuentemente reportada, con 15.073 de 21.939 (68.7%) de todos los eventos.

A nivel mundial, con información sobre estado en relación a portación de VIH, el 48,1% (17.129/ 35.636) corresponden a casos VIH positivos. Se debe tener en cuenta que la información sobre el estado del VIH no está disponible para la mayoría de los casos, y para aquellos en los que está disponible, es probable que esté sesgada hacia los que informan resultados positivos de VIH.

El entorno de exposición más frecuente reportado a nivel mundial es el de fiestas con contactos sexuales (registrado en el 67,6% 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 14-02-23.**



Fuente: elaboración propia en base a los datos de fuentes oficiales de cada país y [www.who.int](http://www.who.int)

# EVENTOS PRIORIZADOS



## VIGILANCIA DE DENGUE Y CHIKUNGUNYA

### INTRODUCCIÓN

Para los datos nacionales, el informe se confeccionó con información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud hasta el día 13 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<sup>2.0</sup>). La vigilancia integrada de arbovirosis incluye el estudio de Dengue, Zika, Chikungunya, Fiebre Amarilla, Encefalitis de San Luis y Fiebre del Nilo Occidental, entre otros agentes etiológicos; así mismo, la vigilancia del SFAI integra patologías como hantavirosis, leptospirosis y paludismo, de acuerdo con el contexto epidemiológico del área y de los antecedentes epidemiológicos.

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

---

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

---

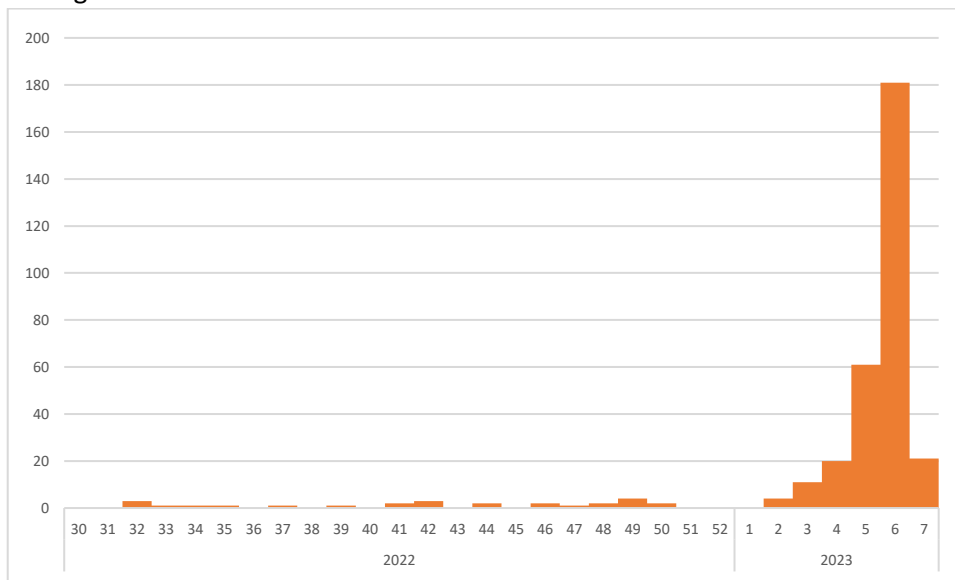
### INFORMACIÓN NACIONAL DE DENGUE TEMPORADA 2022-2023

A la SE 06/2023 se registran 324 casos con pruebas positivas para dengue de los cuales 275 no registran antecedentes de viaje. Hasta el momento se registra circulación de virus dengue en 5 jurisdicciones: Santa Fe (7 localidades), Salta (3 localidades, Jujuy (Caimancito), CABA (1 comuna) y Tucumán (dos localidades).

Al momento, los serotipos identificados en las localidades con circulación viral son DEN-2 (en Salta, Tucumán y Jujuy) y DEN-1 (en CABA y Santa Fe). Además, se notificaron casos aislados con antecedentes de viaje (importados) de los serotipos DEN-1 (Corrientes, Misiones y Chaco), DEN-2 (en Buenos Aires, CABA, Córdoba, Mendoza y Santa Fe), y DEN-3 (en Mendoza y CABA).

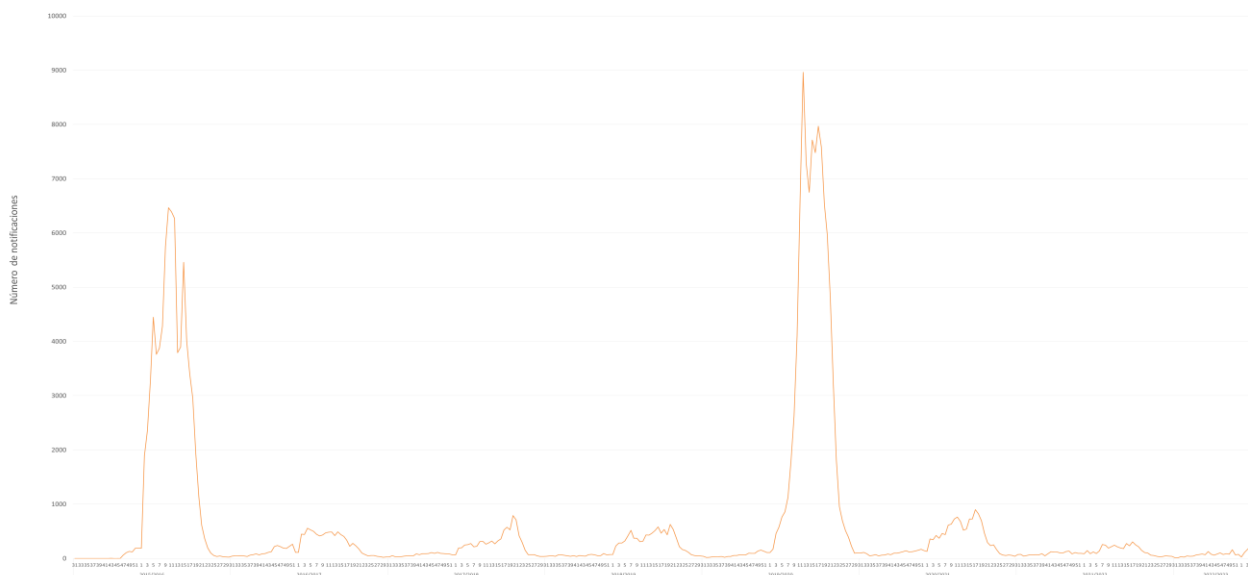
La curva epidémica muestra un aumento dos veces superior de casos confirmados y probables de las últimas dos semanas respecto a la semana previa (Gráfico 1). I

**Gráfico 1.** Casos probables y confirmados de dengue (importados y autóctonos) por SE. Temporada 2022/2023. Argentina.



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

**Gráfico 2.** Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para todas las temporadas (2015-2016 a SE 06/2023). 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).

Durante la primera parte de la temporada 2022/2023 (desde SE31/22 a SE01/23) no se registraron casos confirmados autóctonos de dengue, a excepción de dos casos aislados en Córdoba en diciembre del 2022.



**Tabla 1. Casos de dengue notificados según clasificación y antecedente de viaje. SE 31/2022 a 06/2023.**

Provincia	Sin Antecedente de viaje		Con AV a otras provincias		Con AV a otros países		Total positivos	Total notificados	Serotipos circulantes
	C	P	C	P	C	P			
Buenos Aires	0	9	0	0	3	3	15	214	
CABA	5	3	2	0	6	1	17	280	DEN-1
Córdoba	0	2	0	0	3	0	5	153	
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	0	64	
Santa Fe	32	89	0	0	7	6	134	418	DEN-1
<b>Centro</b>	<b>37</b>	<b>103</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>10</b>		<b>1.129</b>	
Mendoza	0	0	0	0	3	1	4	11	
San Juan	0	0	0	0	0	1	1	4	
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	6	
<b>Cuyo</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>		<b>21</b>	
Chaco	0	2	1	0	0	0	3	81	
Corrientes	0	0	0	0	1	0	1	48	
Formosa	0	0	0	0	3	14	17	117	
Misiones	0	0	0	0	1	0	1	264	
<b>NEA</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>14</b>		<b>510</b>	
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	11	
Jujuy	5	3	1	0	1	1	11	140	DEN-2
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	2	
Salta	21	2	1	0	2	0	26	503	DEN-2
Sgo. del Estero	0	0	0	0	0	0	0	8	
Tucumán	14	74	0	0	0	0	88	279	DEN-2
<b>NOA</b>	<b>40</b>	<b>79</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>		<b>943</b>	
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	3	
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	2	
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	1	1	1	
<b>Sur</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	
<b>Total PAIS</b>	<b>77</b>	<b>184</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>28</b>	<b>324</b>	<b>2.609</b>	

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.

## SITUACIÓN NACIONAL DE CHIKUNGUNYA

Se registran 3 casos de Fiebre chikungunya en la provincia de Buenos Aires sin antecedentes de viaje (2 del partido de Almirante Brown y uno del partido de Quilmes). Se registran además otros 75 casos que registran antecedente de viaje a zonas afectadas (principalmente Paraguay). Los casos importados se han notificado principalmente en provincia de Buenos Aires, Formosa y CABA.

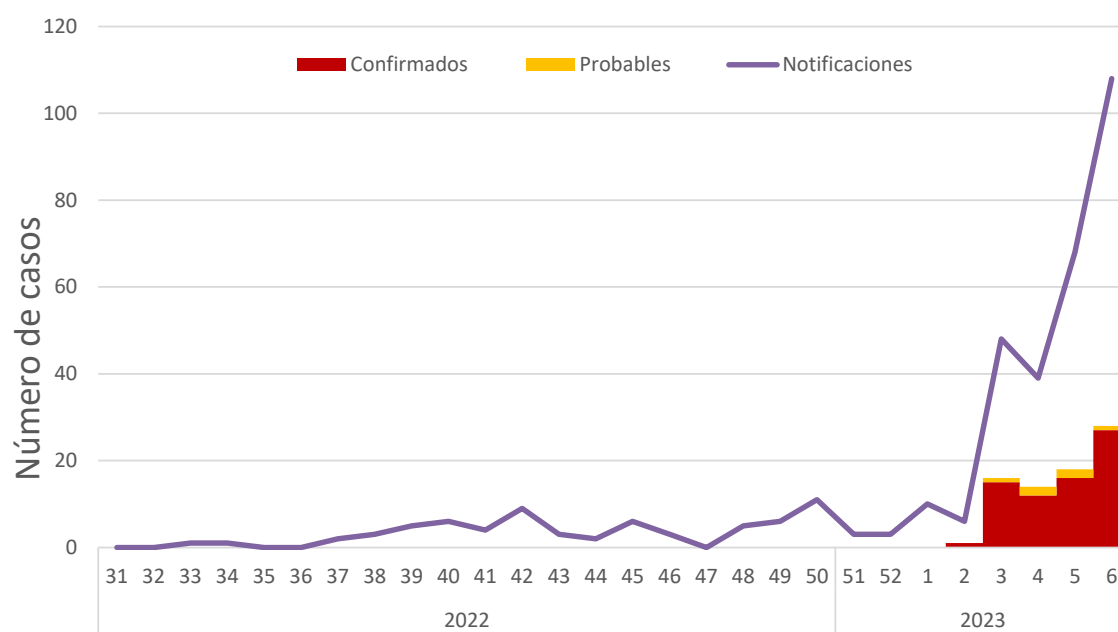
**Tabla 2. Casos de Fiebre Chikungunya notificados según clasificación y antecedente de viaje. SE 31/2022 a 06/2023.**

Provincia	Sin Antecedente de viaje		Con AV a otras provincias		Con AV a otros países		Total positivos	Total notificados
	C	P	C	P	C	P		
Buenos Aires	3	0	0	0	25	2	30	31
CABA	0	0	0	0	11	0	11	45
Córdoba	0	0	0	0	3	0	3	37
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	0	3
Santa Fe	0	0	0	0	1	0	1	19
Centro	3	0	0	0	40	2	45	135
Mendoza	0	0	0	0	0	0	0	7
San Juan	0	0	0	0	1	0	1	0
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuyo	0	0	0	0	1	0	1	7
Chaco	0	0	0	0	4	0	4	13
Corrientes	0	0	0	0	1	0	1	1
Formosa	0	0	0	1	21	2	24	93
Misiones	0	0	0	0	1	0	1	39
NEA	0	0	0	1	27	2	30	146
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0	0	0	0	27
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	0	0	0	0	0	0	0	22
Sgo. del Estero	0	0	0	1	0	0	1	2
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	11
NOA	0	0	0	1	0	0	1	62
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	1	0	1	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	2
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0
Sur	0	0	0	0	1	0	1	2
Total PAIS	3	0	0	2	69	4	78	352

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.

**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).

## CONCLUSIONES

En las últimas tres semanas se observa un marcado aumento en las notificaciones para dengue y se evidencia circulación viral en cinco jurisdicciones del país con el mayor número de casos registrados en la provincia de Santa Fe, Tucumán y Salta. Los serotipos circulantes son DEN-1 en las jurisdicciones de la región Centro (Santa Fe y CABA) y DEN-2 en las del NOA (Jujuy, Salta y Tucumán).

Además, se han registrado tres casos confirmados de Fiebre Chikungunya sin antecedente de viaje en provincia de Buenos Aires. Adicionalmente se continúa registrando casos importados en varias jurisdicciones del país.

Por todo lo anterior se insta a los equipos de salud 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).

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

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

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

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

### Zonas sin circulación viral y presencia del vector

1. Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:

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

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

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

## Zonas CON circulación viral (CONTEXTO DE BROTE)

### 1. Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:

- Deberán considerarse “Caso de dengue por nexo epidemiológico” a todos los casos con clínica compatible y relacionada al brote.
- NO se recolectarán muestras para el diagnóstico etiológico en todos los casos sino solo en una porción de los mismos y con exclusivos fines de vigilancia. Las áreas de “Atención de pacientes”, “Epidemiología” y “Laboratorio” deben coordinar en base a capacidades y magnitud del brote epidémico el porcentaje de pacientes que estudiarán por laboratorio atendiendo dos situaciones:
- Toma de muestras agudas tempranas (0-3 días de evolución preferentemente) para monitorear el serotipo viral circulante y la posible introducción de nuevos serotipos.
- Toma de muestras agudas tardías (de 6 o más días de evolución) para realización de IgM y seguimiento temporal de la duración del brote.

## Zonas SIN presencia del vector

### **Todo caso sospechoso CON antecedentes de viaje:**

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

## VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

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

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

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

- Personas mayores de 50 años
- Personas con condiciones de riesgo<sup>5</sup>
- 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<sup>2.0</sup>.

---

<sup>5</sup> 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 06/2023

# 1.807

**Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana epidemiológica (SE) 06.** De estos, 760 corresponden a dicha semana considerando la fecha de inicio de síntomas o la fecha mínima del caso<sup>6</sup>.

# 11

**Fallecidos COVID-19 informados en la semana 06.** De estos, 8 ocurrieron en dicha semana.

# 53%↓

**Disminución de casos de COVID-19 confirmados en SE 06<sup>7</sup> respecto a la SE 05** (862 casos menos).

# 90,7%

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

# 100%

VOC Ómicron en el momento actual. A partir de la SE43 de 2022, aumenta la detección de Omicron BQ.1 con algunos casos identificados de Omicron XBB, observándose una tendencia en descenso para BA.4, BA.5 y BA.2.

# 8,76%

Positividad para SARS-CoV-2 por RT-PCR en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 05.

# 0%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 05.

# 48,7%

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

# 73,6%

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

# 10.042.136

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

# 130.448

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

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> según la fecha mínima del caso

- ✓ Entre SE01-04 de 2023 se registraron 27565 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 3750 casos de Neumonía, 2923 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 1097 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ La positividad calculada para el periodo SE16/2022 a SE05/2023 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio para SARS-CoV-2, influenza y VSR entre las muestras analizadas por rt-PCR es de 26,56%, 20,36% y 3,24%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, desciende para influenza y para VSR.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE 23/2022 a SE05/2023 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 14,78%, 18,92% y 26,41%, 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<sup>8</sup>.
- ✓ Entre las SE01-52 del año 2022 se registraron 143 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

## NOTIFICACIÓN AGRUPADA/NUMÉRICA AL COMPONENTE CLINICO

### ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre la SE01-04 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 27.565 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 59,1 casos/ 100.000 habitantes.

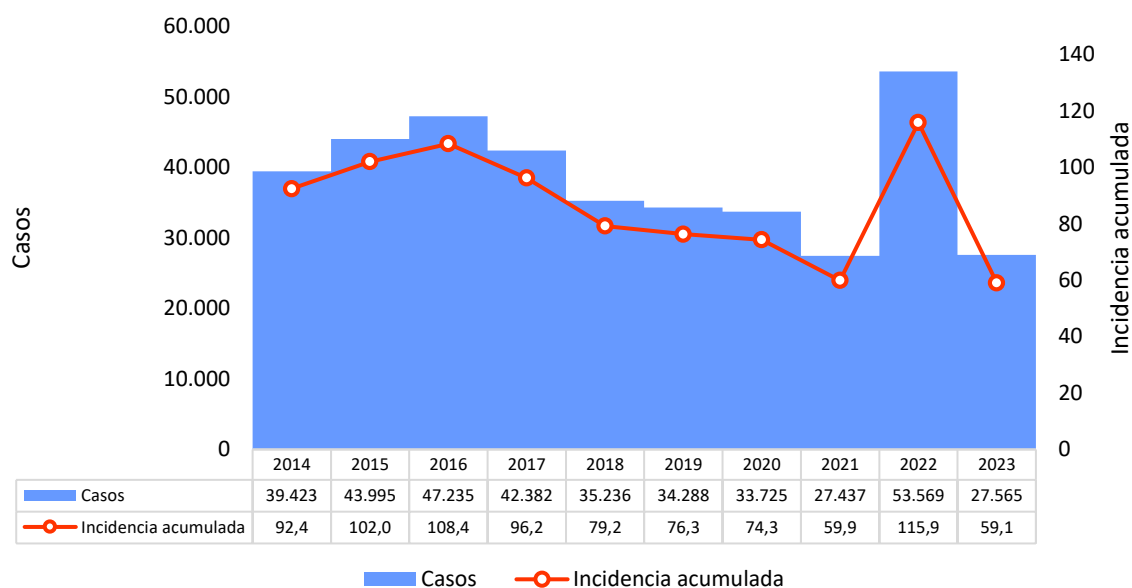
Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 4 semanas de los últimos nueve años, se observa que el mayor número de notificaciones se registra para el año 2022 (cuando se registraron 53.569 casos) superando al año con el mayor número para el resto del período que fue el 2016. Entre las SE01-04 del 2023, el número de casos de ETI notificados es menor en relación al registro histórico para los años 2014-2021.

---

<sup>8</sup> A la fecha no se registran casos positivos para metapneumovirus en SE04 de 2023.



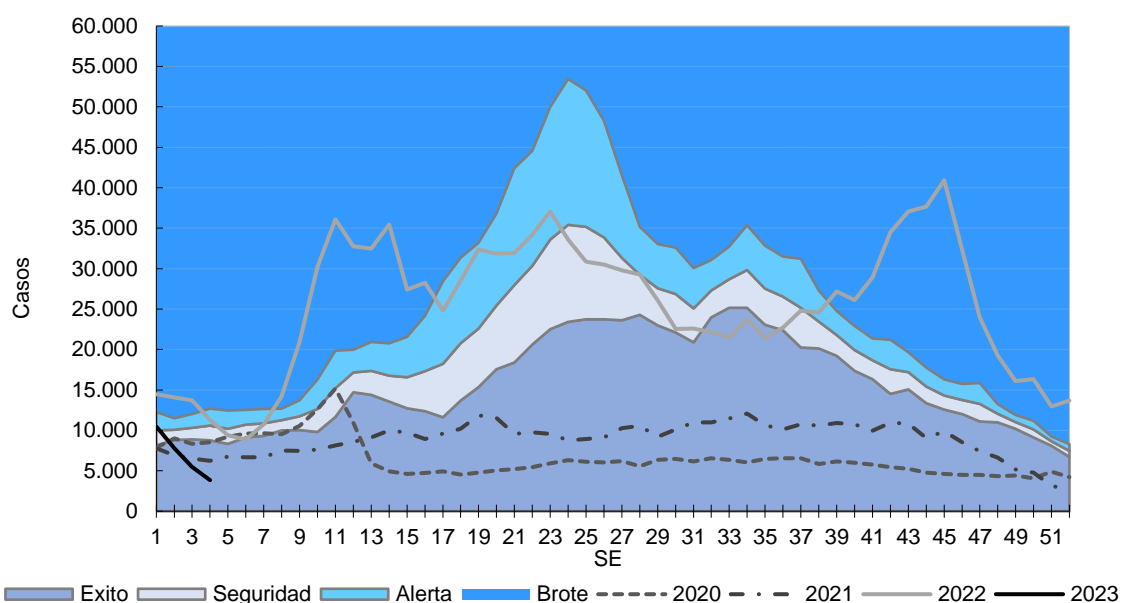
**Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. SE04. Total país. Año 2014-2023 Argentina.**



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 entre las zonas de alerta y seguridad en la primera semana de 2023 situándose dentro de los límites esperados en SE02-04. 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. SE01-04 de 2023. Argentina.**



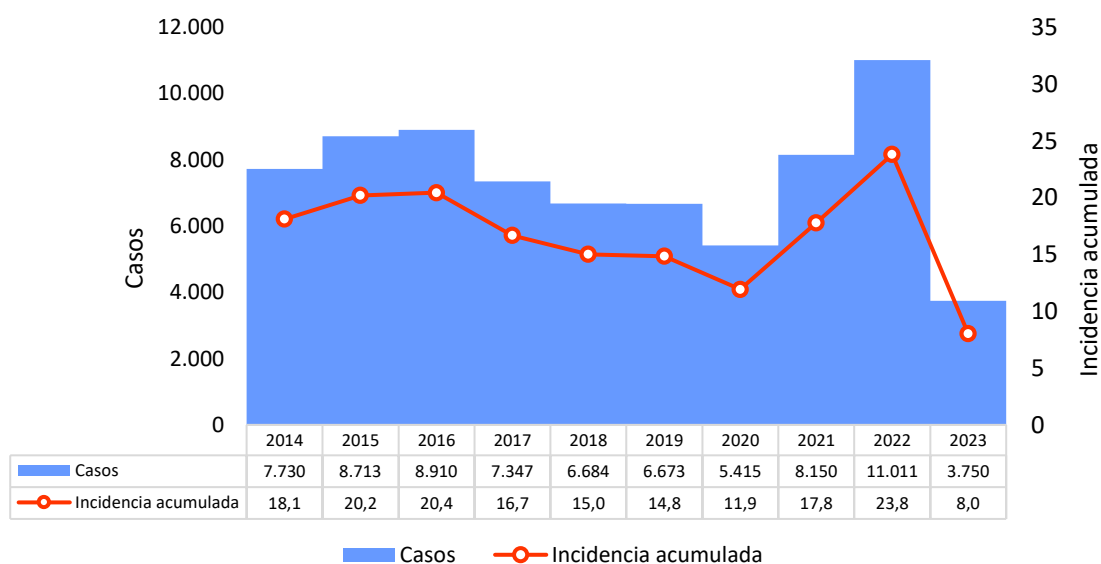
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

## NEUMONÍA

Entre las SE01-04 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 3750 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 8 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las cuatro 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. SE04. Total país. Año 2014-2023. Argentina.<sup>9</sup>**

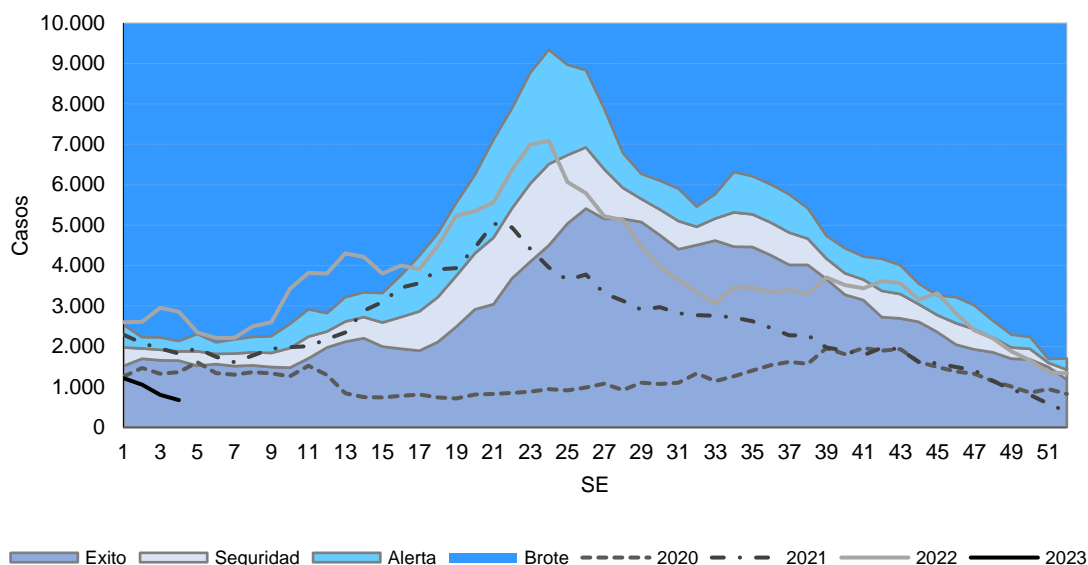


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

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.

<sup>9</sup> 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. SE01-04 de 2023. Argentina.**



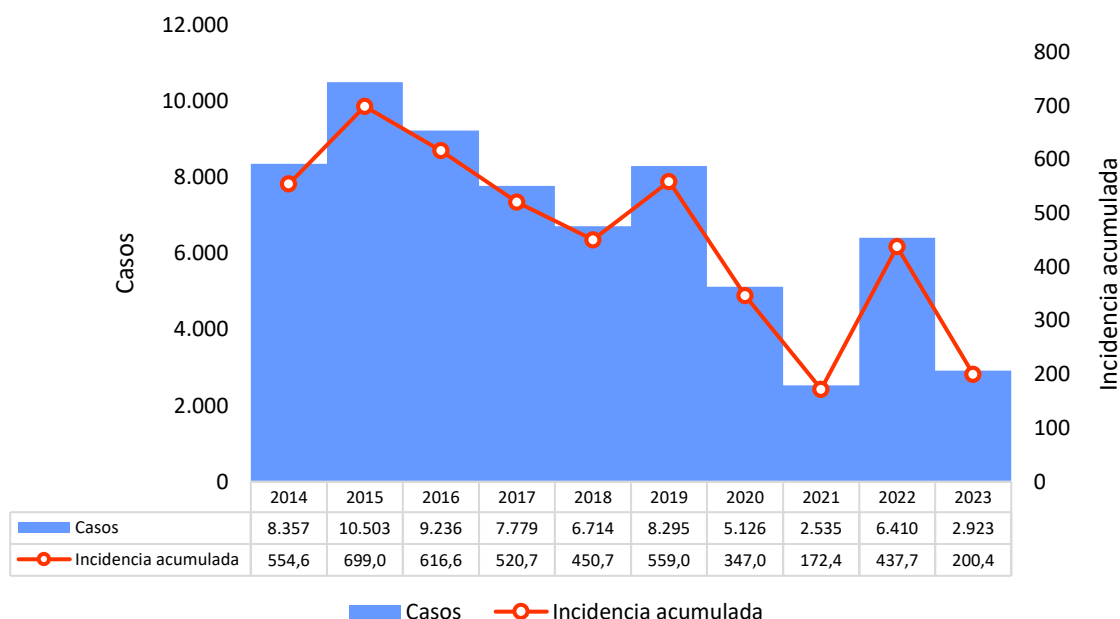
*Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0*

## BRONQUIOLITIS

Entre las semanas 01-04 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 2923 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 200,4 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras cuatro 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. SE04. Total país. Año 2014-2023 Argentina.<sup>10</sup>**

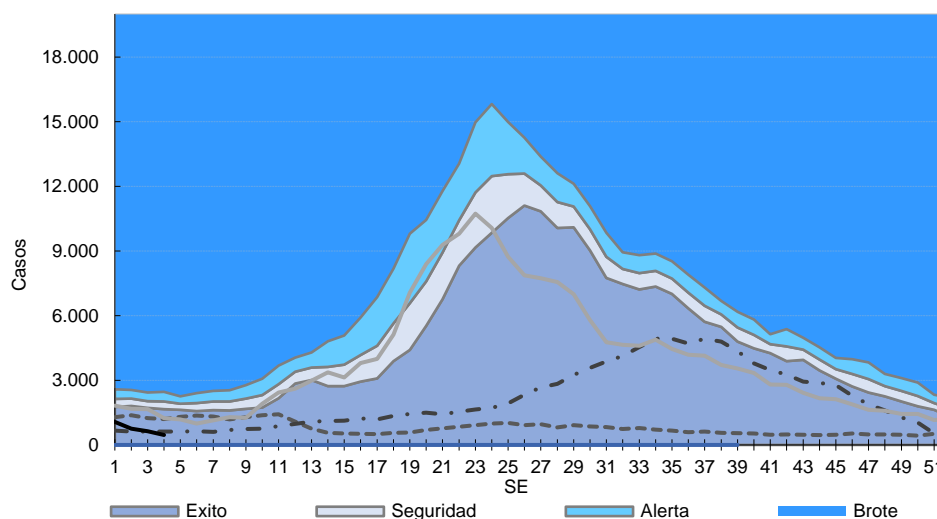


*Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0)*

Para las 4 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.

<sup>10</sup> 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.

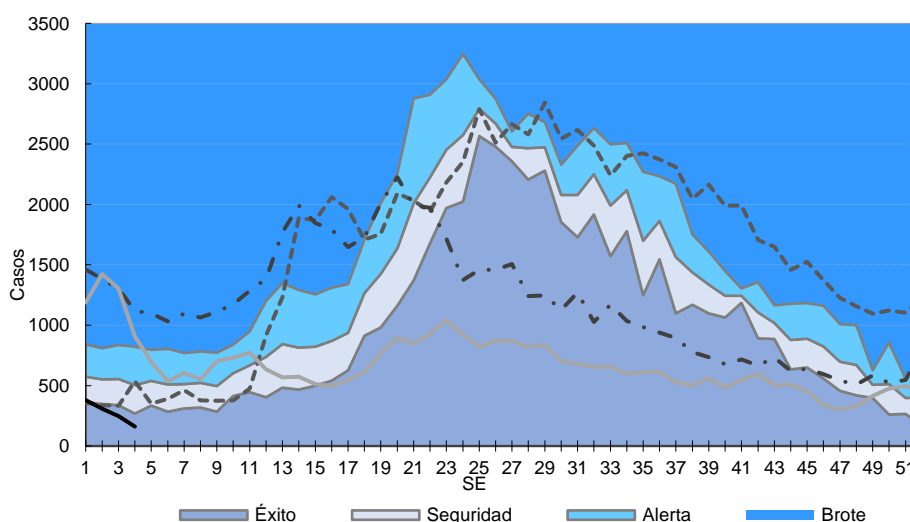
**Gráfico 6. Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico Semanal – 2020 – 2022- 5 años: 2015 a 2019. SE01-04 de 2023. Argentina.**



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

Para el año 2023, los casos de IRAG notificados se encuentran en la zona de seguridad en la primera semana para situarse dentro de los límites esperados en SE02-04. 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. SE01-04 de 2023. Argentina.**



*Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información*

proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

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

A continuación, se presentan datos registrados hasta la SE 05/2023 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 21.102, 10.434 y 8.159 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. Entre las SE 44-51 se observa un nuevo aumento en la proporción de positividad en las UMAs alcanzando un máximo de 68,16% en SE51, descendiendo en las últimas 6 semanas y representando un 8,76% en SE05 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 0,76% en la SE04, sin detecciones positivas registradas para SE05 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 6,17% en SE04, sin detecciones positivas en SE05.

**Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16/2022 a 05/2023. Estrategia UMAs. Argentina.<sup>11</sup>**

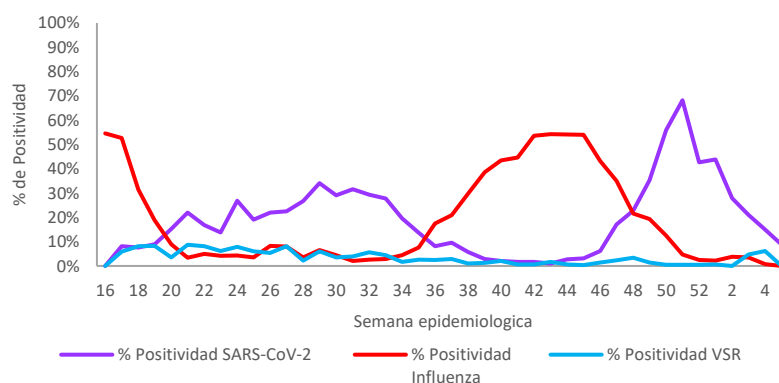
	Última semana			SE16 – SE05		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
<b>SARS-CoV-2 Total</b>	761	92	12,09%	139.887	43.790	31,30%
<b>SARS-CoV-2 por PCR</b>	137	12	8,76%	21.102	5.605	26,56%
<b>Influenza</b>	74	0	0,00%	10.434	2.124	20,36%
<b>VSR</b>	59	0	0,00%	8.159	264	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.

<sup>11</sup> 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.



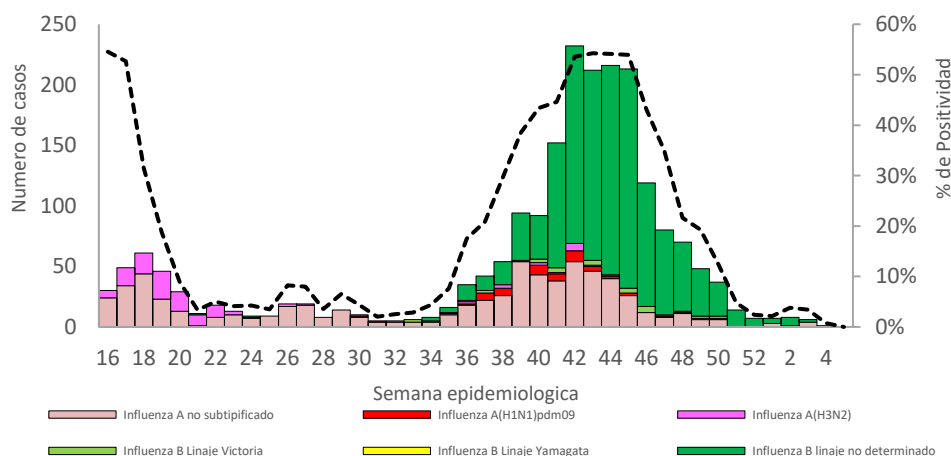
**Gráfico 8. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16/2022 a 05/2023.<sup>12</sup>**



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<sup>2.0</sup>.

En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=2.124), 855 (40,25%) fueron positivas para Influenza A y 1.269 (59,75%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 173 muestras cuentan con subtipificación, 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 SE05 de 2023, 33 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 1.236 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje.

**Gráfico 9. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16/2022 a 05/2023. Estrategia UMAs. Argentina.**



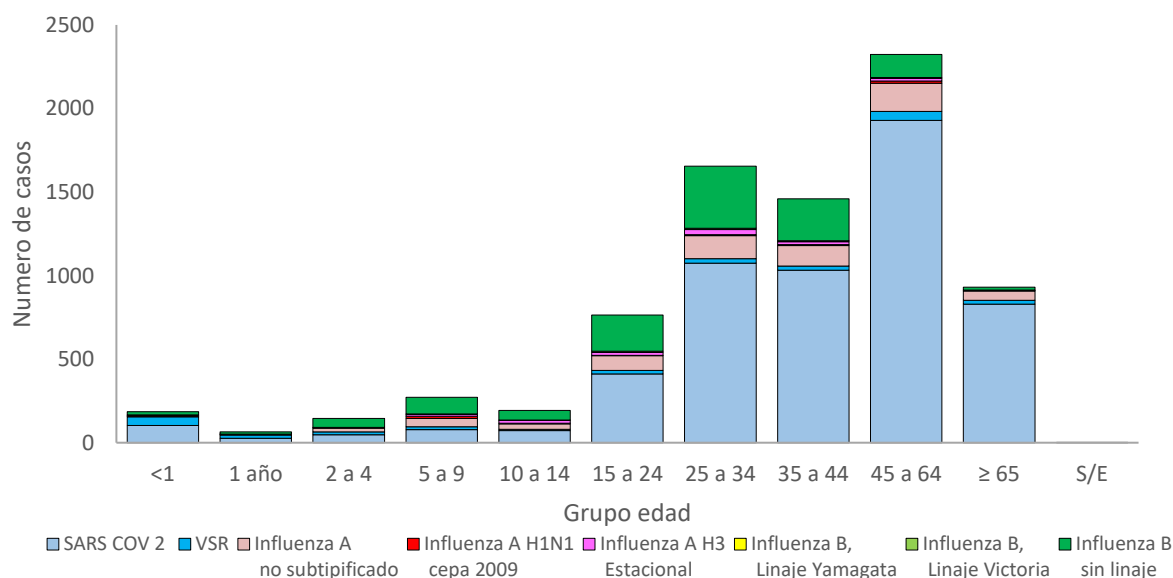
<sup>12</sup> Corresponde a las muestras analizadas para SARS-CoV-2, influenza y VSR por PCR. En SE16 se registran 2 muestras para VSR, 1 con resultado positivo y 1 con resultado negativo. Para mejor interpretación de la positividad de virus respiratorios, no se incluyen en este gráfico



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<sup>2.0</sup>.

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. SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad SE16/2022 a SE 05/2023. 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<sup>2</sup>.

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

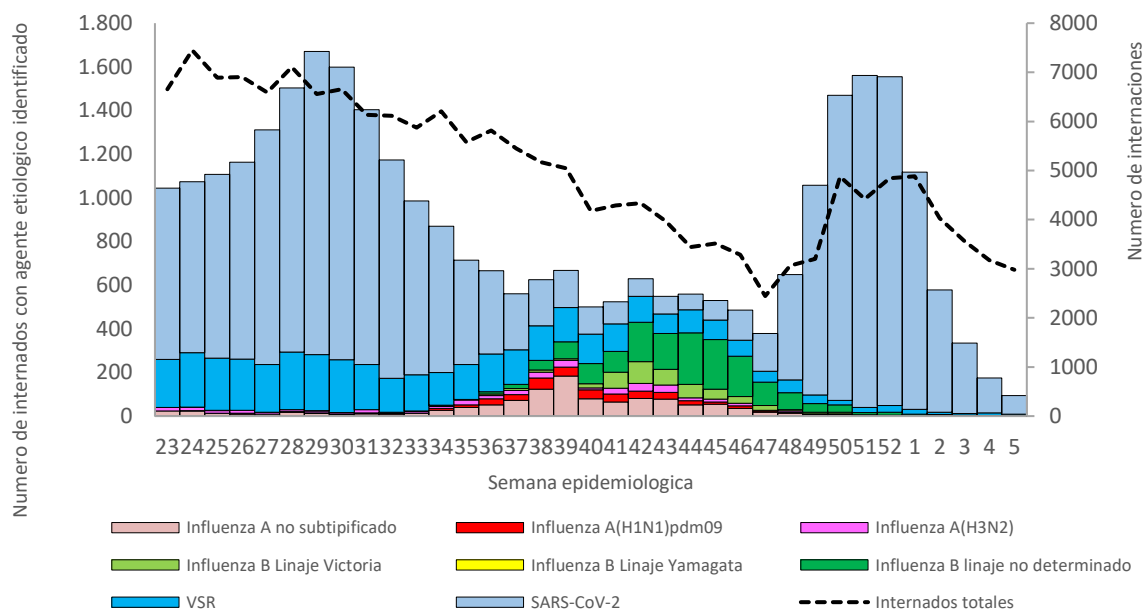
Entre la SE23/2022 a SE05/2023, se notificaron 151.516 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 22.399 fueron positivas (porcentaje de positividad 14,78%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 21.440 muestras para virus influenza con 4.056 detecciones positivas (porcentaje de positividad 18,92%). De las mismas 1.928 fueron influenza A y 2.128 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, 1.645 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 483 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 16.758 muestras estudiadas para VSR registrándose 4.426 con resultado positivo (porcentaje de positividad 26,41%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS 2.0 en SE 05 desciende respecto a la semana previa (variación de - 0,061%).

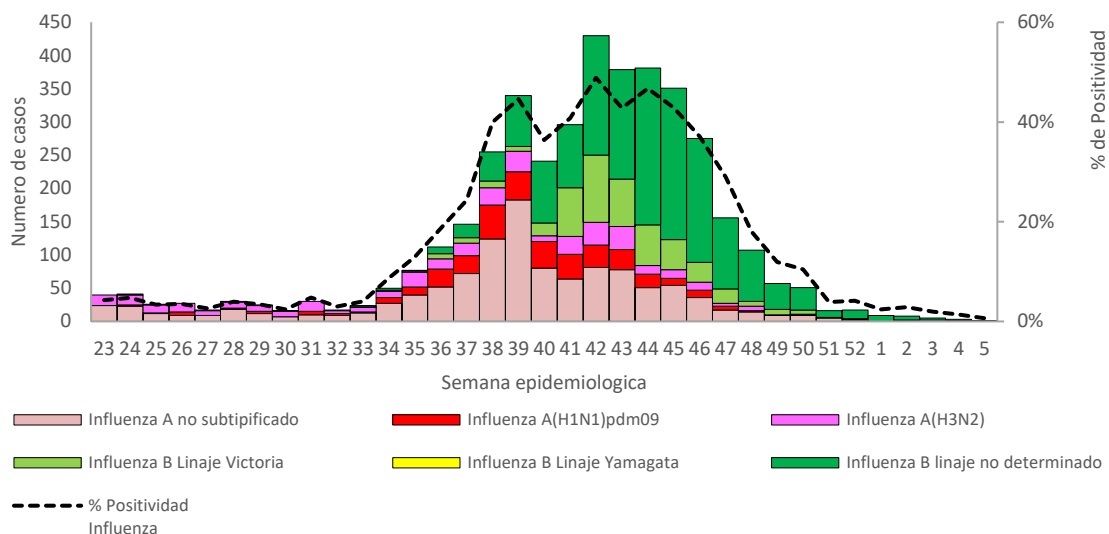
**Gráfico 11. Internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico según agente por semana epidemiológica. Argentina. SE23/2022 a 05/2023.**



*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<sup>2.0</sup>.*

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 4,11% en SE52. En SE05 del año 2023 la positividad para influenza en casos hospitalizados representa un 0,64%.

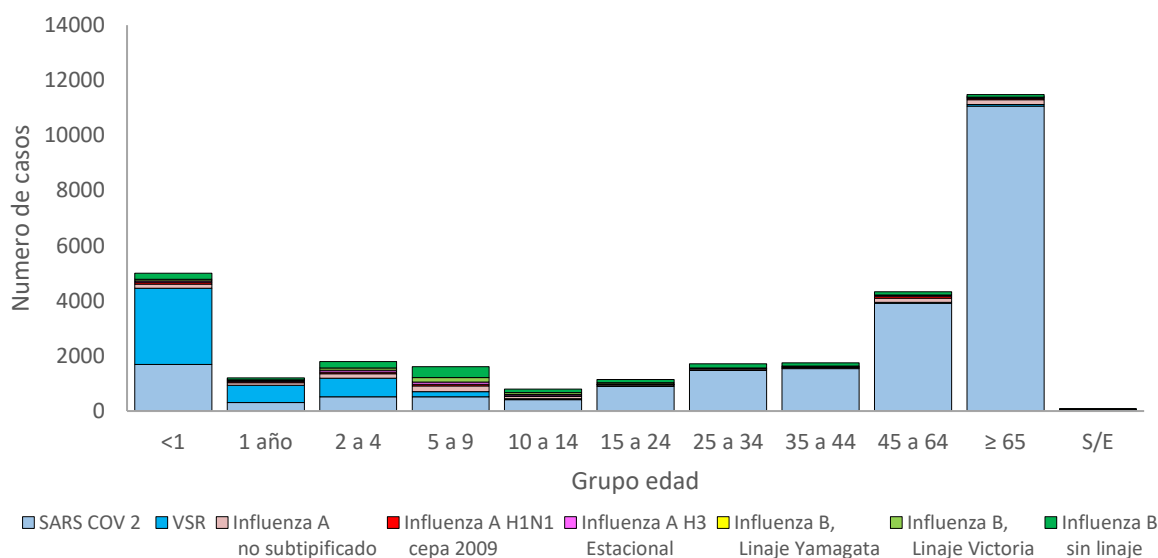
**Gráfico 12. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE23/2022 a 05/2023. Argentina.**



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<sup>2.0</sup>.

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 05/2023. 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<sup>2.0</sup>.

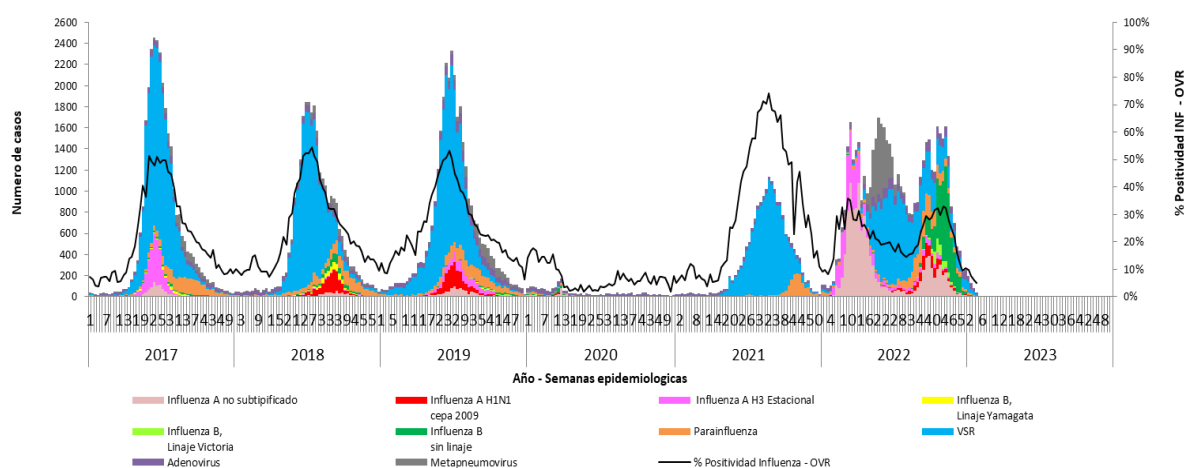
Entre las SE01-52 del año 2022 se registraron 143 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.<sup>13</sup>

## VIGILANCIA UNIVERSAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS

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

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

**Gráfico 14. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2022. SE04 2023**

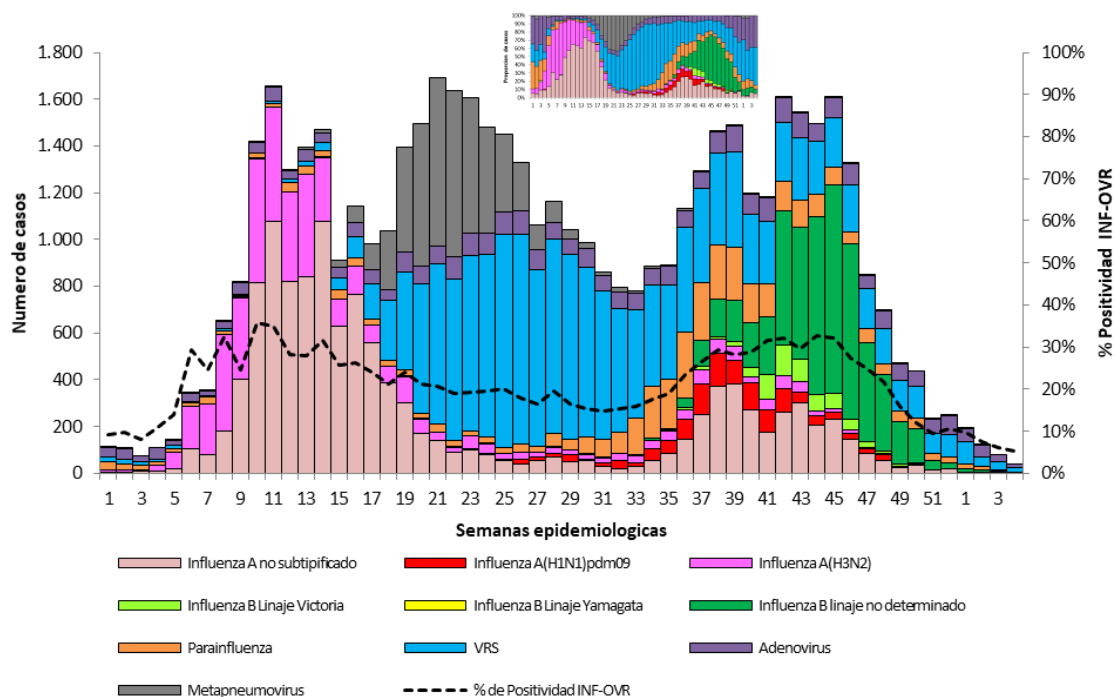


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

En la SE04 se detecta circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: VSR, 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.

<sup>13</sup> 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 15. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01/2022 a SE04/2023. Argentina. (n=53.260)**

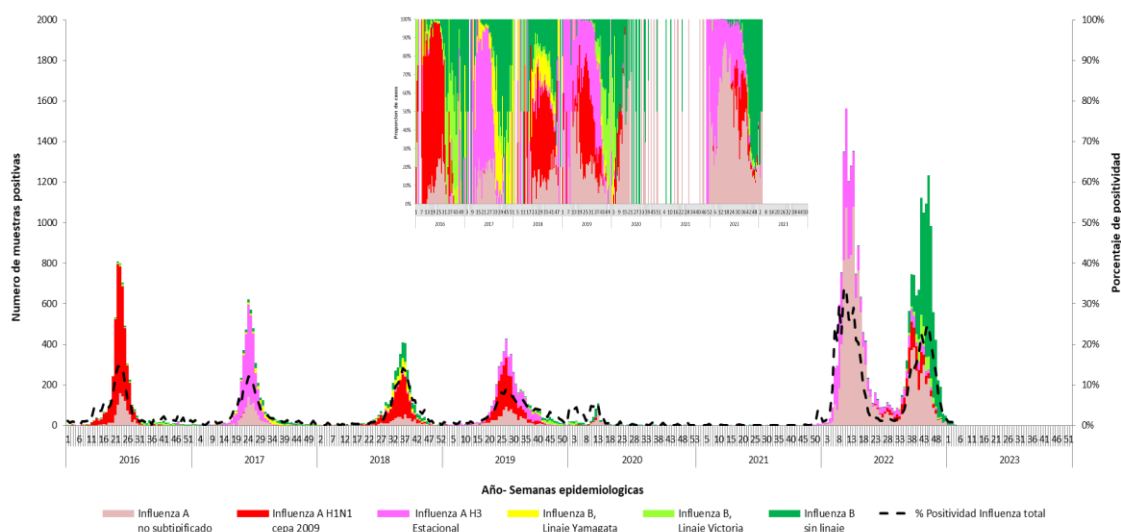


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

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 0,53% durante la SE04 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. SE04 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<sup>2.0</sup>.*

## VIGILANCIA DE COVID-19

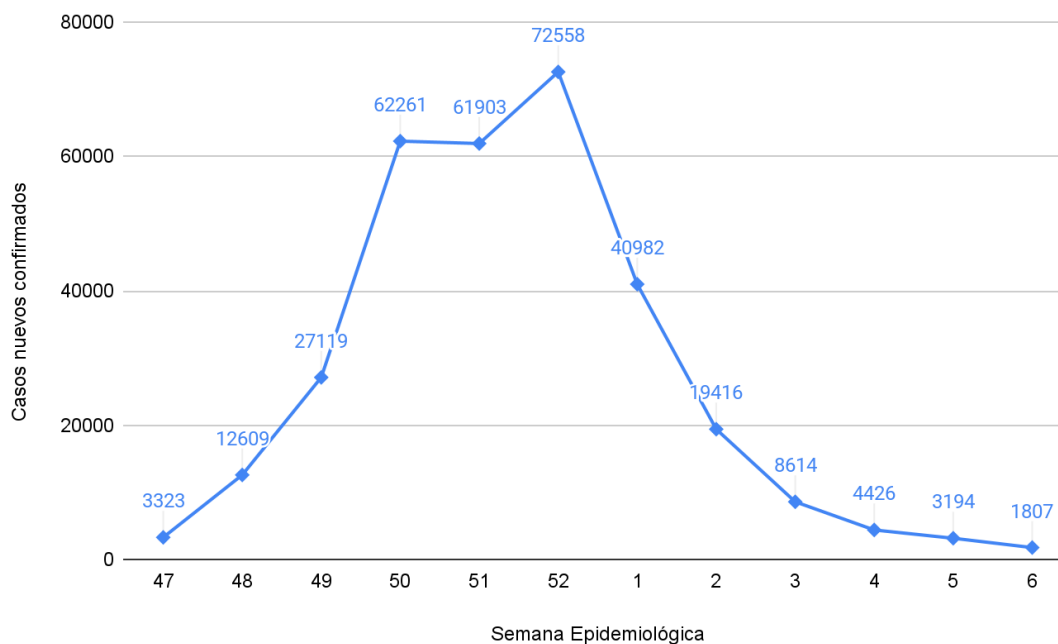
En Argentina, durante la SE 06 se confirmaron 1.807 casos de Covid-19 y 11 fallecimientos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Desde el inicio de la pandemia hasta el 11 de febrero de 2023, se notificaron 10.042.136 casos confirmados de Covid-19 y 130.448 fallecimientos.

Los nuevos casos confirmados de COVID-19 se actualizan semanalmente en Monitor de datos disponible en la web del Ministerio de Salud de la Nación<sup>14</sup>. Los casos nuevos corresponden a aquellos que han sido confirmados o notificados durante la última semana, e incluyen casos que pueden haber sido diagnosticados en semanas previas dado el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención, diagnóstico y notificación.

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

<sup>14</sup> <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>

**Gráfico 17. Casos nuevos confirmados por semana epidemiológica según monitor público de datos. SE 47/2022 a SE 06/2023, Argentina.**



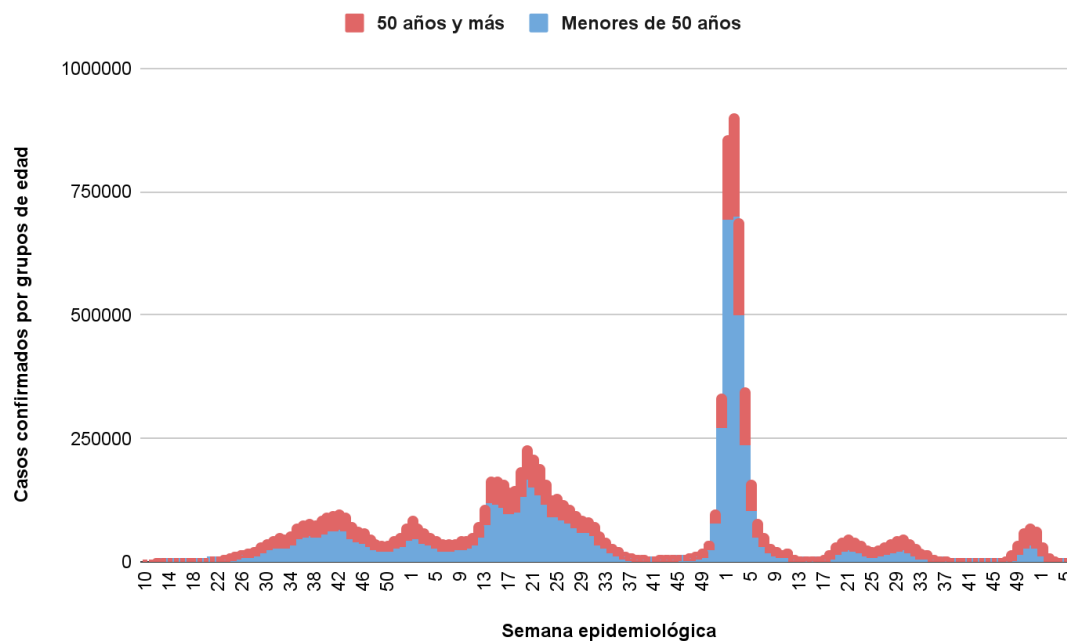
Para más información, consultar en [Reportes Monitor Público](#)

Para el análisis de la tendencia de los casos se utiliza como variable temporal la fecha de inicio del caso<sup>15</sup>. Considerando dicha fecha, en la SE 44/2022 se experimenta una interrupción del descenso sostenido del número de casos que llegó a menos de 1.000 casos registrados en las SE 43 y SE 44. Desde ese momento se verifica un cambio de tendencia con aumento progresivo del número de casos, aumentando entre una semana y la siguiente. El mayor aumento se registró en la SE 48 con un incremento de 331% (respecto de la SE 47) y la mayor cantidad de casos en la SE 51 ( $n=72.092$ ), según datos de la SE 06/2023. A partir de la SE 52 se observa una disminución en el número de casos (10% menos respecto a la SE 51), en la SE 1/2023 el descenso fue de 50% (respecto a la SE 52/2022), en la SE 02 de 60% (respecto a la SE 1), en la SE 03 de 55% (respecto a la SE 02), en la SE 04 de 50% (respecto de la SE 03) y en la SE 05 de 45% (respecto a la SE 04). Hasta el momento de la realización del presente informe, la disminución de los casos en la SE 06 respecto a la semana previa es de 53% (disminución de 1.505 casos) con un total de 760 casos confirmados. Sin embargo, los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

En la SE 06 en todas las regiones del país los casos disminuyeron respecto a la SE 05. Las regiones que presentaron más casos fueron AMBA y Centro (252 y 234 casos respectivamente), sin embargo, registraron una disminución de 35,5% y 51,3% en relación a la semana previa. A nivel provincial disminuyeron los casos en todas las jurisdicciones.

<sup>15</sup> La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

**Gráfico 18. Casos confirmados por semana epidemiológica<sup>16</sup> según grupo de edad. SE 10/2020 - SE 06/2023, Argentina.**

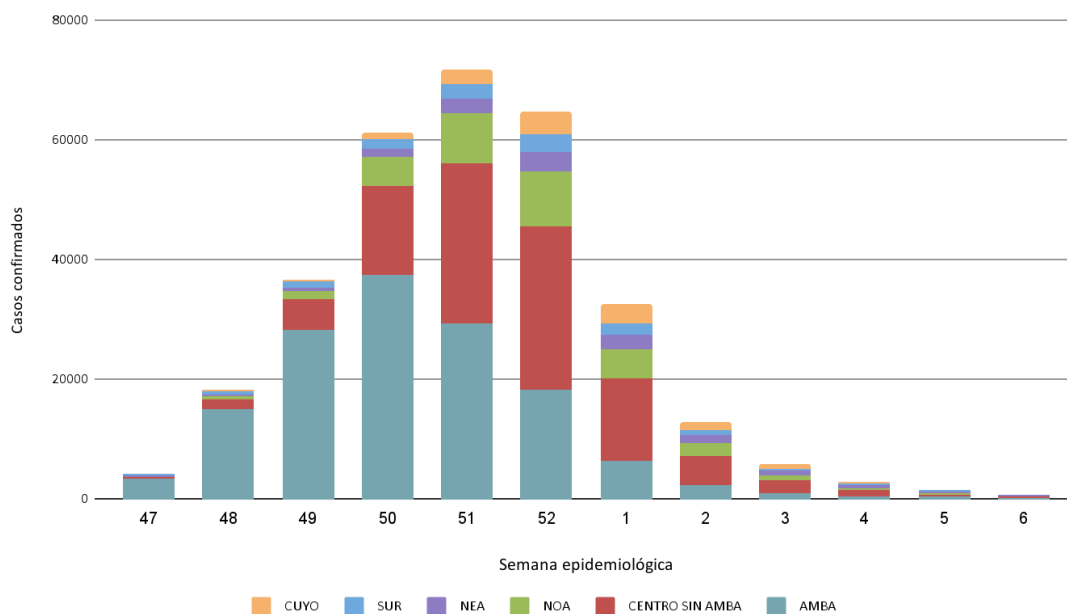


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS<sup>2.0</sup>.

<sup>16</sup> 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 47/2022 - SE 06/2023<sup>17</sup>, Argentina.**

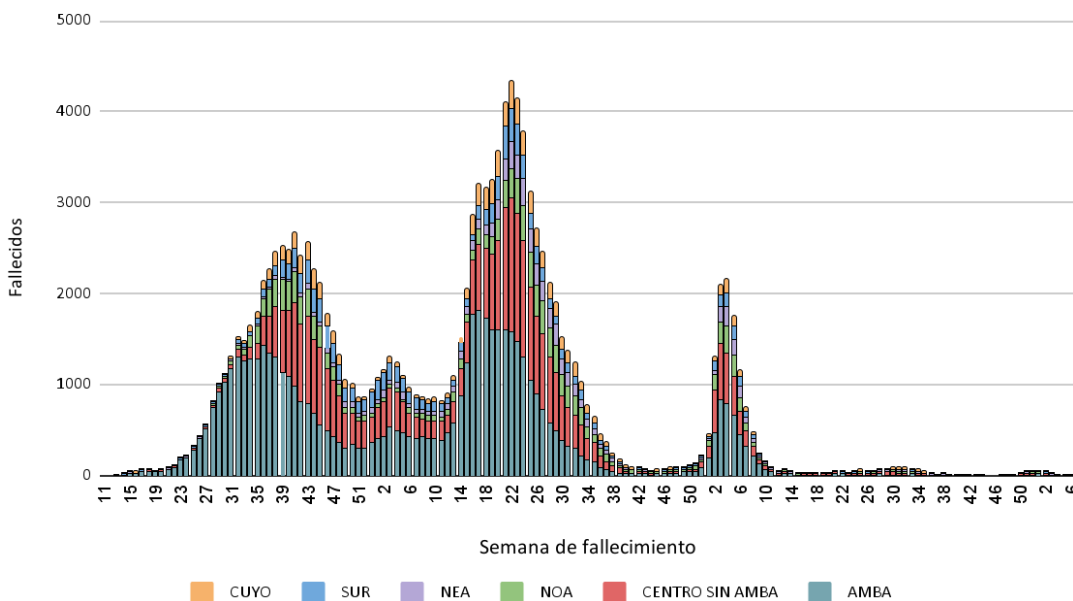


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS<sup>2.0</sup>.

En cuanto a casos fallecidos, en la SE 06 fueron informados 11 fallecimientos, de los cuales 8 ocurrieron en dicha semana y correspondieron a residentes de: CABA (3), Buenos Aires (2), Chaco (1), Río Negro (1) y Tierra del Fuego (1). Según la fecha de fallecimiento, se observa una tendencia ascendente desde la SE 47/2022, con un pico en la SE 1/2023 donde se registraron 67 fallecimientos. A partir de la SE 02/2023 se registra un descenso hasta la SE 05/2023 donde fueron reportados 5 fallecidos. 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 5 en la SE 05.

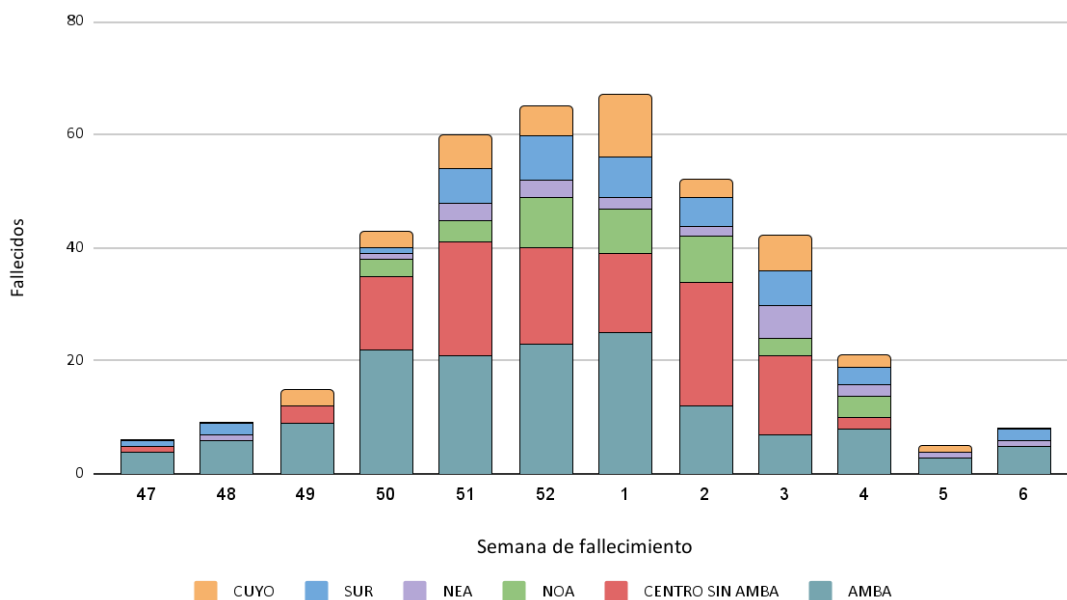
<sup>17</sup> Los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

**Gráfico 20. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE11/2020 a SE 06/2023, Argentina.**



Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS<sup>2.0</sup>.

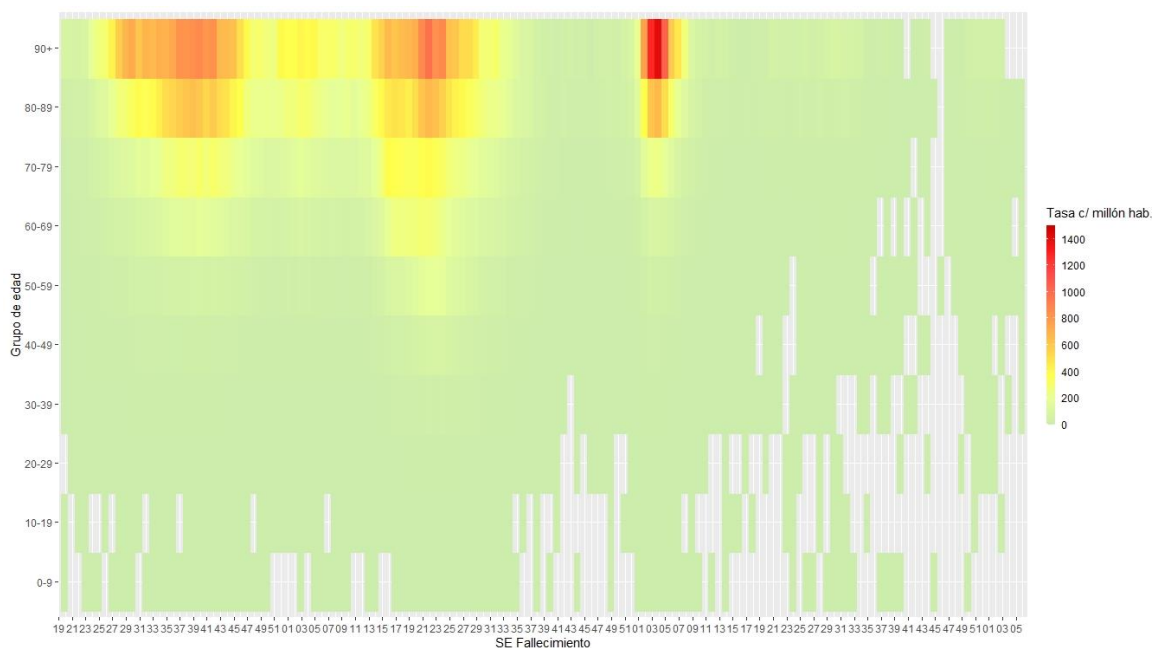
**Gráfico 21. Casos fallecidos en población general por semana epidemiológica según región del país. SE 47/2022 - SE 06/2023\*, Argentina**



\*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<sup>2.0</sup>.

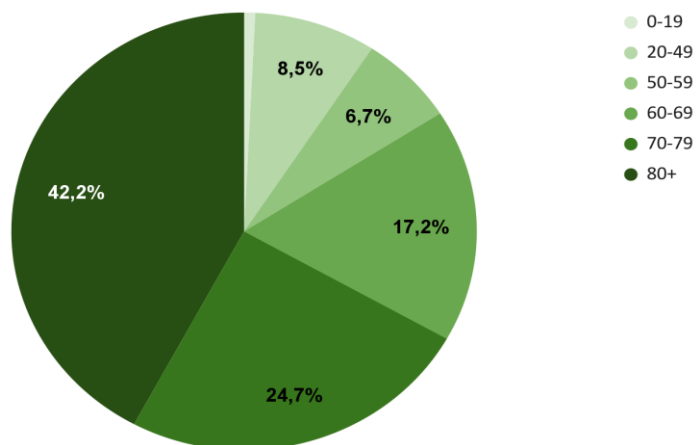
**Gráfico 22. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/2020 a 06/2023.**



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 47/2022 a 056/2023. N=389\***



\*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 (SNVS2.0)

Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 15/02/23 SE 06.](#)

## VIGILANCIA DE 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.<sup>18</sup>

A nivel mundial, del 10 de enero al 6 de febrero de 2023, se reportaron a GISAID 70.276 secuencias de SARS-CoV-2. Entre las mismas, 70.018 (99,6%) secuencias notificadas corresponden a la VOC Omicron. BA.5 y sus linajes descendientes siguen siendo dominantes a nivel mundial, pero han disminuido en términos relativos, con 8393 secuencias (53,9%) registradas a GISAID en semana 03 de 2023, tendencia que se encuentra en descenso en comparación con la SE51 de 2022 (prevalencia de 74,2% con 46.718 secuencias). La prevalencia de BA.2 y sus linajes descendientes se mantiene estable siendo de 12,6% frente a 11,9% en la semana 51. En la SE03 de 2023, las secuencias de variantes recombinantes aumentaron a una prevalencia del 24,6% (con 3823 secuencias) en comparación con el 8,8% (con 5563 secuencias) en la semana 51 de 2022. La mayoría de estas variantes recombinantes son secuencias XBB.1.5 (17,7% en la SE03) reportadas en EE.UU. Las secuencias no asignadas (presumiblemente Omicron) representan el 8,7 % de las secuencias enviadas a GISAID en la SE03. Las variantes BA.1, BA.3 y BA.4 y sus linajes descendientes representan <1% de las secuencias<sup>19</sup>.

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

<sup>18</sup> Tomado de : <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---14-december-2022>

<sup>19</sup> Tomado de : <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---8-february-2023>

secuencias de XBB\* (16,3%), incluyendo XBB.1.5 (3.005 secuencias, 12,1%), se registraron en GISAID (\* indica todos los linajes descendientes)<sup>20</sup>.

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.

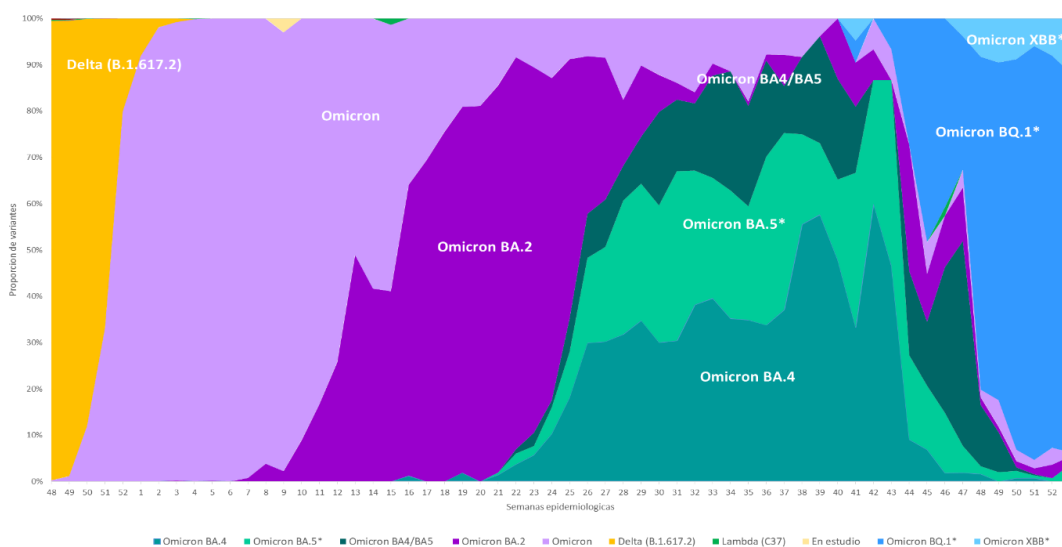
Según los informes de varios países, no se ha observado ninguna señal temprana de aumento de la gravedad, sin embargo, el número de casos asociados con XBB.1.5 aún es bajo, por lo que es difícil evaluar la gravedad<sup>21</sup>.

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.

Según la información aportada al SNVS.2.0 por las diferentes Jurisdicciones del país, en la SE 01 de 2023, el porcentaje de variante Ómicron se sitúa en un 100%.

En relación a los linajes de Ómicron en SE01 la proporción de BQ.1\* y XBB\* es de 81,98% y 11,71% respectivamente. Para BA.5 y BA.2 el porcentaje se sitúa en 3,60% y 1,80%, mientras que para BA.4 y Omicron compatible con BA.4/BA.5 para SE01, no se informan casos positivos a la fecha (\*Indica la inclusión de linajes descendientes)<sup>22,23</sup>.

**Gráfico 24: Distribución porcentual de variantes identificadas en no viajeros según SE de fecha de toma de muestra. SE48/2021- SE01/2023. Total país.<sup>24</sup>**



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

<sup>20</sup> <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---1-february-2023>

<sup>21</sup> <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---25-january-2023>

<sup>22</sup> Se destaca que entre las SE38-47 el número de muestras secuenciadas es escaso, y esto debe considerarse en la interpretación de las proporciones.

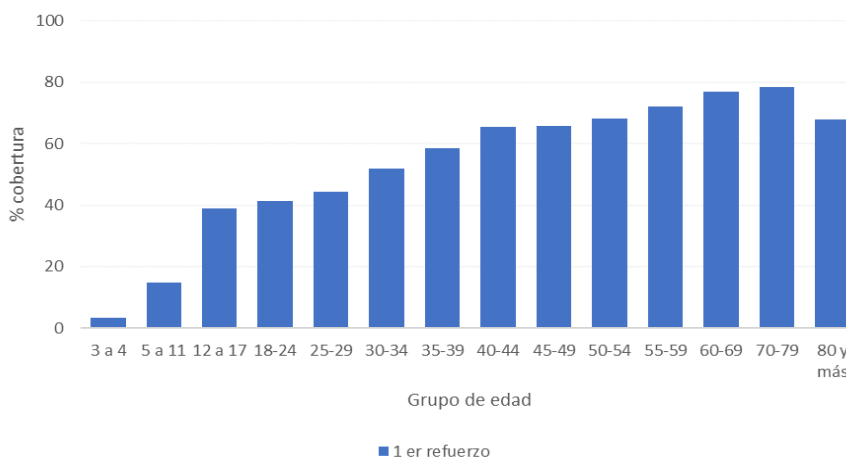
<sup>23</sup> Los casos de Omicron compatible con BA.4/BA.5 que son detectados por técnica molecular pudieran corresponder a BQ.1\* u otros linajes descendientes de BA.4 o BA.5.

<sup>24</sup> Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

## INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas para el primer refuerzo, el 48,7% 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 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 39,3%, en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 15% y en el grupo de 3 a 4 años (incorporado en la SE 31 de 2022) la cobertura es del 3,6%.

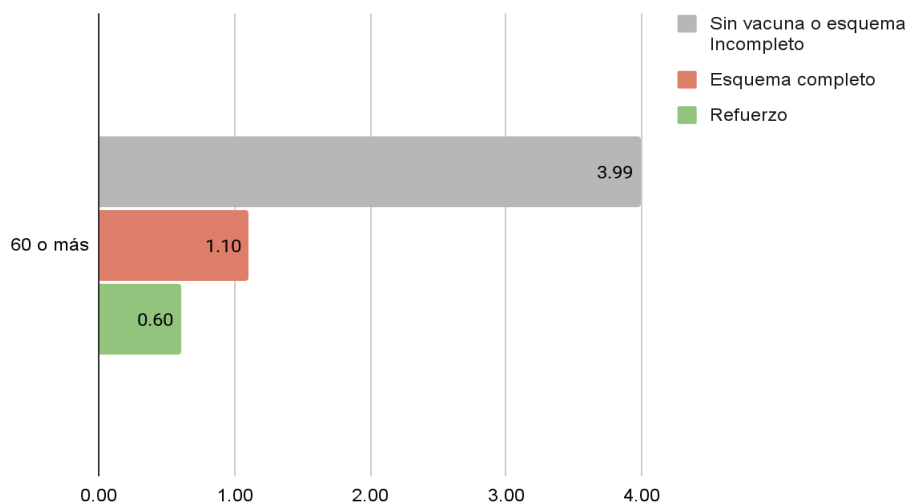
**Gráfico 25. Coberturas de 1er refuerzo por grupo de edad. SE 06/2023, Argentina.**



*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 3/2023 y la SE6/2023 se registraron 4 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o con esquema incompleto. Se produjeron 1,1 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 0,6 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 3/2023 - SE 6/2023, 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<sup>2.0</sup>) y del Informe de avance vacunación contra Covid-19. DICEI. Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NoMiVac).*

---

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

---

## SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS<sup>25</sup>

**América del Norte:** en la subregión la actividad de la influenza fue baja en general. Los virus A(H3N2) predominaron con circulación concurrente de A(H1N1)pdm09 y B/Victoria. La actividad del SARS-CoV-2 aumentó, mientras que la actividad del VRS disminuyó. En Canadá, la actividad de la influenza continúa disminuyendo. En México, la actividad de la influenza estuvo dentro de los niveles esperados para esta época del año, con indicadores de severidad en niveles bajos. En los Estados Unidos, la actividad de la influenza continuó disminuyendo, con el porcentaje de muertes por neumonía, influenza y COVID-19 por encima del promedio de temporadas anteriores y con una tendencia a disminuir. La actividad del VRS fue baja en general.

**Caribe:** la actividad de la influenza aumentó en la subregión con predominio de A(H1N1)pdm09 y circulación concurrente de influenza B/Victoria. Además, la actividad de la influenza fue elevada en Belice, la Guayana Francesa y Haití. La actividad de SARS-CoV-2 estuvo moderada y con tendencia creciente, mientras que la actividad de VRS se ubicó en los niveles basales.

**América Central:** la actividad de la influenza fue moderada, con detecciones de los virus influenza A y B y predominio de A(H3N2). Guatemala y Honduras reportaron mayor actividad de influenza, con predominio de influenza A(H3N2) y A(H1N1)pdm09, respectivamente. En general, el porcentaje de positividad del SARS-CoV-2 disminuyó en la subregión. 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. En Bolivia la influenza fue alta, mientras que en Ecuador, la actividad de la influenza fue baja. La actividad del SARS-CoV-2 fue elevada en Colombia y Ecuador, pero con tendencia a la disminución. En la subregión, la actividad del VRS fue baja en general.

**Brasil y Cono Sur:** la actividad de influenza fue muy baja, con los virus influenza B detectados con mayor frecuencia y circulación conjunta de B/Victoria y A(H1N1)pdm09. La actividad del SARS-CoV-2 fue moderada en algunos países y con tendencia a disminuir. Sin embargo, Brasil y Chile reportaron una mayor actividad de VRS.

---

<sup>25</sup> Tomado de: Reporte de Influenza SE 04 de 2023 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS, disponible en <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>



## SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19<sup>26</sup>

# 754.630.871

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

# 6.829.007

Personas fallecidas en el mundo.

# 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.

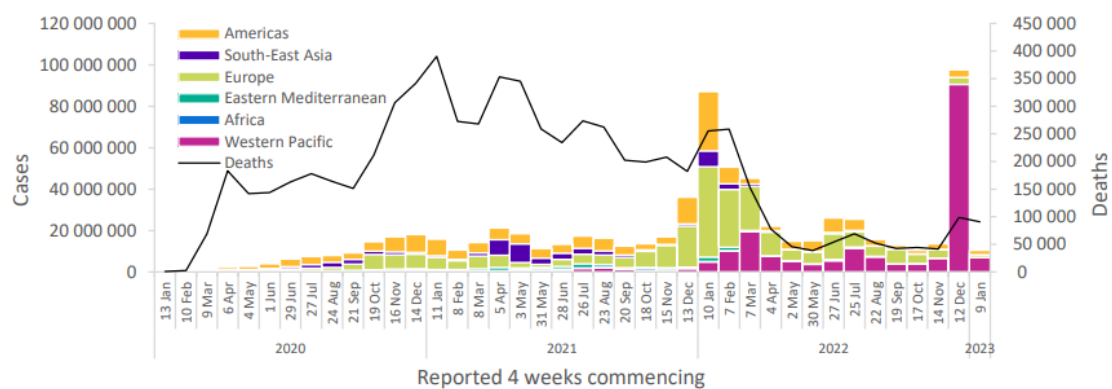
# 8%↓

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%.

<sup>26</sup> Tomado de: Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update, disponible en <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.

**Gráfico 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>

# **INFORME ESPECIAL: ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES**



## ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA - EFE (SARAMPIÓN/RUBEÓLA)

La vigilancia de sarampión y rubéola en las Américas se realiza en forma integrada por similitud en el cuadro clínico, la investigación epidemiológica y los estudios de laboratorio. El sarampión es una enfermedad viral aguda potencialmente grave, transmisible y extremadamente contagiosa. La transmisión es por vía respiratoria, de persona a persona, por diseminación de gotitas de Flügge (a través del aire), que entran en contacto con la vía respiratoria superior o conjuntivas. El virus, ya sea presente en el aire o sobre superficies sigue siendo activo y contagioso por 2 horas. Se manifiesta con fiebre alta, exantema, secreción nasal, conjuntivitis y tos. De 1 a 3 de cada mil personas que contraen sarampión fallece por complicaciones neurológicas o respiratorias. Aproximadamente el 30% de los casos de sarampión presentan una o más complicaciones como otitis media, neumonía, diarrea, ceguera y encefalitis post-infecciosa. Las personas menores de 5 años y personas adultas tienen mayor riesgo de complicaciones graves. Una complicación poco frecuente pero mortal es la panencefalitis esclerosante subaguda (PEES) (1 por cada 100.000 casos), se presenta 8-10 años después de haber cursado un cuadro agudo de sarampión, generalmente en aquellas personas que enfermaron antes de los dos años de vida.

La rubéola es una enfermedad viral que se transmite a través de las vías respiratorias y afecta más frecuentemente a niños y niñas. Comienza un período prodrómico de 1-5 días con fiebre baja, cefalea, malestar general, anorexia, conjuntivitis leve, rinitis, tos y linfadenopatía. Entre 5-7 días después de la infección puede aparecer un exantema en el 50% de los casos, eritematoso, no confluyente, maculopapular de progresión cefalocaudal, que se generaliza en 24 horas y dura entre 1-5 días. Es indistinguible de otros exantemas virales. Las personas adultas pueden presentar también artralgias y artritis. Si bien la rubéola posnatal es una enfermedad benigna, cuando una persona gestante susceptible contrae rubéola al inicio de su embarazo, puede alterar el desarrollo fetal y dar lugar a aborto espontáneo, o a malformaciones congénitas graves que se conocen como síndrome de rubéola congénita (SRC).

### Situación nacional semana 1-52/2022

**920\***

Casos sospechosos de EFE notificados

**1,98/100.000**

Tasa de EFE

**2**

Confirmados sarampión

**0**

Confirmados rubéola

\*Casos sospechosos notificados en revisión, sujeto a modificaciones.

El último caso endémico de sarampión en Argentina se registró en el año 2000. Desde la eliminación de la enfermedad y hasta el año 2018 se registraron un total de 43 casos importados y relacionados con la importación. Entre la SE 1/2019 y 12/2020 se confirmaron un total de 199 casos de sarampión, incluido un fallecido. Luego de 12 semanas sin casos, Argentina pudo declarar la interrupción del brote por lo que continúa siendo un país libre de sarampión.

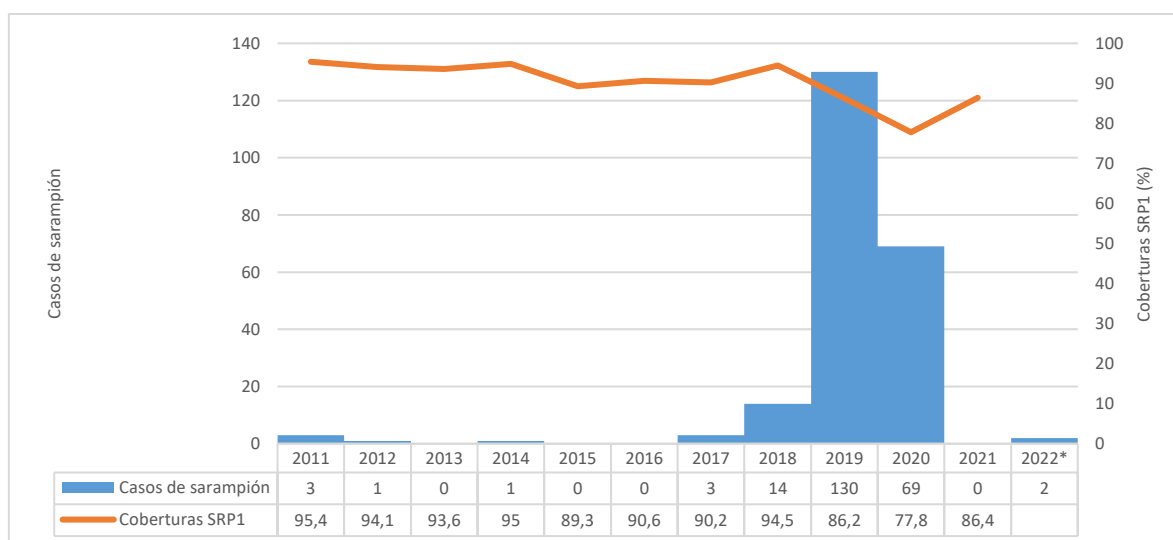
Entre la SE 1 y la 52 del año 2022, se notificaron 2 casos de sarampión: en la SE 13 se registró un caso importado, se identificó el genotipo B3, sin casos secundarios y en SE 28 se confirmó un caso con fuente de infección desconocida, se trató de una niña de 2 años, residente de provincia de Buenos

Aires, que certificaba una dosis de vacuna triple viral correspondiente al año de vida, sin casos secundarios.

Los últimos casos endémicos de rubéola de Argentina se registraron en el año 2009 en la SE 4 en Las Palmas (Chaco) y en la SE 5 en Almirante Brown (provincia de Buenos Aires) y los últimos casos de SRC fueron en Almirante Brown y Goya (Corrientes) en el mismo año. Desde la eliminación de la circulación endémica del virus rubéola en el año 2009, se registraron 8 casos importados de rubéola y no se notificaron casos de SRC.

Las coberturas nacionales de vacunación de Argentina han registrado un descenso gradual y progresivo en el período 2009-2019, que se vio acrecentado por la pandemia de COVID-19. En la década 2009-2019 se vio una disminución de 15 puntos para la 1ª dosis de vacuna triple viral (86% en 2019). En las vacunas del ingreso escolar (DPT, SRP y antipoliomielítica) también se observa una disminución de 15 puntos o más para el mismo período. Así, en 2019 las coberturas nacionales no superaron el 90% para ninguna de las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación (CNV). Las coberturas descendieron aún más por el impacto de la pandemia de COVID-19, con una disminución promedio en el año 2020 similar al que se había registrado entre 2009-2019, profundizando la situación ya desfavorable de 2019. En el año 2020, ninguna vacuna del CNV en ningún grupo etario ha superado un valor del 80% de cobertura a nivel nacional. Las bajas coberturas ubican al país en un nivel de riesgo muy alto para la reintroducción de sarampión y rubéola.

**Grafico 1- Casos de sarampión y coberturas de vacuna con componente contra sarampión (antisarampionosa, doble o triple viral) al año de vida. Argentina 2011-2022.**



\*Las coberturas de 2022 se encuentran en proceso

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 y Nomivac.

## SITUACIÓN INTERNACIONAL

Entre la SE 1 y la 52 del año 2022, se notificaron más de 120.000 casos de sarampión en el mundo. Si bien la Región de las Américas certificó la eliminación de la circulación endémica del virus del sarampión en el año 2016, entre 2017-2019 se registraron más de 40.000 casos en 18 países de las Américas, 93% en Brasil y Venezuela, países que perdieron el estado de eliminación en 2018 y 2019 respectivamente. En el 2020, el número de casos confirmados de sarampión disminuyó 2,7 veces en

comparación con el 2019, y se notificaron brotes en Argentina y México. Brasil continúa con circulación endémica del virus del sarampión. En el año 2022 se notificaron 41 casos confirmados en cuatro estados federales: Amapá (30), São Paulo (8), Rio de Janeiro (2) y Pará (1).

---

Más información sobre vigilancia epidemiológica y prevención de sarampión y rubéola

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/eventos-de-notificacion-obligatoria>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/vigilancia/sarampion-rubeola-src>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas>

---

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Todas las personas desde el año de vida deben tener esquema de vacunación completo contra el sarampión y la rubéola, según Calendario Nacional de Vacunación:

- De 12 meses a 4 años: deben acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral
- Mayores de 5 años, adolescentes y adultos deben acreditar al menos DOS DOSIS de vacuna con componente contra sarampión y rubéola aplicada después del año de vida (doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión
- Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no necesitan vacunarse. Las recomendaciones de vacunación ante situación de brote o para viajeros pueden cambiar según la situación epidemiológica. Se pueden consultar en <https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion/vas-a-viajar> y <https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion>

## CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN, RUBÉOLA, PAPERAS Y POLIOMIELITIS

Actualmente y hasta el 31 de marzo de 2023, se lleva a cabo la Campaña Nacional de Seguimiento (CNS) contra sarampión, rubéola, paperas y poliomielitis. Todos los niños y niñas de 13 meses a 4 años inclusive deben recibir una dosis adicional, gratuita y obligatoria de las vacunas triple viral y antipoliomielítica inactivada (IPV). Las campañas de seguimiento se realizan sistemáticamente cada 4-5 años y brindan la oportunidad de contar con una dosis adicional necesaria para alcanzar una adecuada protección, a aquella población que no accediera a la vacunación y/o no tuviera respuesta inmune a la dosis aplicada previamente.

---

Información sobre Campaña Nacional de Vacunación contra Sarampión, Rubéola, Paperas y Poliomielitis 2022 en:

---

---

<https://www.argentina.gob.ar/salud/activavacunas>

Se puede verificar las vacunas correspondientes al Calendario Nacional en:  
<https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/calendario>

---

## MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

### Medidas ante un caso sospechoso de EFE

- Informar inmediata y fehacientemente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso y sin esperar resultados de laboratorio.
- Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento Enfermedad Febril Exantemática.
- Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: Tomar siempre muestra de sangre; además, tomar muestra de orina hasta 14 días posteriores a la aparición de exantema (preferentemente hasta el día 7) y/o hisopado nasofaríngeo (HNF) hasta 7 días posteriores. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 horas posteriores a la toma.
- Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios. No circular en transportes públicos ni dentro de las instituciones.
- Explicar a persona adulta responsables o pacientes que volverán a ser contactados por el sistema de salud de ser necesario y pueden ser requeridas la obtención de nuevas muestras confirmatorias

### Medidas en los contactos

- Hacer búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (niños y niñas menores de 1 año por no contar con vacuna y personas mayores de 1 años con vacunación incompleta o sin vacunación).
- Vacunación de contactos dentro de las 48 horas de captado el caso sospechoso, a quienes no cumplan con las siguientes indicaciones:
  - De 13 meses a 4 años: a quienes no pudieran acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral (correspondiente a calendario de vacunación)
  - De 5 a 50 años: quienes no pudieran acreditar DOS DOSIS de vacuna doble o triple viral aplicadas después del primer año de vida.

- Ante la confirmación de un caso, todos los contactos entre 6 y 12 meses de edad deberán recibir una dosis de vacuna triple viral y los menores de 6 meses e inmunosuprimidos, deberán recibir gammaglobulina. Desde los 13 meses en adelante (excepto adultos nacidos antes de 1965), asegurar dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso.
- Inmunoglobulina de pool: indicada dentro de los 6 días del contacto con casos confirmados de sarampión en pacientes severamente inmunodeprimidos (independientemente del antecedente de vacunación), embarazadas sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y menores de 6 meses. La aplicación de inmunoglobulina es intramuscular y la dosis recomendada es de 0.5 mL/kg (dosis máxima 15 mL)
- Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.
- Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.

## MEDIDAS ANTE BROTES

Las acciones de control de brote se deben realizar dentro de las primeras 48 horas ante todo caso sospechoso sin esperar la confirmación diagnóstica.

Todas las instituciones tanto públicas como privadas, deben notificar a la dirección de epidemiología local dentro de las 24 horas del diagnóstico.

Se deben realizar las acciones de bloqueo con vacuna triple o doble viral o gammaglobulina, según indicación dentro de las 48 horas del diagnóstico del caso sospechoso.

## RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

- ✓ Mantener el Calendario Nacional de Vacunación al día:  
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/calendario-nacional-de-vacunacion-2022>



## POLIOMELITIS – PARÁLISIS AGUDA FLÁCCIDA EN MENORES DE 15 AÑOS

La poliomielitis es una enfermedad muy contagiosa que cursa de manera aguda y afecta principalmente a población infantil, especialmente menores de 5 años, pudiendo generar discapacidad severa y muerte. La mayoría de las personas infectadas no tiene síntomas. El 25% desarrolla síntomas menores como dolor de cabeza, fiebre y dolor de garganta. La parálisis aguda flácida (PAF) se presenta en menos del 1% de los menores de 5 años.

### SITUACIÓN NACIONAL SE 1- 52 DE 2022

185

Casos de PAF

0

Casos confirmados de poliomielitis

1,81

Tasa de PAF en menores de 15 años

21,3% (443)

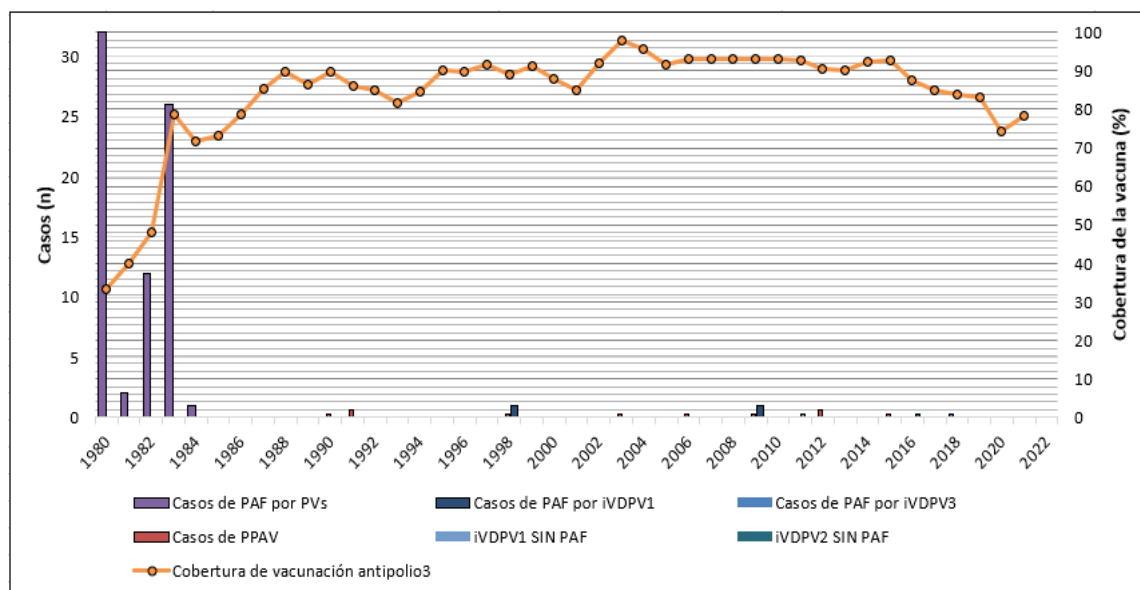
% de establecimientos notificaron semanalmente la ausencia de casos de PAF al SNVS 2.0

- ✓ Las elevadas coberturas de vacunación antipoliomielítica posibilitaron la eliminación de la enfermedad en la región de la Américas y en nuestro país. Sin embargo, mientras la enfermedad no se encuentre erradicada, existe un riesgo permanente de su reintroducción.
- ✓ Dicho riesgo puede estimarse para un territorio en función de la calidad de la vigilancia epidemiológica, la cobertura de vacunación antipoliomielítica, la presencia de otras enfermedades inmunoprevenibles y las condiciones de saneamiento ambiental.
- ✓ De acuerdo con el informe elaborado por la Comisión Nacional para la certificación de la erradicación de la polio y contención de los poliovirus en laboratorio, debido a la menor sensibilidad de la vigilancia epidemiológica y la disminución de las coberturas de vacunación antipoliomielítica posteriores a la pandemia, nuestro país presentaba un riesgo alto de reintroducción de la enfermedad en 2021.

En Argentina, el último caso de poliomielitis por poliovirus salvaje (PVs) fue en 1984, en la provincia de Salta, por tanto, nuestro país está libre de casos de poliomielitis por PVs desde hace casi cuatro décadas. En 1987, se creó el Programa Nacional de Erradicación de la Poliomielitis, implementando la vigilancia de las Parálisis Agudas Flácidas (PAF) para estudiar todo caso probable de poliomielitis. Se han detectado casos de PAVV en 1990, 1991, 1998, 2003, 2006, 2009, 2012 y 2015, de PAF por iVDPV1 en 1998 y 2009, de PAF por iVDPV3 en 2018 y de iVDPV1 e iVDPV2 como hallazgos en materia fecal sin clínica de parálisis en 2011 y 2016, respectivamente.

Actualmente, la Comisión Nacional para certificación de la erradicación de la polio y contención de los poliovirus en laboratorio se encuentra encargada de valorar todo caso sospechoso de poliomielitis – PAF en menores de 15 años.

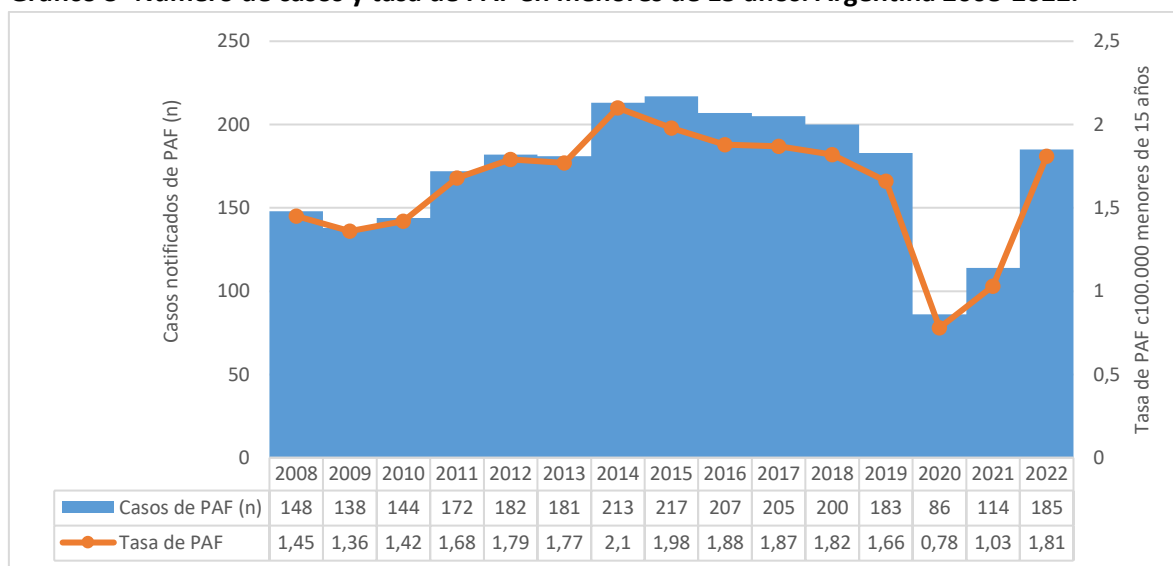
**Grafico 2- Número de casos confirmados de PAF por PVs, de PPAV y VDPV en función de cobertura de vacunación con tercera dosis de vacuna antipoliomielítica. Argentina 1980-2022.**



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SNVS 2.0 y del Servicio de Neurovirosis - INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán". Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. MSAL.

La sensibilidad de la vigilancia epidemiológica de PAF en menores de 15 años a nivel nacional puede ser estimada a partir de la tasa de casos de PAF cada 100.000 menores de 15 años que debe ser mayor o igual a 1. En el gráfico puede observarse que dicha tasa se ha alcanzado durante todo el periodo, excepto para el año 2020, año de mayor impacto para los servicios de salud y para el sistema de vigilancia en general, en cuanto a afectación de actividades de vigilancia fuera de la pandemia por COVID-19.

**Grafico 3- Número de casos y tasa de PAF en menores de 15 años. Argentina 2008-2022.**

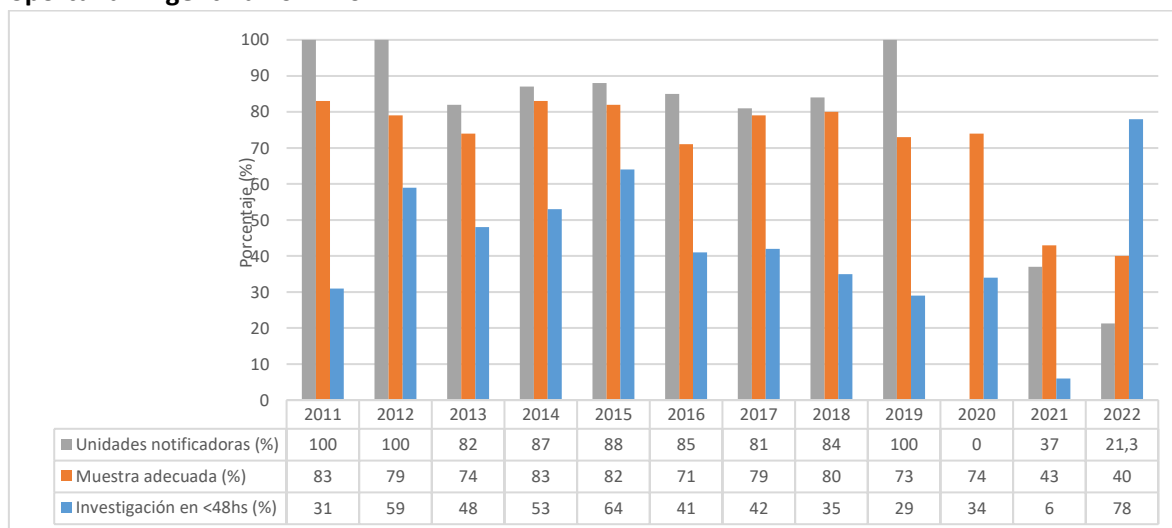


Fuente: Elaboración propia en base a datos del SNVS 2.0 y del Servicio de Neurovirosis - INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán". Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. MSAL.

En el gráfico se describe la tendencia nacional de tres indicadores relacionados a la calidad de la vigilancia epidemiológica. El porcentaje de unidades notificadoras corresponde a los

establecimientos de salud que reportan casos de PAF o su ausencia a lo largo de todas las semanas epidemiológicas (SE) de un año. Ello refleja la existencia de una vigilancia activa del evento siendo el porcentaje esperado de más de 80%. Dicho indicador se alcanzó en la mayoría del periodo hasta el año 2020.

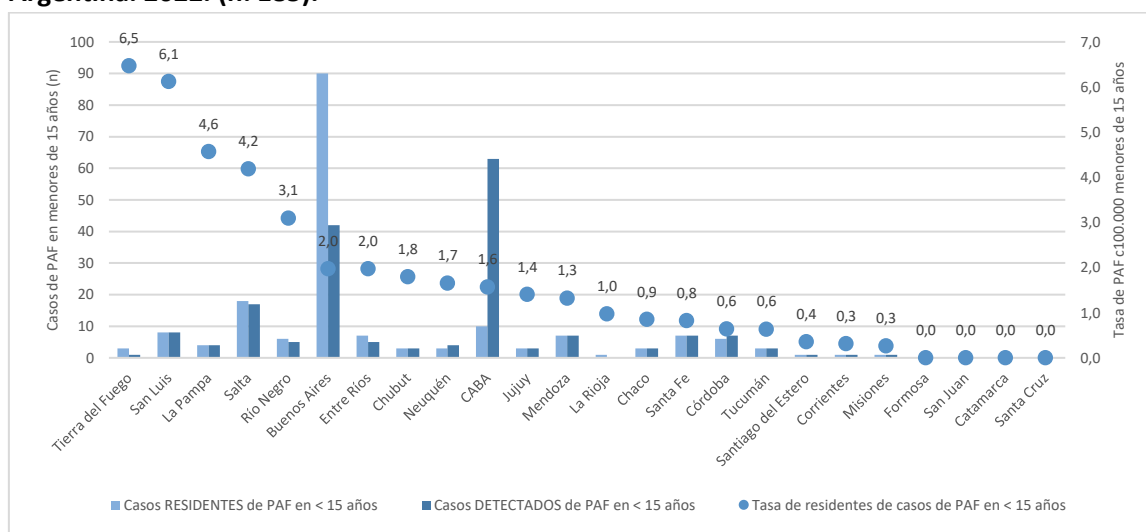
**Grafico 4- Porcentaje de unidades notificadoras, muestra de materia fecal adecuada e investigación oportuna. Argentina 2011-2022.**



*Fuente: Elaboración propia en base a datos del SNVS 2.0 y del Servicio de Neurovirosis - INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán". Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. MSAL.*

En el año 2022, se detectaron 185 casos de PAF en menores de 15 años. En el gráfico se muestra la distribución de los casos de acuerdo con su provincia de residencia y detección. La residencia fue en la provincia de Buenos Aires en el 48,6% (n: 90) seguido de Salta en el 9,7% (n: 18) y de Ciudad de Buenos Aires (CABA) en el 5,4% (n: 10). No obstante, al analizar la provincia que los detectó se observó que mayoritariamente ocurrió en establecimientos de la CABA en el 34,1% (n: 63) seguido de provincia de Buenos Aires en el 22,7% (n: 42) y de Salta en el 9,2% (n: 17).

**Grafico 5-Casos y tasas de PAF en menores de 15 años por provincia de residencia y detección. Argentina. 2022. (n: 185).**



*Fuente: Elaboración propia en base a datos del SNVS 2.0 y del Servicio de Neurovirosis - INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán". Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. MSAL.*

Respecto a la tasa de PAF (calculada en base a las poblaciones proyectadas para el año 2022 en base al censo 2010), más de la mitad de las provincias cumplen con el valor esperado por contar con uno o más casos de PAF residentes. Si bien algunas provincias cuentan con casos residentes de PAF, no alcanzan la tasa esperada para su población menor de 15 años: La Rioja, Chaco, Santa Fe, Córdoba, Tucumán, Santiago del Estero, Corrientes, Misiones. Otras provincias no alcanzan dicha tasa dado que no cuentan con ningún caso residente de PAF: Formosa, San Juan, Catamarca, Santa Cruz.

En la tabla se indican los departamentos del país que contaban en 2022 con una población de personas menores de 15 años mayor a 100.000 según datos del INDEC del 2010. Se observa que la mayoría cumple con la tasa esperada a partir de contar con la cantidad de casos de PAF residentes según su población de menores de 15 años, mientras que otras no llegan a cumplir con la tasa por contar con insuficientes casos de PAF o no contar con ninguno.

### Casos y tasas de PAF en menores de 15 años en jurisdicciones con más de 100.000 menores de 15 años. Argentina. 2022. (n: 52).

Departamentos con >100.000 menores de 15 años	Población de menores de 15 años (Censo INDEC 2010)	Casos de PAF en menores de 15 años (n)	Tasa de PAF
La Matanza (Buenos Aires)	475036	5	1,05
Capital (Córdoba)	313183	2	0,64
Rosario (Santa Fe)	253487	6	2,37
Capital (Salta)	148424	4	2,69
Almirante Brown (Buenos Aires)	146967	2	1,36
Lomas de Zamora (Buenos Aires)	146241	3	2,05
Merlo (Buenos Aires)	146004	5	3,42
La Plata (Buenos Aires)	144851	8	5,52
Quilmes (Buenos Aires)	142439	3	2,11
Capital (Tucumán)	137486	0	0
General Pueyrredón (Buenos Aires)	133142	4	3
Moreno (Buenos Aires)	133120	7	5,26
Florencio Varela (Buenos Aires)	129348	1	0,77
La Capital (Santa Fe)	128702	0	0
San Fernando (Chaco)	104094	1	0,96

Fuente: Elaboración propia en base a datos del SNVS 2.0 y del Servicio de Neurovirosis - INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán". Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. MSAL.

Al analizar el diagnóstico final de los casos de PAF, se observa que este se desconoce en casi la mitad de los casos. El diagnóstico de Guillain Barré ocupó el 27% (n: 50) seguido del botulismo del lactante en el 15,1% (n: 28). En este punto se remarca la importancia de estudiar los casos de manera completa para descartar los casos por laboratorio, a pesar de existir otro diagnóstico presuntivo. De no estudiarse por dicha vía, los casos de PAF deben contar con un seguimiento a los 60 días para descartar parálisis residual compatible con poliomielitis. Se menciona que varios de los diagnósticos finales también corresponden a eventos de notificación obligatoria.

Finalmente, se destaca que el 11,4% (n: 21) no fue notificado oportunamente por el nivel local al SNVS 2.0 bajo el evento correspondiente lo que demoró el desarrollo de las acciones de control y prevención de nuevos casos. Por otra parte, el 74,1% (n: 167) de los casos no registraban datos de vacunación antipoliomielítica ni fecha de última dosis, lo que impide su adecuado estudio.

## SITUACIÓN INTERNACIONAL

La poliomielitis es causada por enterovirus de la familia Picornaviridae cuyo único reservorio es el ser humano. Se han descrito tres serotipos de poliovirus salvaje (PVs): 1, 2 y 3. El último caso de poliomielitis por PVs tipo 2 fue en 1999 y de poliomielitis por PVs tipo 3 fue en 2012. Actualmente, la poliomielitis por PVs se restringe al PVs tipo 1 registrándose en Afganistán y Pakistán como países endémicos.

Excepcionalmente, los poliovirus atenuados que componen la vacuna Sabin (OPV, por sus siglas en inglés) pueden adquirir propiedades de los PVs con la capacidad potencial de producir parálisis de manera directa o indirecta. En el primer caso, se produce una parálisis asociada al virus vacunal (PAVV) y en el segundo caso la produce un virus derivado de la cepa vacunal (VDPV).

La "Erradicación de la Poliomielitis" consiste en el cumplimiento de un período de tres años sin la presentación de casos producidos por PVs. Gracias a la utilización de las vacunas antipoliomielíticas,

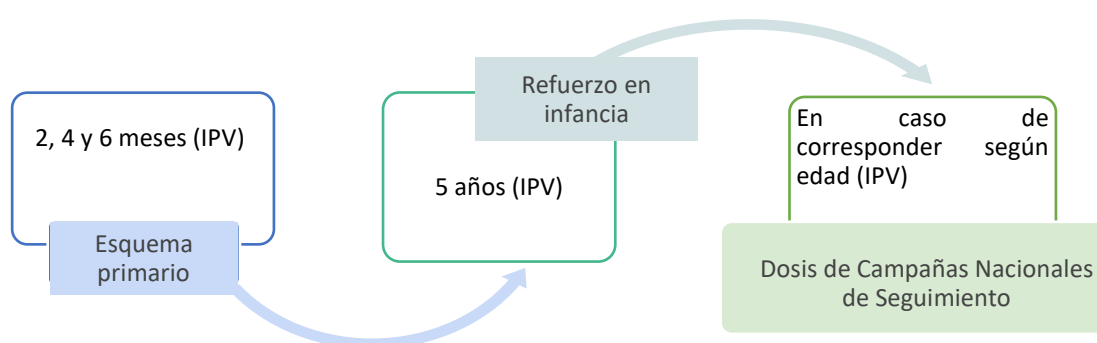
la poliomielitis por PVs se encuentra en la fase final de su proceso de erradicación habiéndose reducido en el mundo de manera sustancial.

Más información sobre vigilancia epidemiológica y prevención de poliomielitis  
<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/eventos-de-notificacion-obligatoria>

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/paralisis-aguda-flaccida-en-menores-de-15-anos>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas>

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN



Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

## MEDIDAS ANTE UN CASO DE SOSPECHOSO DE POLIOMIELITIS

- Siempre que se cumpla la definición de caso se debe estudiar al paciente como caso sospechoso de poliomielitis. Ello es independiente del hecho de que exista otro diagnóstico presuntivo (síndrome de Guillain Barré, botulismo, mielitis transversa, mielitis longitudinal, etc.), o del hecho de contar con antecedente de viajes a zona de riesgo o vacunación antipoliomielítica.
- Descartar la presencia de poliovirus remitiendo una muestra de materia fecal al laboratorio nacional de referencia: servicio de Neurovirosis del Instituto Carlos G. Malbrán\*. La muestra debe tomarse en la fase aguda de la enfermedad dentro de los 14 días de comenzado el cuadro e idealmente dentro de los primeros 7 días. En casos excepcionales, de no poder recoger la muestra en ese período, puede tomarse hasta dentro de los 60 días de comenzado el cuadro clínico. Su envío al laboratorio debe ser inmediato adjuntando la ficha de notificación.
- Asegurar el registro de los siguientes datos al SNVS 2.0 para posibilitar su adecuado estudio por parte de la Comisión Nacional para certificación de la erradicación de la polio y contención de los poliovirus en laboratorio:

**Datos para consignar en SNVS 2.0:**

1) Sección CLÍNICA: Sintomatología siendo importante consignar específicamente la fecha de inicio del síntoma parálisis, requerimiento de internación en UTI/ARM y evolución de la internación (fallecimiento o fecha de egreso).

2) Sección LABORATORIO: Muestra remitida y derivada al instituto INEI-ANLIS Carlos G. Malbrán (fecha de toma de muestra, tipo de muestra y derivación al laboratorio de referencia).

3) Sección EPIDEMIOLOGÍA: Antecedentes de vacunación (vacuna antipoliomielítica recibida, número de dosis y fecha de última dosis). Permite valorar el riesgo del caso y la sospecha de un evento por VDPV (poliovirus derivado de la vacuna) o VAPP (poliomielitis parálítica post vacunal).

4) Sección EVENTO: en cuadro de texto libre consignar principal diagnóstico alternativo o diagnóstico final. Actualizar la CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO considerando todos los datos que cuenta al finalizar su atención.

5) Sección EPIDEMIOLOGÍA: Valoración a los 60 días en caso de no contar con muestra adecuada. Investigación en terreno (Casos cercanos con clínica similar, revisión de carnet de vacunación de convivientes y completar esquemas, detección de personas inmunosuprimidas, viaje a zona con casos de poliomielitis, diagnósticos diferenciales: alimentación, mascotas).

(\*) Laboratorio Regional de Referencia de Poliovirus:

Av. Vélez Sársfield 563 (1281) Capital Federal.

TEL: 011-4301-7428, 011-4302-5064 int 248

Correo Electrónico: neurovirosis@anlis.gob.ar

---

Es fundamental que los equipos de salud estudien todas las parálisis agudas flácidas en menores de 15 años como casos sospechosos de poliomielitis, envíen muestra de materia fecal para su estudio y se notifique el caso en el SNVS para propiciar una investigación oportuna

---

## TÉTANOS OTRAS EDADES

El tétanos es una enfermedad neurológica aguda causada por una neurotoxina producida por el *Clostridium tetani* que prolifera en el sitio de una lesión. Las esporas del *Clostridium tetani* están presentes en el polvo, tierra, heces animales o humanas y se introducen en el cuerpo a través de una herida aguda causada por traumatismos, intervenciones quirúrgicas o inyecciones, o a través de lesiones e infecciones cutáneas crónicas.

La mortalidad es elevada, siendo la causa más habitual del fallecimiento el paro respiratorio o arritmia severa. El tratamiento requiere hospitalización. La pronta administración de toxoide tetánico y gammaglobulina antitetánica pueden contribuir a disminuir su severidad.

### SITUACIÓN NACIONAL SE 1-52 DE 2022

# 7

Casos confirmados reportados en 2022

# 2-93

Rango de edad (en años)

- ✓ Durante 2022 se confirmaron 7 casos de tétanos
- ✓ Se registraron 2 fallecidos por esta causa (83 y 93 años)

En Argentina entre los años 2000 y 2022 ocurrieron 179 casos de tétanos en otras edades (no neonatal ni materno) con un promedio de 8 casos por año. En todos los años de la serie se notificaron casos, excepto en 2021.

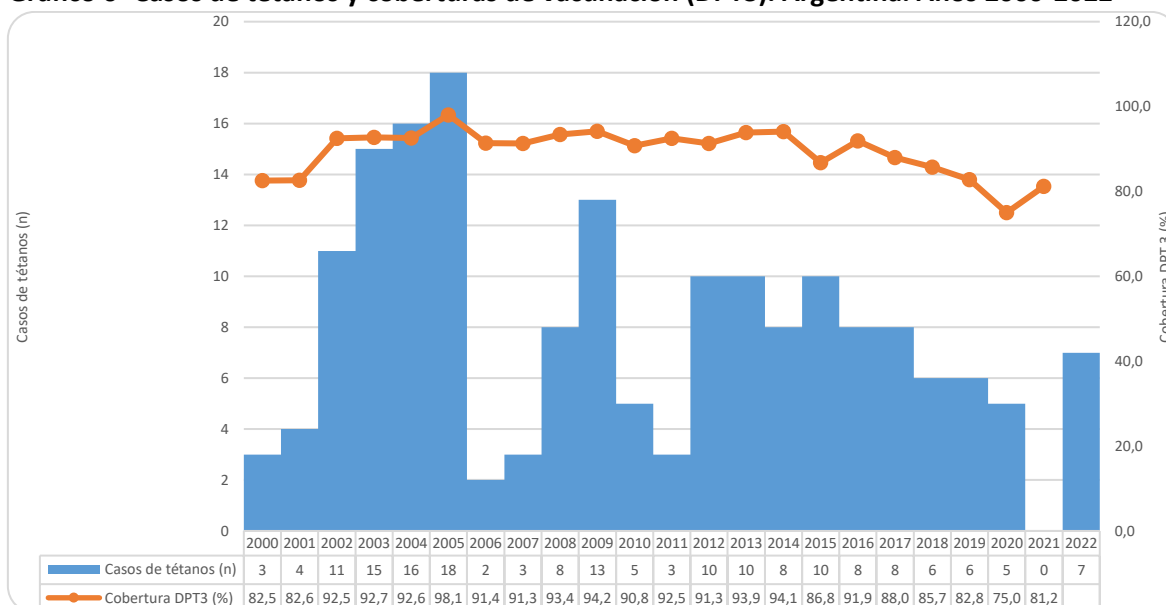
Las coberturas de vacunación en la infancia se mantuvieron por encima del 90% hasta el año 2017. A partir del mencionado año la tendencia se mantuvo constante en descenso alcanzando el menor valor en 2020 probablemente secundario a la pandemia de COVID-19. En 2021 se observó un leve recupero de las coberturas.

En relación con los casos confirmados durante 2022, cinco de ellos residían en la provincia de Buenos Aires y los dos restantes en Misiones y Santa Fe, ocurrieron en personas entre los 2 y los 93 años con distribución homogéneamente según sexo.

En el gráfico se muestran las coberturas de vacunación a los 6 meses de vida, momento en el cual se debe completar el esquema primario de vacunación contra tétanos que después se debe reforzar periódicamente para garantizar la mejor respuesta inmunitaria contra esta enfermedad.

Se destaca que dos casos se produjeron en niños y niñas menores de 5 años (2 y 3 años) que deberían haber contado con el esquema primario completo que les hubiera evitado la enfermedad. A estos se sumaron los casos en adultos jóvenes y adultos mayores que tampoco habían recibido el refuerzo de vacuna y/o gammaglobulina antitetánica indicadas ante heridas tetánigenas.



**Grafico 6- Casos de tétanos y coberturas de vacunación (DPT3). Argentina. Años 2000-2022**

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Immunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 y Nomivac.

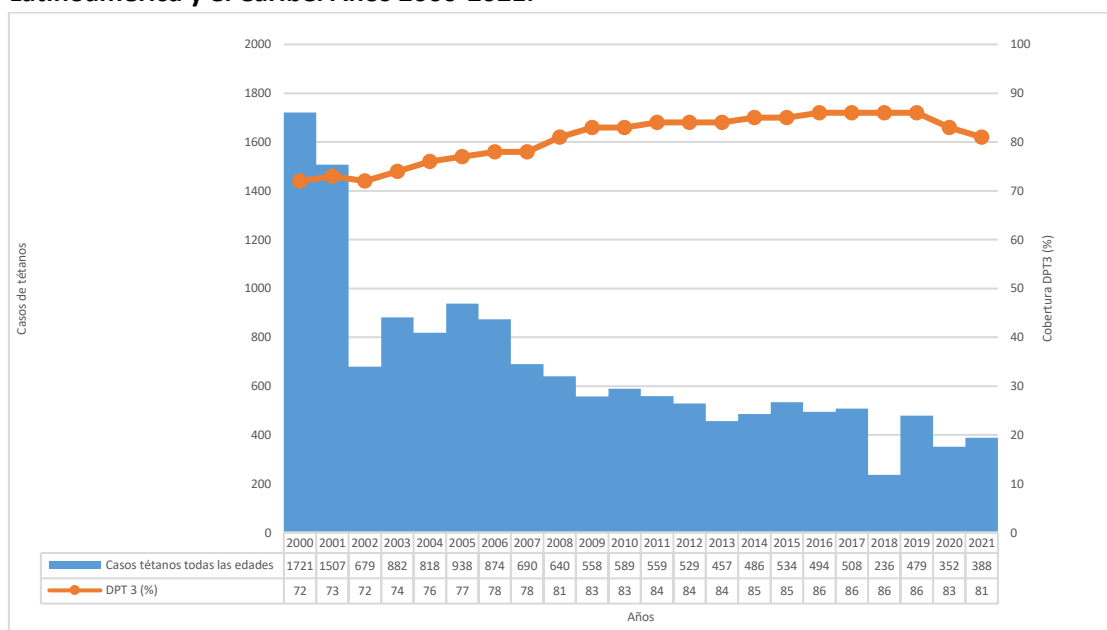
## SITUACIÓN INTERNACIONAL

En Argentina el último caso de tétanos neonatal se registró en el año 2007. En la región de las Américas el tétanos materno y neonatal se declaró eliminada en el año 2017, siendo la sexta enfermedad prevenible mediante vacunación que se elimina en la región, tras la erradicación de la viruela en 1971, la poliomielitis en 1994, la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita en 2015 y el sarampión en 2016.

Antes de que la vacunación moderna generalizada contra el tétanos materno y neonatal empezara en los años setenta, esta enfermedad causaba la muerte de más de 10.000 recién nacidos cada año en la región de las Américas, una cifra que, debido a un grave problema de subnotificación de los casos, los expertos consideraban baja. Según datos de la OMS, el tétanos neonatal se cobró la vida de cerca de 34.000 recién nacidos en el 2015, lo que representa una reducción de 96% con respecto a 1988, cuando unos 787.000 recién nacidos murieron por el tétanos en su primer mes de vida.

En relación con el tétanos en todas las edades en Latinoamérica y el Caribe se registran alrededor de 400 casos anuales. En el año 2021 las mayores tasas fueron registradas en Haití, República Dominicana y Honduras.

**Grafico 7- Casos de tétanos (todas las edades) y coberturas de vacunación DPT3 (%) en Latinoamérica y el Caribe. Años 2000-2021.**



Fuente: Elaboración DiCEI en base a datos de la Organización Panamericana de la Salud. (<https://immunizationdata.who.int/> Acceso Febrero de 2023)

Más información sobre vigilancia epidemiológica y prevención de tétanos  
<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/eventos-de-notificacion-obligatoria>  
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ficha-de-notificacion-tetanos>  
<https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas>

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN

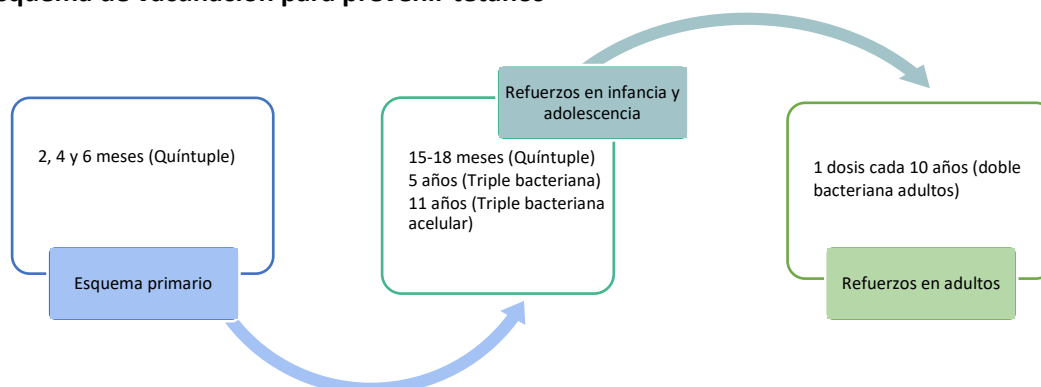
La serie completa de toxoide tetánico tiene una eficacia de casi 100% para prevenir la enfermedad. Sin embargo, los niveles de antitoxina disminuyen con el tiempo. Diez años después de la última dosis, la mayoría de las personas tienen niveles de antitoxina que solo se acercan el nivel mínimo de protección, es por esta razón que se recomiendan refuerzos de rutina cada 10 años. Para asegurar niveles protectores adecuados de antitoxina, las personas que sufrir una herida que no sea limpia y menor debe recibir un refuerzo contra el tétanos si han transcurrido más de 5 años desde su última dosis.

De acuerdo con nuestro esquema nacional de vacunación las personas menores de 7 años deben recibir una serie primaria con un esquema de 3 dosis de vacuna con componente tetánico (quíntuple o séxtuple), a los 2, 4 y 6 meses y refuerzos a los 15-18 meses (quíntuple), al ingreso escolar (triple bacteriana) y a los 11 años (triple bacteriana acelular). La dosis del ingreso escolar no es necesaria si la cuarta dosis se aplicó después de que el niño haya cumplido 4 años de vida.

En el caso de personas adultas no vacunadas, debe aplicar una serie primaria de tres dosis de toxoide tetánico y diftérico adsorbido (dT-doble bacteriana para adultos). Las primeras dos dosis se aplican a intervalos de 4 a 8 semanas, y la tercera dosis, de seis meses a un año después de la segunda. La

protección activa se debe conservar mediante la administración de una dosis de refuerzo de dT cada 10 años.

### Esquema de vacunación para prevenir tétanos



Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

### ¿Qué medidas se deben tomar ante una herida tetanígena?

Se define como herida tetanígena cualquier herida o quemadura con tejido desvitalizado, herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), las contaminadas con cuerpo extraño, fracturas con herida abierta, mordeduras, congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica que se retrasa más de 6 horas o con riesgo de contaminación endógena (a partir de contenido intestinal) o heridas con riesgo de contener esporas (contaminación exógena) o sobre zonas desvitalizadas (compromiso circulatorio), lesiones cutáneas ulceradas crónicas si resultan contaminadas con esporas, sobre todo en diabéticos y aquellas que se presenten en pacientes sépticos.

### Profilaxis antitetánica en función de los antecedentes de vacunación y el tipo de herida.

Situación de vacunación	Herida limpia <sup>1</sup>	Herida tetanígena <sup>2</sup>	
	Vacuna dT	Vacuna dT	IGT <sup>3</sup>
<b>No vacunado o &lt;3 dosis o desconocida</b>	1 dosis	1 dosis	1 dosis (en un lugar diferente de aplicación)
<b>3 o 4 dosis</b>	No necesaria (aplicar 1 dosis si hace >10 años desde la última)	No necesaria (aplicar 1 dosis si hace >5 años desde la última)	Solo en heridas de alto riesgo <sup>4</sup>
<b>5 dosis o más</b>	No necesaria	No necesaria (valorar la aplicación de 1 dosis adicional, en función de la herida, si hace >10 años desde la última)	Solo en heridas de alto riesgo <sup>4</sup>

Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

1 Heridas limpias: las no incluidas en el apartado siguiente. No precisan IGT.

2 Heridas tetanígenas: heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), las contaminadas con cuerpo extraño, fracturas con herida, mordeduras, congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica que se retrasa más de 6 horas o con riesgo de contaminación endógena (a partir de contenido intestinal) o heridas con riesgo de contener esporas (contaminación exógena) o sobre zonas desvitalizadas (compromiso circulatorio),

lesiones cutáneas ulceradas crónicas si resultan contaminadas con esporas, sobre todo en diabéticos y aquellas que se presenten en pacientes que tienen sepsis.

3 IGT: inmunoglobulina antitetánica. Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administra una única dosis de 250 UI por vía intramuscular. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en caso de quemaduras, fracturas o heridas infectadas, se administrará una dosis de 500 UI. La protección que induce es inmediata, pero con una duración máxima de 4 semanas.

4 Heridas de alto riesgo: aquellas heridas tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas y/o que presenten grandes zonas de tejido desvitalizado. En inmunodeprimidos (incluidos VIH) y usuarios de drogas por vía parenteral, se administrará una dosis de IGT en caso de cualquier herida tetanígena, independientemente del estado de vacunación.

## RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

- ✓ Mantener el Calendario Nacional de Vacunación al día:  
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/calendario-nacional-de-vacunacion-2022>
- ✓ Ante una herida tetanígena consultar con un profesional de salud que evalúe la necesidad de indicar profilaxis con vacuna y/o gammaglobulina antitetánica.

## DIFTERIA

Enfermedad grave con potencial epidémico inmunoprevenible. Afecta principalmente las amígdalas, faringe, laringe, nariz, con linfadenopatía cervical. La lesión característica, es causada por la liberación de una toxina específica y consiste en la aparición de placas de membranas blanco-grisáceas nacaradas adherentes, con inflamación a su alrededor, que sangran al intentar desprenderlas. Se acompaña de cuadro febril de baja intensidad, pero con gran compromiso general. Los efectos tardíos de la absorción de toxinas, que aparecen después de dos a seis semanas de iniciados los síntomas, incluyen parálisis de los nervios craneales y periféricos, motores y sensitivos, y miocarditis.

El agente etiológico es la bacteria *Corynebacterium diphtheriae*. El reservorio es el ser humano. El modo de transmisión es el contacto con un paciente o un portador; rara vez el contacto con artículos contaminados por secreciones de lesiones de personas infectadas. El período de incubación por lo general es de 2 a 5 días, aunque a veces es más prolongado.

En los países endémicos de la difteria, la enfermedad ocurre principalmente como casos esporádicos o en pequeños brotes. La difteria es mortal en 5 - 10% de los casos, con una tasa de mortalidad más alta en niños pequeños. Constituye un riesgo principalmente en menores de 15 años sin vacunación y adultos con vacunación incompleta.

### SITUACIÓN NACIONAL SE 1-52 DE 2022

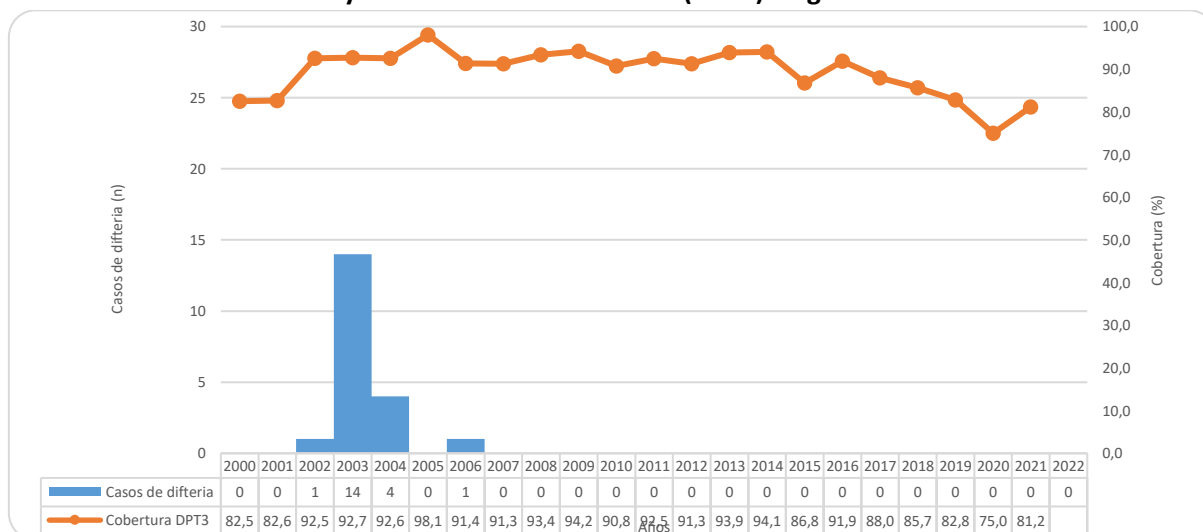
## 0

Casos reportados en 2022

- ✓ Desde el año 2020 no se registran casos sospechosos en Argentina
- ✓ Previo a la pandemia se notificaban un promedio de 3 casos sospechosos anualmente.
- ✓ El último caso ocurrió en el año 2006.

En Argentina el último caso de difteria se registró en el año 2006 en la provincia de Misiones.

**Gráfico 8- Casos de difteria y coberturas de vacunación (DPT3). Argentina. Años 2000-2022**



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 y Nomivac.

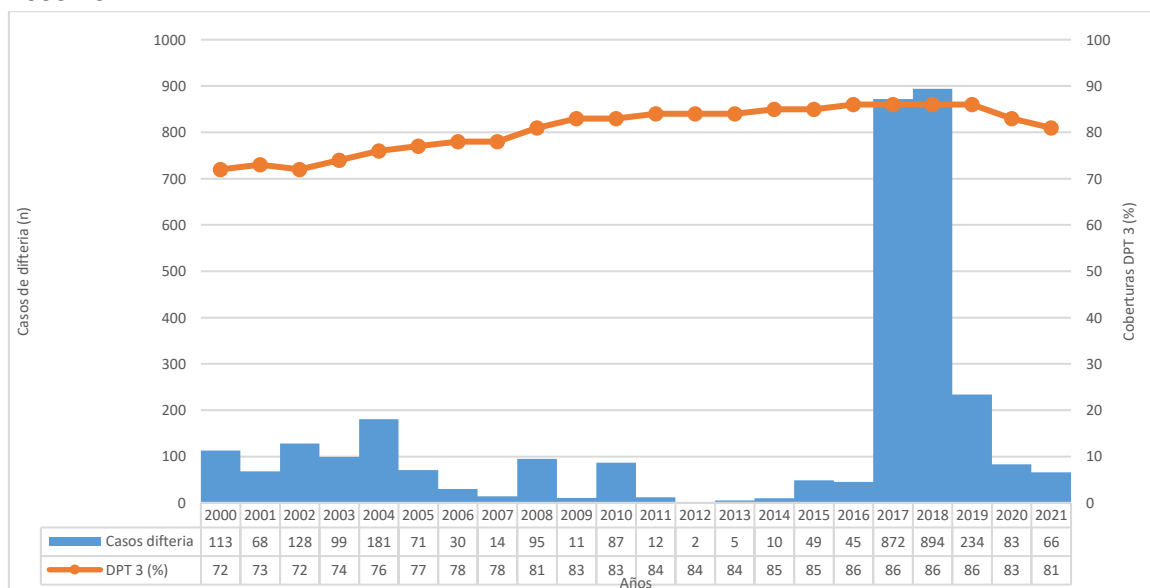
## SITUACIÓN INTERNACIONAL

Después del establecimiento del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en 1974, con la vacuna contra la difteria como una de las 6 vacunas PAI originales, la incidencia de la difteria disminuyó drásticamente en todo el mundo. Los casos disminuyeron redujo más de 90% durante el período 1980-2000. En el año 2021 ocurrieron 8.638 casos en el mundo, 66 de ellos en la región de Latinoamérica y el Caribe. En el año 2021 se registraron 28 casos en Haití, 27 en República Dominicana, 4 en Brasil y 1 en Colombia.

Desde 2014, se registra la transmisión ininterrumpida de difteria en Haití y a partir de 2015 se han reportado casos esporádicos de difteria en varias provincias de la República Dominicana.

Existen las condiciones para ocurrencia de un brote de difteria de mayor magnitud en la isla La Española y potencial dispersión de la enfermedad a otros países de la Región de las Américas: 1) la disminución de las coberturas de vacunación, 2) la inmunidad reducida con el tiempo posterior a la vacunación primaria (menores de 1 año) con 3 dosis, en ausencia de una inmunidad inducida naturalmente o por la administración de dosis de refuerzos, 3) la falta de una política de vacunación de adolescentes/adultos en varios países y 4) la activa migración, entre otros factores.

**Grafico 9-Casos de difteria y coberturas de vacunación DPT3 (%) en Latinoamérica y el Caribe. Años 2000-2021.**

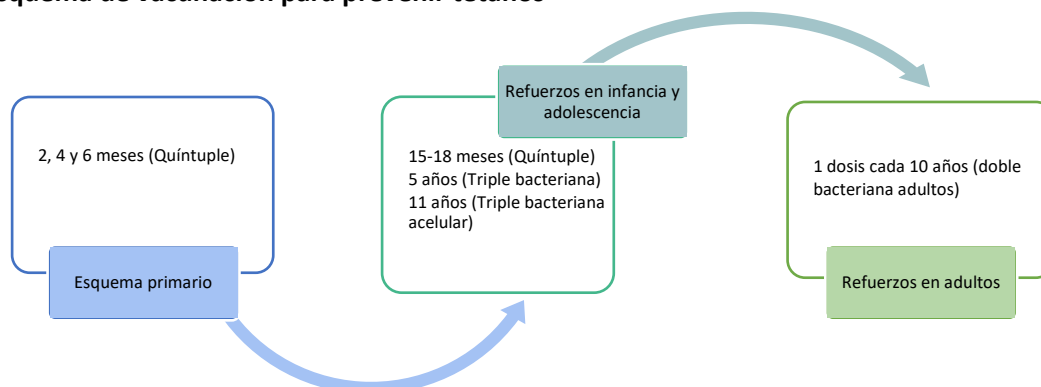


Fuente: Elaboración DICEI en base a datos de la Organización Panamericana de la Salud. (<https://immunizationdata.who.int/> Acceso Febrero de 2023)

Más información sobre vigilancia epidemiológica y prevención de difteria  
<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/eventos-de-notificacion-obligatoria>  
<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-11/ficha-difteria.pdf>  
<https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas>

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN

### Esquema de vacunación para prevenir tétanos



Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

## MEDIDAS ANTE UN CASO

- Antitoxina, sin esperar los resultados de laboratorio. Descartar hipersensibilidad, aplicar por vía intramuscular (IM) una sola dosis de 20.000 a 100.000 unidades, según la duración de los síntomas, la zona de afección, y la gravedad de la enfermedad.
- La eritromicina y la penicilina son eficaces contra el microorganismo, junto con la antitoxina, pero no como sustituto de ella.
- Aislamiento de secreciones respiratorias hasta la negativización por laboratorio: en habitación individual.

Medidas preventivas en los contactos íntimos: control clínico por 7 días para detectar enfermedad, cultivo bacteriológico, profilaxis antibiótica (eritromicina o penicilina G benzatínica) y vacunación de bloqueo de todos los contactos sin importar antecedente de vacunación.

## RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

- ✓ Mantener el Calendario Nacional de Vacunación al día:  
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/calendario-nacional-de-vacunacion-2022>

## COQUELUCHE

Coqueluche o tos convulsa es una enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias causada por la bacteria *Bordetella pertussis*. Se transmite a través de gotas producidas por la tos o los estornudos y tiene alta contagiosidad. La enfermedad puede presentarse en cualquier etapa de la vida, pero son los lactantes pequeños los que tienen el mayor riesgo de enfermarse gravemente.

### SITUACIÓN NACIONAL SE 1-52 DE 2022

# 196

# 0 - 73

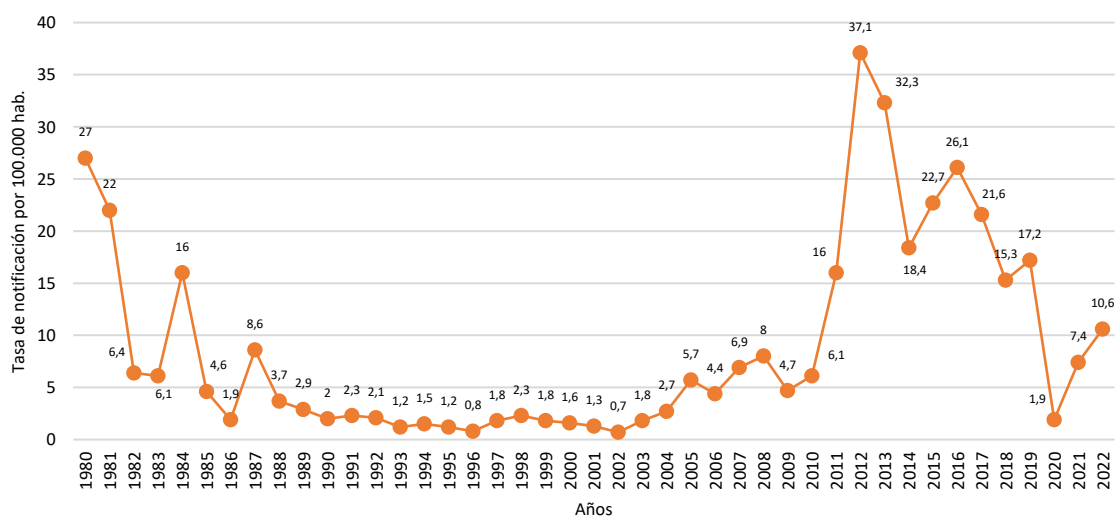
Casos confirmados en 2022

Rango de edades en años

- ✓ Durante 2022 se confirmaron 196 casos de coqueluche
- ✓ No se registraron fallecidos por coqueluche durante 2022

La tasa de notificación de casos sospechosos de tos convulsa de los últimos 39 años mostró su pico en el año 2012. Desde ese año se observó una adecuada sensibilidad del sistema de notificación hasta el 2020 en el que se alcanzó la menor notificación de los últimos 20 años.

**Grafico 10- Coqueluche. Tasa de notificación de casos sospechosos por 100.000/hab. Argentina 1980-2022.**

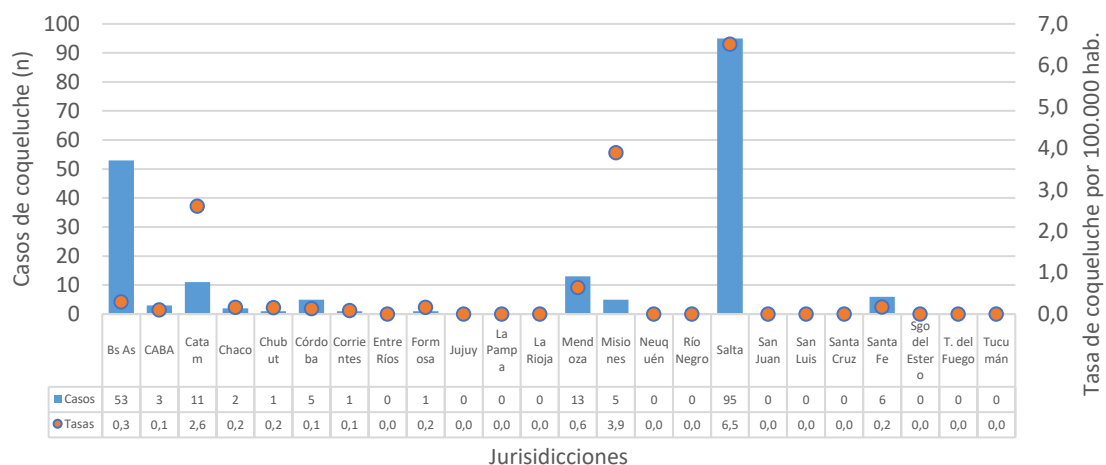


Fuente: Elaboración propia de DICEI en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2 - SIVILA) y SNVS2.0.

La mayor mortalidad de los últimos años también coincidió con el pico de incidencia de la enfermedad en la temporada 2011-2012. Durante el año 2022 se notificaron al SNVS 2.0 un total de 4651 casos sospechosos de coqueluche en todo el país, de los cuales se confirmaron 196 casos (4,2%). La mayor actividad de la enfermedad se observó en las provincias de Salta, Misiones y Catamarca.



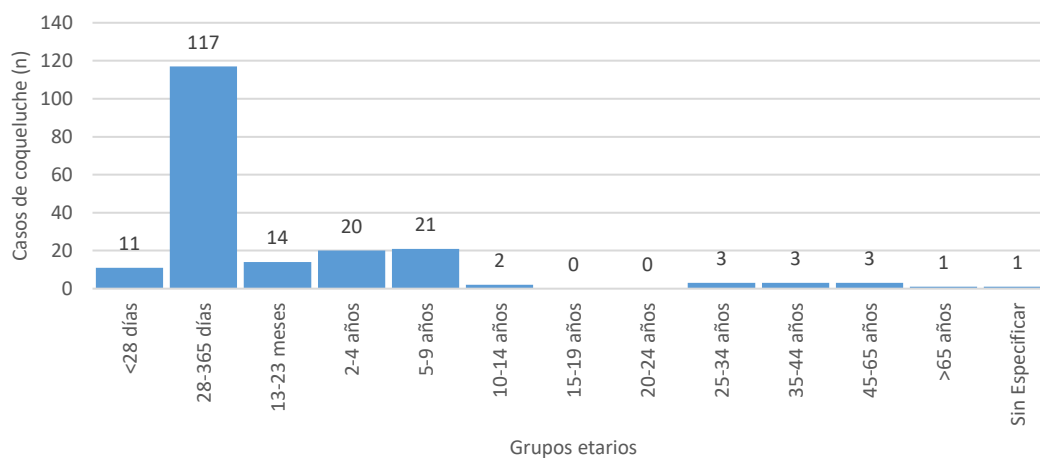
**Grafico 11- Casos de coqueluche confirmados y tasas por 100.000 habitantes según jurisdicción de residencia. Argentina 2022.**



Fuente: Elaboración propia de DICEI en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2 - SIVILA) y SNVS2.0.

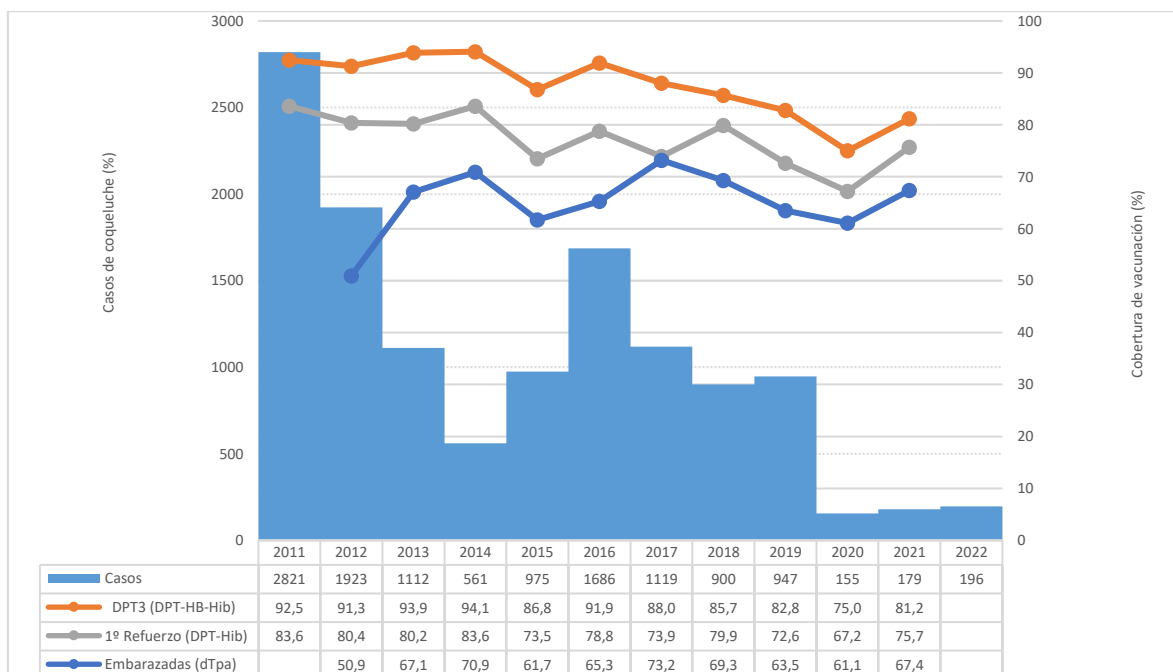
La distribución por edad mostró que el 65,3% de los casos confirmados fueron menores de 1 año y los menores de 1 mes representaron el 5,6%.

**Grafico 12- Casos de coqueluche confirmados por grupo etario. Argentina 2022.**



Fuente: Elaboración propia de DICEI en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2 - SIVILA) y SNVS2.0.

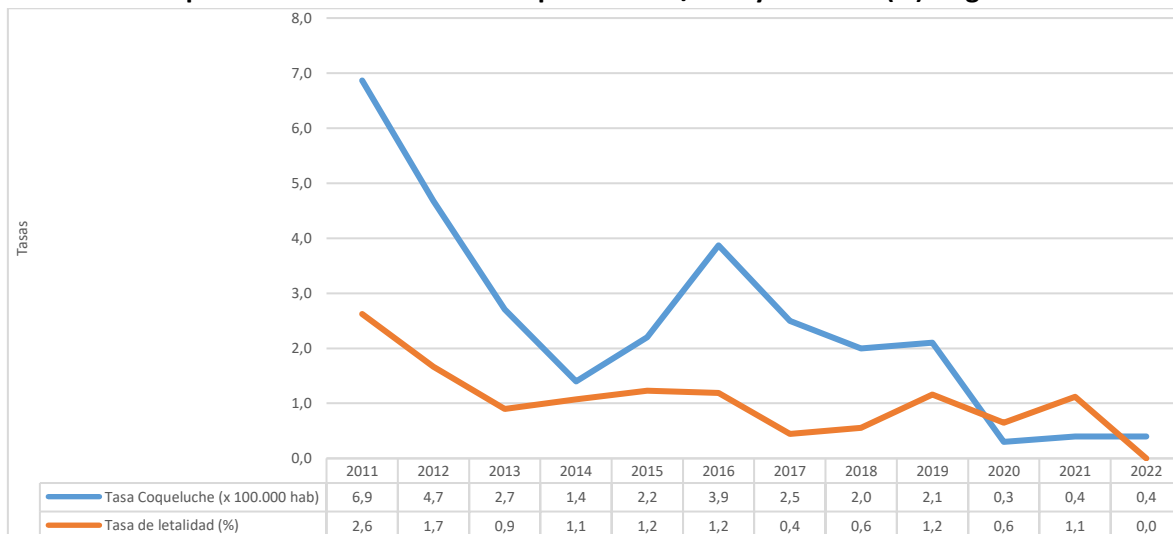
**Grafico 13- Coqueluche. Casos confirmados y coberturas de vacunación con componente pertussis. Argentina 2011-2022.**



Fuente: DICEI en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2 -SIVILA) y SNVS2.0.

Las tasas de letalidad muestran una tendencia en descenso sostenido a pesar de los cambios en la incidencia de la enfermedad.

**Gráfico 14- Coqueluche. Tasas de incidencia por 100.000/hab. y letalidad (%). Argentina 2011-2022.**



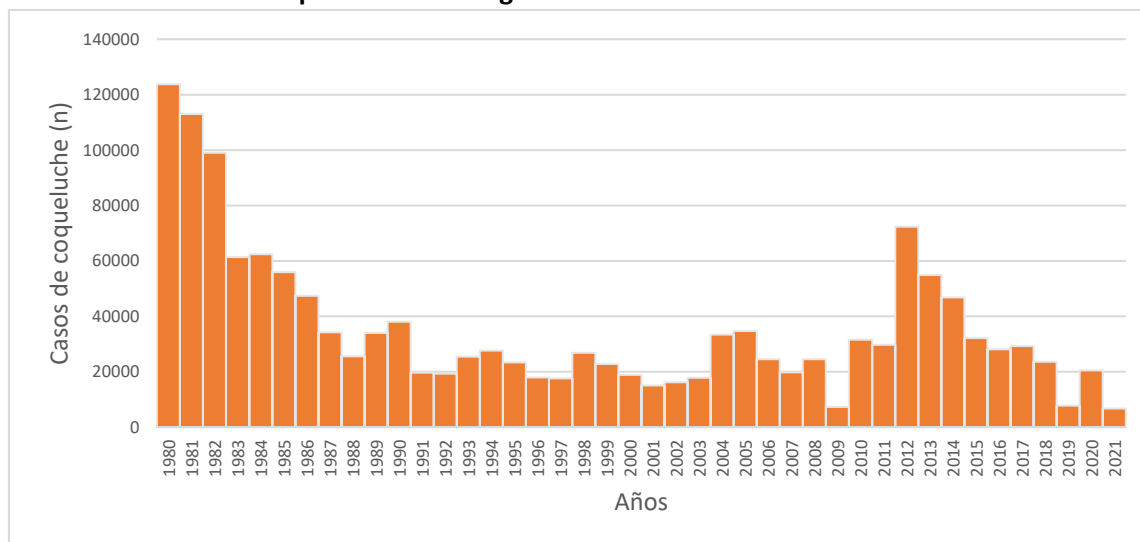
Fuente: DICEI en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2 SIVILA- SNVS2.0), Dirección de Estadísticas e Información de Salud y de los informes jurisdiccionales.

## SITUACIÓN INTERNACIONAL

Durante más de 40 años, las vacunas contra la tos ferina han sido muy eficaces y han evitado alrededor de 760.000 muertes en todo el mundo cada año. No obstante, la enfermedad sigue imponiendo una carga elevada: todavía hay 50 millones de casos y 300.000 muertes al año, principalmente entre los lactantes.

En la región de las Américas en el año 2021 se registró el menor número de casos de la serie de los últimos 40 años, este fenómeno después de la pandemia de COVID-19 y ante el descenso de las coberturas de vacunación, permite pensar que exista la posibilidad que la enfermedad actualmente esté subdiagnosticada o subregistrada.

**Gráfico 15- Casos de coqueluche en la región de las Américas. 1980-2021**



Fuente: Elaboración DiCEI en base a datos de la Organización Mundial de la Salud. ([https://apps.who.int/gho/data/view.main.1520\\_43?lang=en](https://apps.who.int/gho/data/view.main.1520_43?lang=en) Acceso Febrero de 2023)

Más información sobre vigilancia epidemiológica y prevención de coqueluche

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/eventos-de-notificacion-obligatoria>

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ficha-de-investigacion-de-casos-de-coqueluche>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas>

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN

El esquema de vacunación contra coqueluche incluye un esquema primario de tres dosis durante el primer año de vida (2, 4 y 6 meses) en forma de vacuna quintuple celular, y refuerzos a los 15-18 meses (quintuple celular), 5-6 años (triple bacteriana celular), 11 años (triple bacteriana acelular) y en cada embarazo (triple bacteriana acelular).

En el personal de salud en contacto con niños menores de un año está indicada una dosis de triple bacteriana acelular cada 5 años.

Se calcula que la eficacia de la vacuna en personas que han recibido como mínimo cuatro dosis es de 80%; la protección es mayor contra la enfermedad grave. La inmunización activa que se inicia después de la exposición no protegerá contra la enfermedad que surja por tal exposición, pero tampoco está contraindicada. La inmunización pasiva es ineficaz. La vacuna contra *B. pertussis* no protege de la infección por *B. parapertussis*.

Los casos confirmados deberán continuar con el esquema de vacunación según corresponda ya que la infección natural no confiere inmunidad duradera, pudiendo existir reinfección.

## MEDIDAS ANTE UN CASO:

- Todos los casos sospechosos de coqueluche identificados que se encuentren sintomáticos deben aislarse al momento de la consulta bajo medidas de aislamiento de gota (colocar un barbijo quirúrgico al paciente en la medida de ser posible hasta realizar el aislamiento efectivo), debe tomarse una muestra de aspirado o hisopado nasofaríngeo y/o suero e iniciar tratamiento antibiótico específico. Los macrólidos acortan el período de transmisibilidad y pueden modificar la evolución clínica si se los administra durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad, pero no aplacan los síntomas cuando se administran durante la fase paroxística.
- En caso de permanecer internados, el aislamiento se debe mantener hasta completar 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos.
- En caso de manejo ambulatorio, los casos sospechosos deben aislarse de los lugares habituales donde desarrollan sus actividades hasta completados los 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta los 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos.

Antibióticos recomendados para el tratamiento y la profilaxis post-exposición de *B. Pertussis* en lactantes, niños, adolescentes y adultos:

Edad	Azitromicina	Eritromicina	Clarithromicina	Trimetoprima-Sulfametoxazol TMP-SMZ **
Menor de 1 mes	10 mg/kg/día dosis única por 5 días De primera elección.	40-50 mg/kg/día en 4 dosis por 14 días. No de primera elección*	No recomendado (no hay datos de seguridad)	Contraindicado en menores de 2 meses (riesgo de kernicterus)
1-5 meses	10 mg/kg/día dosis única por 5 días	40-50 mg/kg/día dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 7 días	En >2 meses: TMP 8 mg/kg/día y SMZ 40 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 14 días
Infantes (≥ 6 meses) y niños	10 mg/kg como dosis única el primer día (máximo 500 mg); luego 5 mg/kg como dosis única desde el día 2 al 5 (máximo 250 mg/día).	40-50 mg/kg/día (máximo 2 gr/día) dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/kg/día (máximo 1 gr/día) dividido en 2 dosis por 7 días	TMP 8 mg/kg/día y SMZ 40 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 14 días
Adolescentes y Adultos	500 mg como dosis única el primer día; luego 250 mg como dosis única desde el día 2 al 5	2 gramos /día dividido en 4 dosis por 14 días	1 gramo/día dividido en 2 dosis por 7 días	TMP 320 mg/día y SMZ 1600 mg/día dividido en 2 dosis por 14 días

\*La azitromicina es el macrólido de elección en los menores de 1 mes por el riesgo de hipertrofia pilórica asociado a eritromicina.

---

Es fundamental que los equipos de salud sospechen de forma temprana la enfermedad y se realice una administración adecuada del tratamiento.

---

## RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

- ✓ Mantener el Calendario Nacional de Vacunación al día:  
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/calendario-nacional-de-vacunacion-2022>

## RABIA HUMANA

La rabia es una zoonosis de origen viral que afecta al sistema nervioso central (SNC) de todas las especies de mamíferos, incluido el hombre, que en la gran mayoría de los casos presenta un desenlace fatal. Está distribuida en todo el mundo y es la responsable de la muerte de más de 60.000 personas por año, por lo que la importancia de la rabia para la salud pública, tanto en Argentina como en el mundo, radica en la alta letalidad que presenta la enfermedad, siendo una enfermedad inmunoprevenible, tanto en animales como en humanos, y es precisamente la inmunización el factor fundamental para su control.

El agente etiológico del virus de la rabia pertenece a la familia Rhabdoviridae, del género Lyssavirus. En Argentina se registran principalmente cinco variantes de virus rábico: variantes 1 y 2 (canina), variante 3 (murciélago hematófago) y variantes 4 y 6 (murciélagos insectívoros).

En el ciclo urbano los principales reservorios y fuentes de infección son los perros y los gatos. Existen otros reservorios silvestres (cánidos salvajes y vampiros y murciélagos frugívoros e insectívoros). La rabia se transmite por la inoculación de virus contenido en la saliva de un animal infectado principalmente por mordedura y más raramente por rasguño o lamido de mucosas.

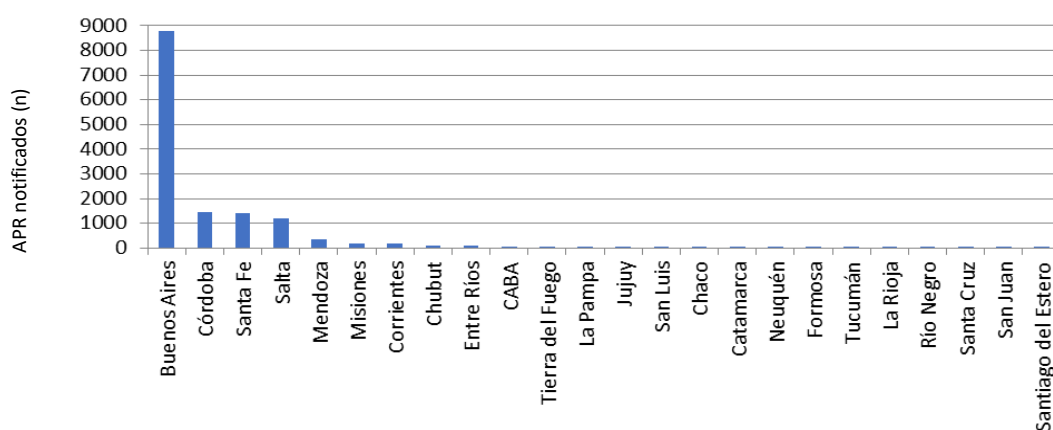
## SITUACIÓN NACIONAL SE 1-52 DE 2022

### 0

Casos confirmados en 2022

- ✓ Durante 2022 no se registraron casos confirmados de rabia humana.
- ✓ Durante 2022 se registraron 14.111 accidentes potencialmente rábicos. El 62,5 % corresponde a Buenos Aires, 10,5% Córdoba, 10% Santa Fe y 8,4% Salta.

**Grafico 16- Accidentes potencialmente rábicos notificados por jurisdicción. Argentina 2022.**



Fuente: DICEI en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2 SIVILA- SNVS2.0).

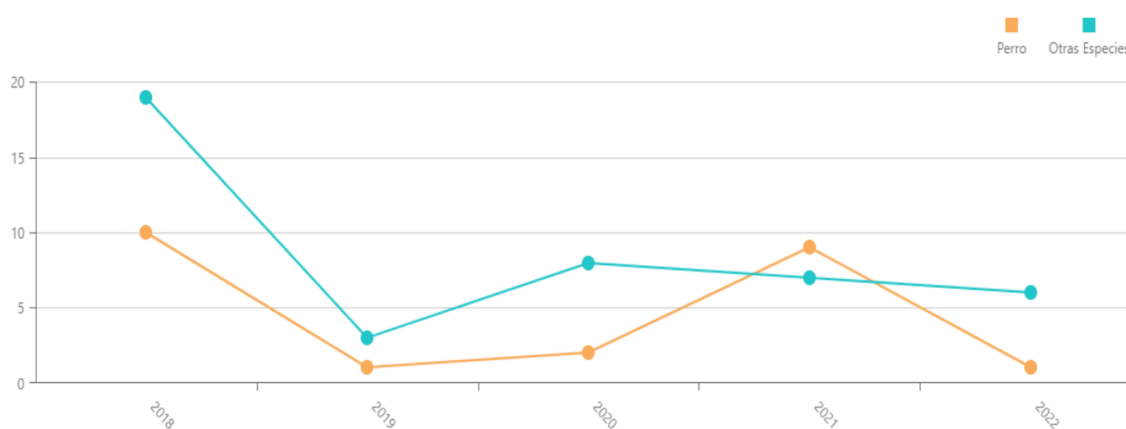
A partir del año 1976, en el que se registraron 19 fallecimientos por rabia, el número se redujo progresivamente hasta el año 2008, en que se produjo el último registro de rabia humana transmitida por perro. En el año 2021 se confirmó el fallecimiento de un caso de rabia humana variante murciélago transmitida por un gato en la provincia de Buenos Aires.

## SITUACIÓN INTERNACIONAL

En la región de las Américas, la incidencia de la rabia humana transmitida por perros se ha reducido cerca del 98%, de más de 300 casos notificados en 1983 a 1 caso en el 2022. La mayoría de los casos humanos actuales se producen debido principalmente a transmisiones de animales silvestres, en su mayoría los murciélagos hematófagos.

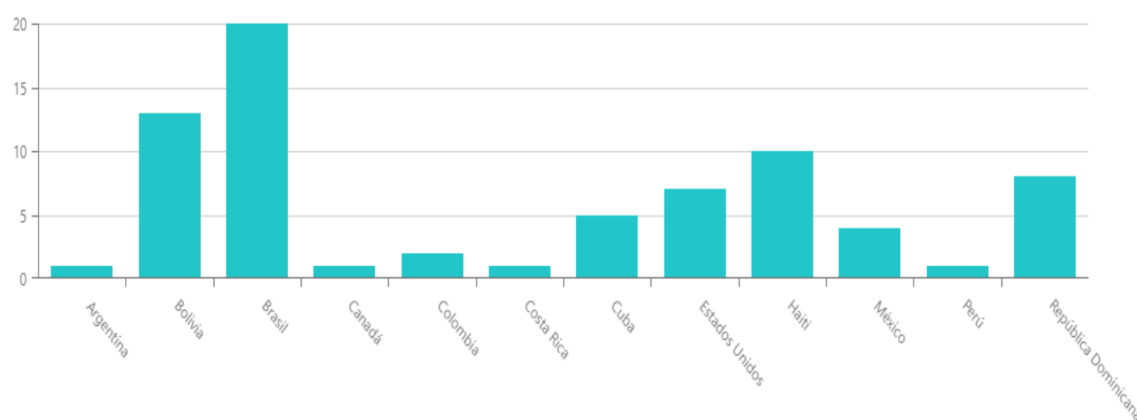
Este avance es el fruto de campañas masivas de vacunación canina a nivel regional, de la sensibilización de la sociedad y de la ampliación de la disponibilidad de la profilaxis pre y post exposición de la población expuesta. Los resultados alcanzados en los últimos 38 años permiten afirmar que el logro de eliminar la rabia humana de origen canina (variante 1 y 2) en el continente americano puede estar cerca.

**Grafico 17- Casos de rabia humana en la región de las Américas, transmitida por perro y por otras especies. 2018-2022.**



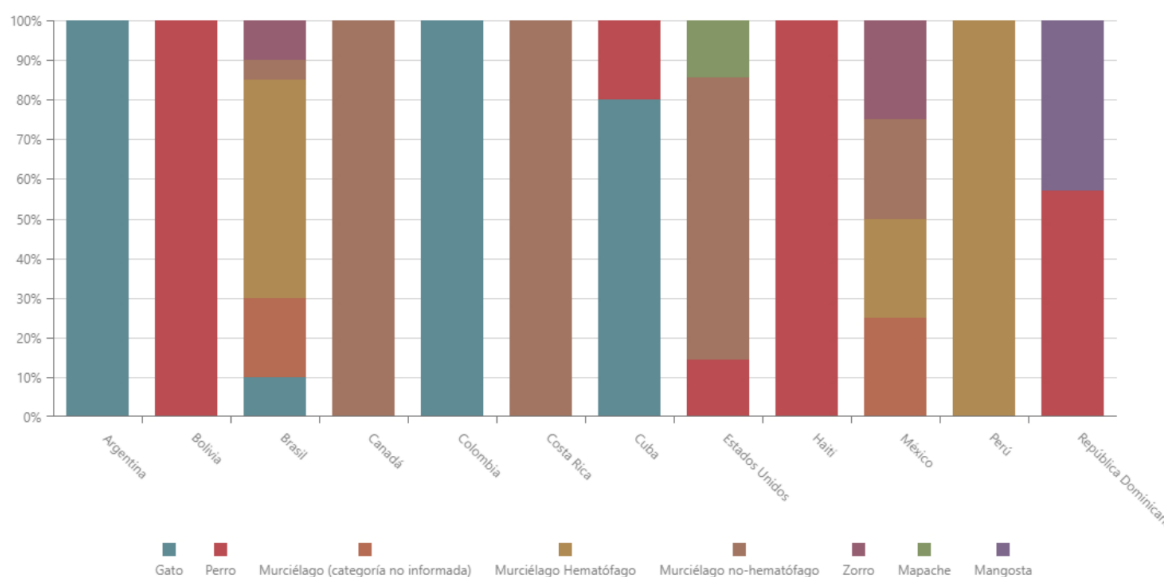
Fuente: Sistema de información regional para la vigilancia epidemiológica de la rabia. SIRVERA (<https://sirvera.panaftosa.org.br/#antigos>)

**Grafico 18- Casos de rabia humana por país, en la región de las Américas. 2018-2022**



Fuente: Sistema de información regional para la vigilancia epidemiológica de la rabia. SIRVERA (<https://sirvera.panaftosa.org.br/#antigos>)

**Grafico 19- Casos de rabia humana por animal transmisor en la región de las Américas. 2018-2022**



Fuente: Sistema de información regional para la vigilancia epidemiológica de la rabia. SIRVERA (<https://sirvera.panaftosa.org.br/#antigos>)

Más información sobre vigilancia epidemiológica y prevención de rabia humana  
<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/eventos-de-notificacion-obligatoria>

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-11/ficha-rabia-humana.pdf>  
<https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas>

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Es imprescindible notificar en forma oportuna todos los casos de accidente potencialmente rábico, así como los casos sospechosos de rabia humana desde el momento mismo de la sospecha. La rabia humana presenta una letalidad cercana al 100% y debido a la disponibilidad de medidas eficaces para su prevención, todo caso humano implica una falla del sistema de salud.

Es obligatorio vacunar a perros y gatos a partir de los 3 meses de edad y revacunarlos anualmente. En caso de brote se pueden considerar otras pautas de vacunación. Evitar el contacto y la alimentación de perros y gatos desconocidos para prevenir accidentes potencialmente rábicos. Evitar el contacto con murciélagos, especialmente si están caídos o con signos de enfermedad. Realizar una consulta médica de inmediato ante mordeduras de perros, gatos, murciélagos u otros animales.

Reforzar la vigilancia de rabia animal y fortalecer la vigilancia epidemiológica de accidentes potencialmente rábicos, con el objetivo de aplicar las medidas adecuadas y oportunas de control, como la observación antirrábica de perros y gatos agresores y la vacunación antirrábica a la persona agredida

## MEDIDAS ANTE UN ACCIDENTE POTENCIALMENTE RÁBICO (APR)

- Ante una mordedura:
  - o Lavar la herida con abundante agua y jabón.
  - o No colocar alcohol ni otro desinfectante.
  - o Concurrir rápidamente al centro de salud más cercano para ser atendido por el equipo de salud.

o El profesional evaluará la necesidad de prescribir antibióticos, vacuna con componente antitetánico y tratamiento antirrábico específico.

- Profilaxis antirrábica post-exposición:

La profilaxis post-exposición (PPE) se basa en la vacunación acompañada o no, según el caso, de la administración de gammaglobulinas antirrábicas.

La vacunación se realizará con vacuna producida en línea de cultivos celulares:

o Esquema de Zagreb (4 dosis en 3 visitas): 2 dosis el día 0 (cada dosis se aplica en un brazo diferente) y 1 dosis los días 7 y 21.

o Esquema de Essen modificado (4 dosis en 4 visitas): los días 0 – 3 – 7 y 14 a 28. No debe utilizarse en pacientes inmunocomprometidos.

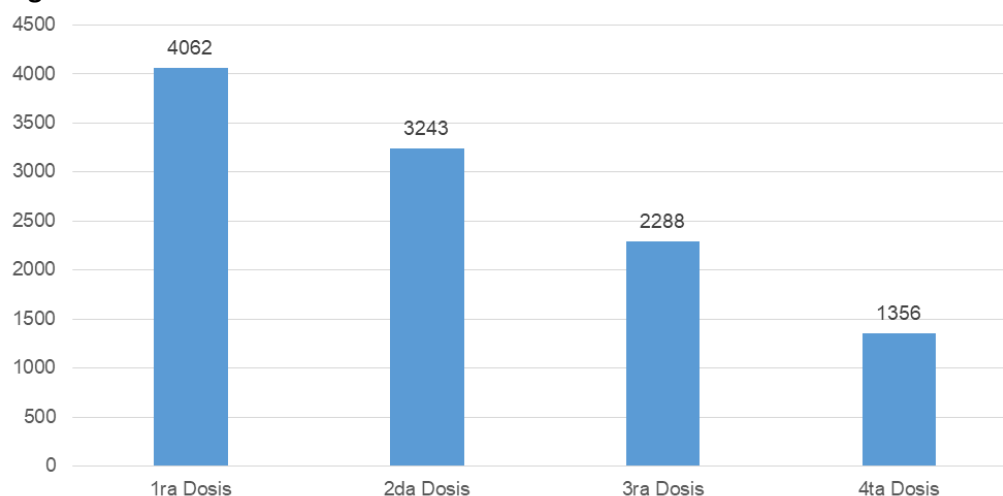
Indicaciones de uso de gammaglobulina antirrábica humana (depende del animal agresor, de la región geográfica y de la persona afectada):

1. Accidente de categoría leve o grave con animal con diagnóstico confirmado de rabia.
2. Accidente de categoría leve o grave con animal doméstico (perro, gato o hurón) o animal silvestre (incluido murciélago y hurón silvestre -Galictis cuja-) NO DISPONIBLES para su diagnóstico por laboratorio: sujeto a la situación epidemiológica del lugar y la decisión de las autoridades sanitarias locales. En lugares en los cuales la rabia es una problemática frecuente debe considerarse como indispensable el uso de gammaglobulina.
3. Accidente leve o grave con animales silvestres (incluido murciélago y hurón silvestre -Galictis cuja) que pudo ser capturado para su diagnóstico de rabia por laboratorio, pero cuyo resultado no se obtiene antes de las 72 horas de sucedido el accidente. En este caso, la aplicación de la gammaglobulina se efectuará a las 72 horas cuando ya se reconozca que no se cuenta con el resultado del laboratorio.
4. Pacientes inmunocomprometidos: paciente bajo tratamiento oncológico o con tratamiento oncológico recientemente finalizado; trasplantados; paciente bajo tratamiento con corticoides en altas dosis por más de 14 días; paciente con infección por VIH/sida que presente un valor de linfocitos CD4 por debajo del valor normal.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación se distribuyen en forma gratuita vacunas antirrábicas de uso veterinario, además de vacunas y gammaglobulinas de uso humano para la profilaxis post exposición a las provincias y municipios. Cada año se observa la tendencia de esquemas incompletos para vacunación antirrábica, notándose una caída importante en la 3ra y 4ta dosis, por lo que es importante reforzar las medidas de implementación para que las coberturas sean acordes, considerando que la vacunación es una medida fundamental para la prevención cuando está indicada de acuerdo a las características del APR.



**Grafico 20- Número de aplicaciones reportadas de vacuna antirrábica humana según dosis. Argentina 2022.**



Fuente: DICEI en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2 SIVILA- SNVS2.0).

---

Es fundamental reforzar la vigilancia epidemiológica de los accidentes potencialmente rábicos e instaurar la profilaxis antirrábica lo antes posible en los casos en los que esté indicada.

Para más información: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-rabia>

---

## RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

- ✓ Mantener el Calendario Nacional de Vacunación al día:  
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/calendario-nacional-de-vacunacion-2022>

## FIEBRE AMARILLA

### FIEBRE AMARILLA HUMANA

La fiebre amarilla (FA) es una enfermedad infecciosa aguda de corta duración y gravedad variable, producida por un arbovirus del género *Flavivirus* y transmitida principalmente por mosquitos de los géneros *Aedes*, *Haemagogus* y *Sabethes*. Los principales reservorios son el hombre en el ciclo urbano, los primates y tal vez marsupiales en el selvático.

La tasa de letalidad general es de 20 a 50%, dependiendo fundamentalmente de la oportunidad y calidad de las medidas de sostén instauradas frente a la presentación de cuadros graves, ya que la enfermedad no posee un tratamiento específico. La enfermedad confiere inmunidad de por vida.

#### Situación nacional SE 1- 52 de 2022

# 219

Casos sospechosos en el 2022

# 0

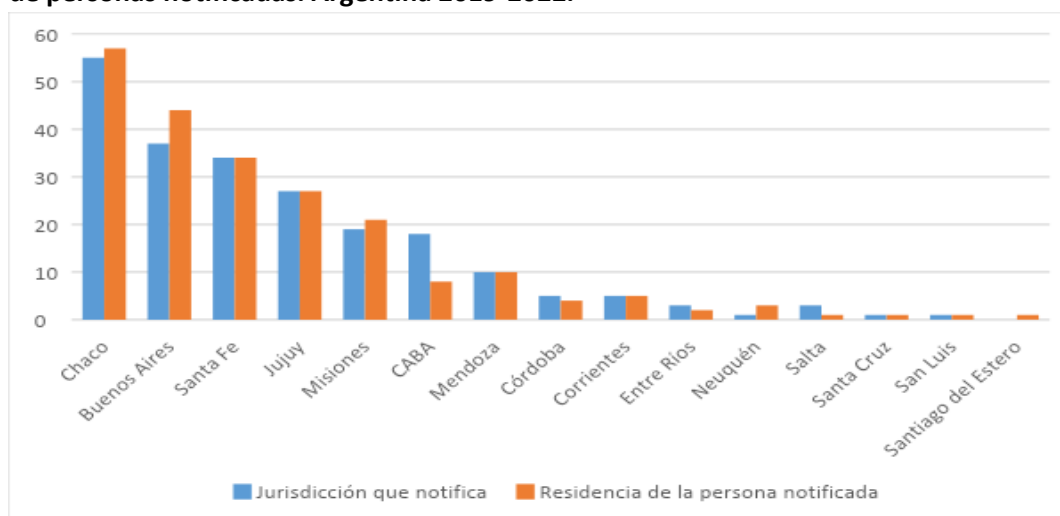
Casos confirmados en 2022

Argentina no presenta casos autóctonos desde el 2008, momento en que presentó un brote relacionado con casos en el sur de Brasil y este de Paraguay. En su territorio presenta zonas de riesgo de circulación de virus de fiebre amarilla por la existencia de vectores selváticos y de primates no humanos susceptibles. Dichas zonas corresponden a las provincias de Misiones, Corrientes, Formosa y algunos departamentos de Chaco, Salta y Jujuy.

La Organización Panamericana de la Salud considera que Argentina se encuentra fuera de la zona endémica de la fiebre amarilla, excepto en las zonas selváticas del nordeste del país que limitan con el sur de Brasil y el este de Paraguay, donde se producen repuntes epizooticos a intervalos irregulares. Por tanto, la provincia de Misiones y parte de la de Corrientes, se consideran territorios “de transición” respecto al riesgo de transmisión de fiebre amarilla. Los brotes ocurridos en dichas zonas ponen de manifiesto la importante dependencia de la situación epidemiológica del sur de Brasil, así como lo sucedido en los últimos casos importados en nuestro país, detectados en el año 2018.

A continuación, se describen los casos notificados al SNVS de fiebre amarilla desde el año 2019. Se puede observar que las provincias que realizan mayor notificación son Chaco, Buenos Aires, Santa Fe y Jujuy coincidiendo con la residencia de los casos sospechosos. El año con mayor notificación fue 2020 con 105 casos y el menor 2021 con 27 casos notificados en todo el país.

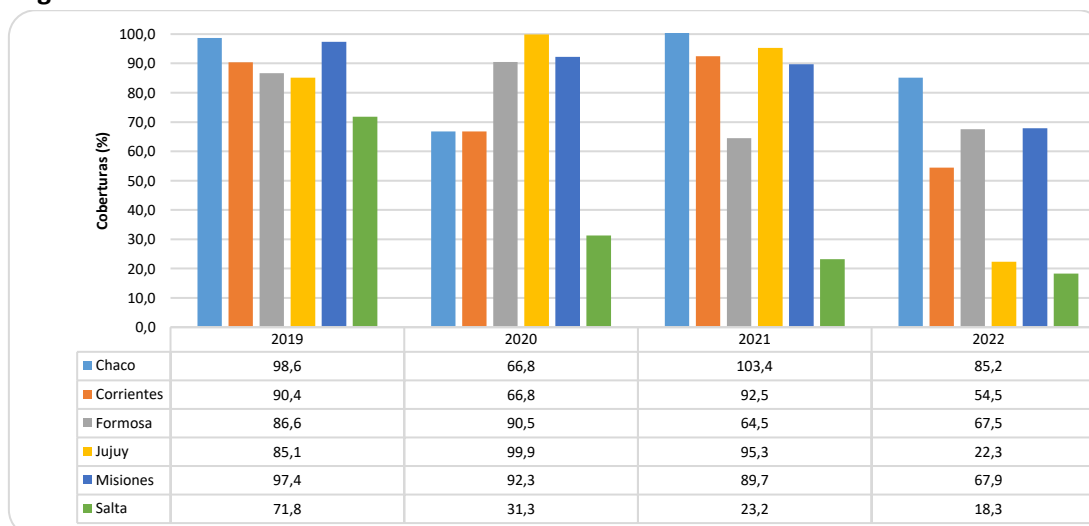
**Grafico 21- Notificaciones de Fiebre Amarilla por jurisdicciones notificantes y lugar de residencia de personas notificadas. Argentina 2019-2022.**



Fuente: DICEI en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2 SIVILA- SNVS2.0).

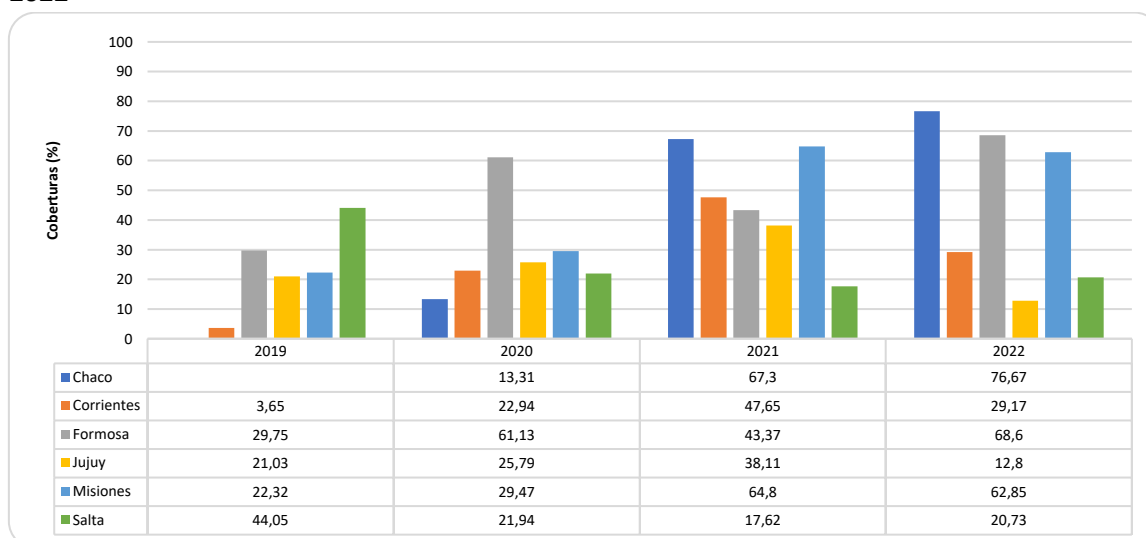
Las coberturas se calculan considerando las dosis aplicadas a los 18 meses y a los 11 años en zonas de transición para FA (corresponden a Calendario Nacional). Estas comprenden el total de Misiones, Corrientes y Formosa; y los departamentos de Anta, Capital, Orán, Rivadavia y San Martín (Salta), Ledesma, San Pedro y Santa Bárbara (Jujuy), y de Bermejo (Chaco). En el gráfico se puede observar la tendencia en descenso de las coberturas de vacunación en la primera dosis en las jurisdicciones mencionadas. Respecto de la dosis de refuerzo se puede observar coberturas menores al 50% en la mayoría de las jurisdicciones con una tendencia en ascenso.

**Grafico 22- Cobertura de 1º dosis de vacuna contra Fiebre Amarilla al año de vida por jurisdicción. Argentina 2019-2022.**



Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles- Registro Nominal de Vacunación (NoMiVac)

**Grafico 23- Cobertura Fiebre Amarilla -Refuerzo (11 años). Por año y jurisdicción. Periodo 2019-2022**



Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles- Registro Nominal de Vacunación (NoMiVac)

## SITUACIÓN INTERNACIONAL

Hay 47 países de África, América Central y Sudamérica en los que la enfermedad es endémica en todo el país o en algunas regiones. En la región de las Américas, en 2022 hubo 16 casos humanos confirmados de fiebre amarilla de los cuales 11 de ellos fallecieron. La distribución de los casos fue en Brasil (Pará y Tocantis), Bolivia (La Paz) y Perú (Ucayali, San Martín y Junín).

Más información sobre vigilancia epidemiológica y prevención de Fiebre Amarilla

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/eventos-de-notificacion-obligatoria>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas>

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/sindrome-febril-agudo-inespecifico-sfai-area-no-endemica>

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Las medidas de prevención son la vacunación y la prevención de picaduras de mosquitos. La vacunación varía según se trate de personas residentes en zona de riesgo de transmisión de fiebre amarilla o de personas que viajen a zonas endémicas.

Respecto a la vacunación de las personas residentes en territorios “de transición” respecto al riesgo de transmisión de fiebre amarilla en la República Argentina (Misiones, Corrientes y Formosa y algunos departamentos de Chaco, Salta y Jujuy) se recomienda:

- Primera dosis: entre los 12 y 18 meses de edad.
- Refuerzo: a los 11 años para quienes iniciaron el esquema antes de los 24 meses.
- Única dosis: entre los 2 y 59 años para quienes no iniciaron el esquema antes de los 24 meses.

Personas viajeras: Se recomienda la vacunación si su destino es una zona con riesgo de transmisión comprobada de fiebre amarilla o por requerimiento del país al que se viaja por provenir de alguna de dichas zonas. Deben recibir esta vacuna al menos diez días antes de arribar al destino quienes no presenten contraindicaciones o precauciones para recibirla. Una sola dosis es suficiente para protegerse a lo largo de toda la vida.

---

Argentina no exige la presentación del certificado internacional de vacunación para el ingreso al país. En el siguiente enlace se pueden consultar cuales son los países que exigen la vacuna:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/febreamarilla/paises-exigen-vacuna>

---

## MEDIDAS ANTE UN CASO SOSPECHOSO

No existe tratamiento antiviral específico para la fiebre amarilla y sólo se realizan medidas de sostén. En aquellos casos de manejo ambulatorio se debe indicar: Reposo. Dar pautas de alarma para consulta de seguimiento inmediata (aparición de sangrados, ictericia, oliguria). Brindar información acerca de la enfermedad, su modo de transmisión y la forma de prevención tanto a la persona enferma como a su familia. Aquellos con síntomas graves (leucopenia, plaquetopenia, oliguria, hemorragias, compromiso hemodinámico) deben internarse para realizar terapia de apoyo. Se debe evitar el contacto de mosquitos con la persona enferma por lo menos durante 5 días desde el comienzo de la enfermedad, por medio de mosquiteros, en lo posible rociados con insecticidas de acción residual, o usando repelentes, o con mallas metálicas.

## RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

- ✓ Se recomienda la vacunación por única vez en personas entre 12 meses y 59 años que viajen a zonas de riesgo para Fiebre Amarilla.
- ✓ Mantener el Calendario Nacional de Vacunación al día:  
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/calendario-nacional-de-vacunacion-2022>
- ✓ Informarse sobre medidas para prevenir diferentes enfermedades transmisibles
- ✓ Evitar las picaduras de mosquito utilizando ropas claras y de mangas y pantalones largos.
- ✓ Evitar permanecer en espacios abiertos durante las horas donde hay más mosquitos: desde el atardecer hasta entrada la noche.
- ✓ Usar repelente en abundancia y renovar la aplicación especialmente si se estuvo en contacto con agua o si se transpira en abundancia.
- ✓ Antes de exponerse al sol, colocarse primero protector solar y luego el repelente.
- ✓ Evitar la reproducción de los mosquitos, vaciando todos los envases que acumulan agua.

## EPIZOOTIAS EN PRIMATES NO HUMANOS

En nuestro país, las especies de primates con potencial de transmisión del virus de la fiebre amarillas identificadas en la actualidad son:

- Género *Alouatta*: *Alouatta caraya* (Formosa, Chaco, Corrientes, Misiones y norte de Santa Fe) y *Alouatta guariba* (Misiones)
- Género *Sapajus*: *Sapajus nigritus* (Misiones), *Sapajus cay* (Salta y Jujuy)
- Género *Aotus*: *Aotus azarae* (Formosa y Chaco)

- Vector selvático: mosquitos de los géneros Haemagogus y Sabethes

La Vigilancia de Epizootias se efectúa con el propósito de prevenir la ocurrencia de casos humanos de Fiebre Amarilla en un sitio determinado, mediante la detección de casos de FA entre PNH, que son utilizados como “centinelas” para alertar tempranamente acerca de la circulación del virus en el sitio. Sus objetivos específicos son: – Detectar precozmente la circulación del virus de la Fiebre Amarilla en su ciclo epizootico. – Prever las potenciales áreas con riesgo de transmisión del Virus de la Fiebre Amarilla.

### Situación nacional SE 1-52 de 2022

Durante el 2022 no se reportaron epizootias al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud.

En el período 2017-2021 se notificaron 25 epizootias en primates no humanos (PNH) por sospecha de FA, en las provincias de Misiones, Corrientes y Formosa. Todas fueron descartadas por el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH).

---

Ficha de notificación:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ficha-de-notificacion-de-epizootias>

---

### MEDIDAS ANTE LA SOSPECHA DE UNA EPIZOOTIA POR FIEBRE AMARILLA

- Puesta en marcha del protocolo de respuesta rápida integral ante la sospecha de epizootia por FA que incluyan, además del componente animal (medidas de bioseguridad, toma de muestras serológicas, virológicas y anatomopatológicas, traslado de cadáveres, etc.) las acciones de investigación y control en terreno relacionadas a otros componentes (vectorial e inmunizaciones, detección y eventual manejo de casos humanos)
- Socialización de protocolo elaborado, y armonización de este con los diferentes protocolos provinciales. Operativización de los protocolos.
- Coordinar acciones destinadas al control de coberturas de vacunación contra FA, identificación y vacunación de la población de susceptibles en las áreas con presencia de epizootias.
- Generación de acuerdos interinstitucionales- interministeriales para la implementación de la respuesta rápida ante la detección de casos sospechosos de epizootia. Evaluar el evento de conformidad con el instrumento de decisión y los criterios contenidos en el Anexo 2 del Reglamento Sanitario Internacional y notificar a la OMS por los canales preestablecidos todos los que cumplan con los requisitos dentro de los plazos establecidos dentro del reglamento: <https://www.paho.org/es/reglamento-sanitario-internacional-rsi>

---

Todas las enfermedades descritas en esta sección constituyen eventos de notificación obligatoria en el marco de la Ley Nacional 15.465 en todas las etapas de su evolución, desde la sospecha. Requieren datos completos sobre la presentación clínica, los antecedentes epidemiológicos, así como los antecedentes de vacunación y los tratamientos aplicados.

---

# ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS



## ALERTAS Y COMUNICACIONES EPIDEMIOLOGICAS NACIONALES: INFLUENZA AVIAR

### INFLUENZA AVIAR DE ALTA PATOGENICIDAD EN LA REGIÓN

El 10 de febrero de 2023 se publicó en la web del Ministerio de Salud de la Nación, comunicación epidemiológica, con información sobre [influenza aviar de alta patogenicidad en la región](#).

Posteriormente con fecha del 15 de febrero de 2023, El Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria ([SENASA](#)) [confirma caso de influenza aviar](#) en un ave migratoria en laguna del portezuelo, provincia de Jujuy.

Se destaca que el riesgo de transmisión a humanos actualmente se considera bajo y, hasta el momento, la enfermedad no se transmite a las personas por el consumo de carne aviar y sus subproductos, por lo que no hay peligro de contagio a través de la ingesta de alimentos.



## 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 08 y el 15 de febrero del 2023.

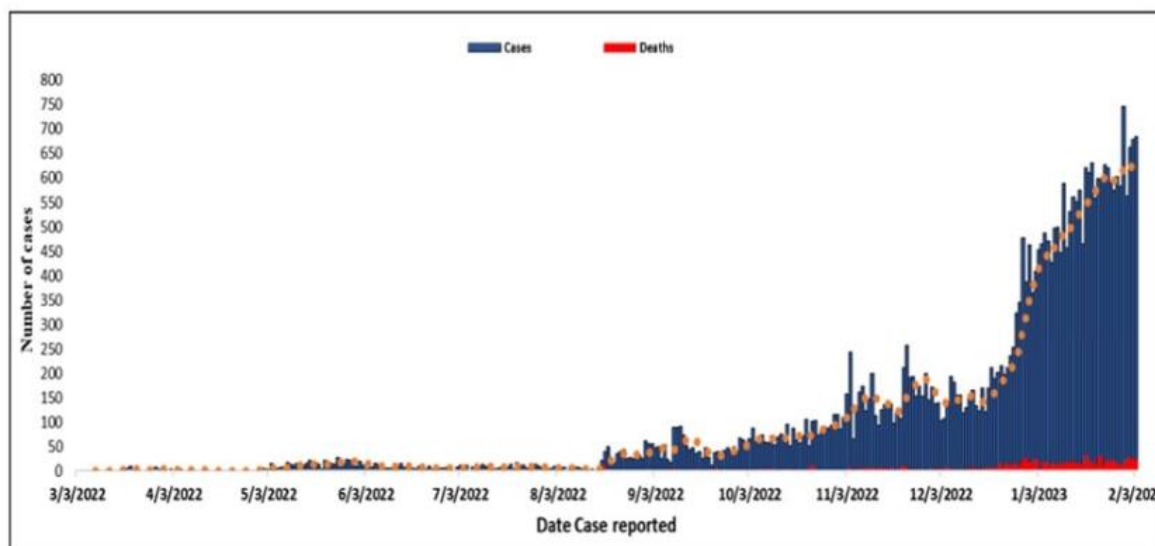
### CÓLERA - MALAWI

9 de febrero 2023

Descripción de la situación: Entre el 3 de marzo de 2022 y el 3 de febrero de 2023, se notificaron un total de 36.943 casos, incluidas 1.210 muertes, en los 29 distritos de Malawi (tasa de letalidad 3,3 %) con transmisión activa en curso en 27 de 29 distritos. Hubo un aumento del 143% en el número de casos en enero (17.078) en comparación con diciembre (7017 casos).

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.

**Gráfico 1. Casos sospechosos y confirmados de cólera (n=36.943) y fallecidos (n=1.210) por día en Malawi desde el 03/03/22 al 03/02/2023.**



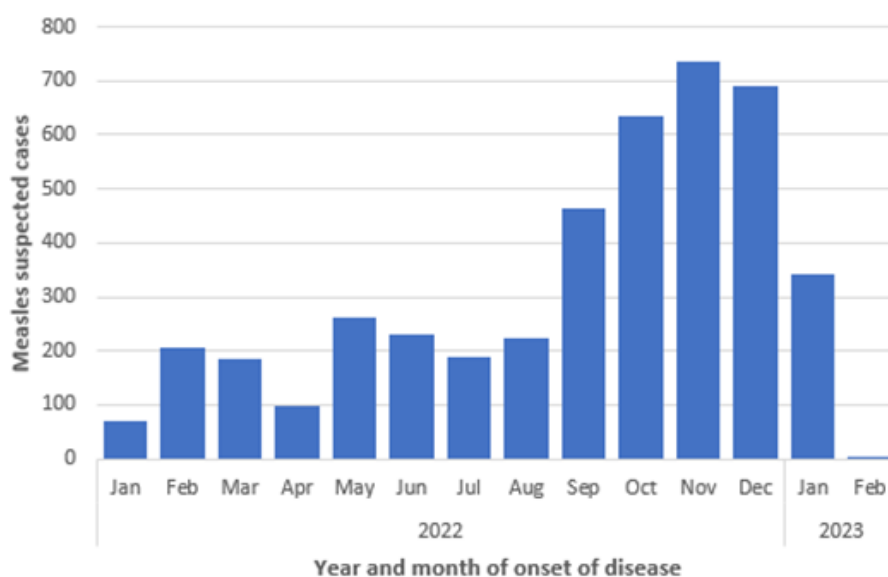
Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON435>

## SARAMPION – SUDAN DEL SUR

10 de febrero 2023

Descripción de la situación: Las autoridades sanitarias de Sudán del Sur han estado respondiendo a un brote de sarampión desde principios de 2022. Del 1 de enero de 2022 al 1 de febrero de 2023, un total de 4.339 casos sospechosos, de los cuales 388 (8,9 %) fueron casos confirmados por laboratorio y 46 muertes (tasa de letalidad: 1,06 %; AR: 1,1/1000 habitantes) en 55 condados de los 10 estados y tres áreas administrativas. De los 4.339 casos sospechosos, 3.187 (73,5%) no están vacunados. Entre los no vacunados, 2.398 (75%) son menores de cinco años y 1.021 (32%) son menores de un año.

**Gráfico 2. Distribución de casos sospechosos de sarampión (n=4.334) reportados en Sudán del Sur entre el 01/01/22 y el 01/02/23.**



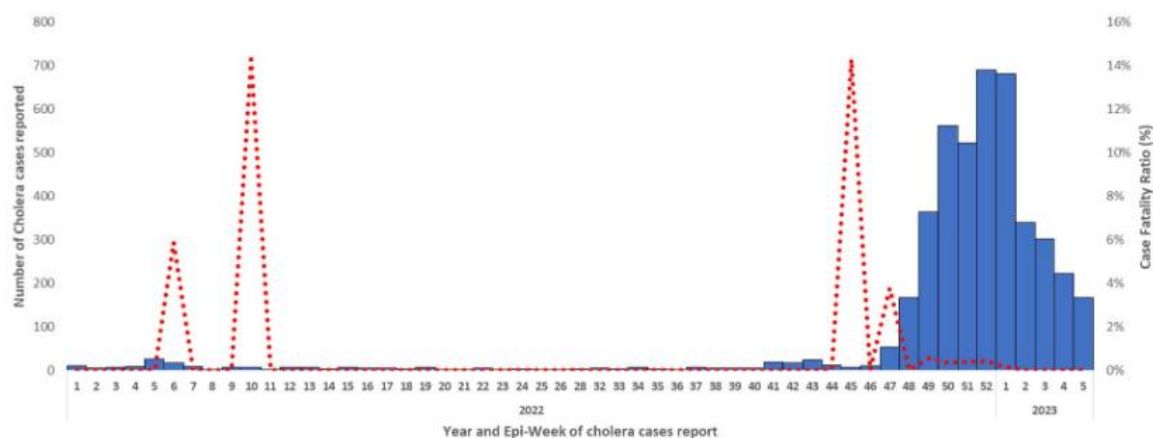
Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON440>

## CÓLERA – REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

10 de febrero 2023

Descripción de la situación: el cólera es endémico en varias provincias de la República Democrática del Congo. Sin embargo, desde mediados de noviembre hasta finales de 2022, ha habido un aumento en el número de casos de cólera notificados en las zonas de salud de Nyiragongo y Karisimbi, en la provincia de Kivu del Norte. Desde entonces, los casos han mostrado una tendencia a la baja.

**Gráfico 3. Casos sospechosos y confirmados de cólera notificados en las áreas sanitarias de Nyiragongo y Karisimbi.**



Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON441>

## CÓLERA – SITUACION GLOBAL

11 de febrero 2023

Descripción de la situación: desde que se publicó la primera noticia sobre el brote de la enfermedad sobre la situación mundial del cólera el 16 de diciembre de 2022, la situación mundial se ha deteriorado aún más y otros países han notificado casos y brotes.

Al 1 de febrero de 2023, al menos 18 países continúan notificando casos de cólera. Dado que, de acuerdo con los patrones de estacionalidad, gran parte del mundo se encuentra actualmente en un período de transmisión interepidémico o bajo, este número podría aumentar en los próximos meses.

La mortalidad asociada a esos brotes es motivo de especial preocupación, ya que muchos países informaron una tasa de letalidad más alta que en años anteriores. La tasa de fatalidad promedio de cólera informado a nivel mundial en 2021 fue del 1,9% (2,9% en África), un aumento significativo por encima de lo aceptable (<1%) y el más alto registrado en más de una década. Los datos preliminares sugieren una tendencia similar para 2022 y 2023.

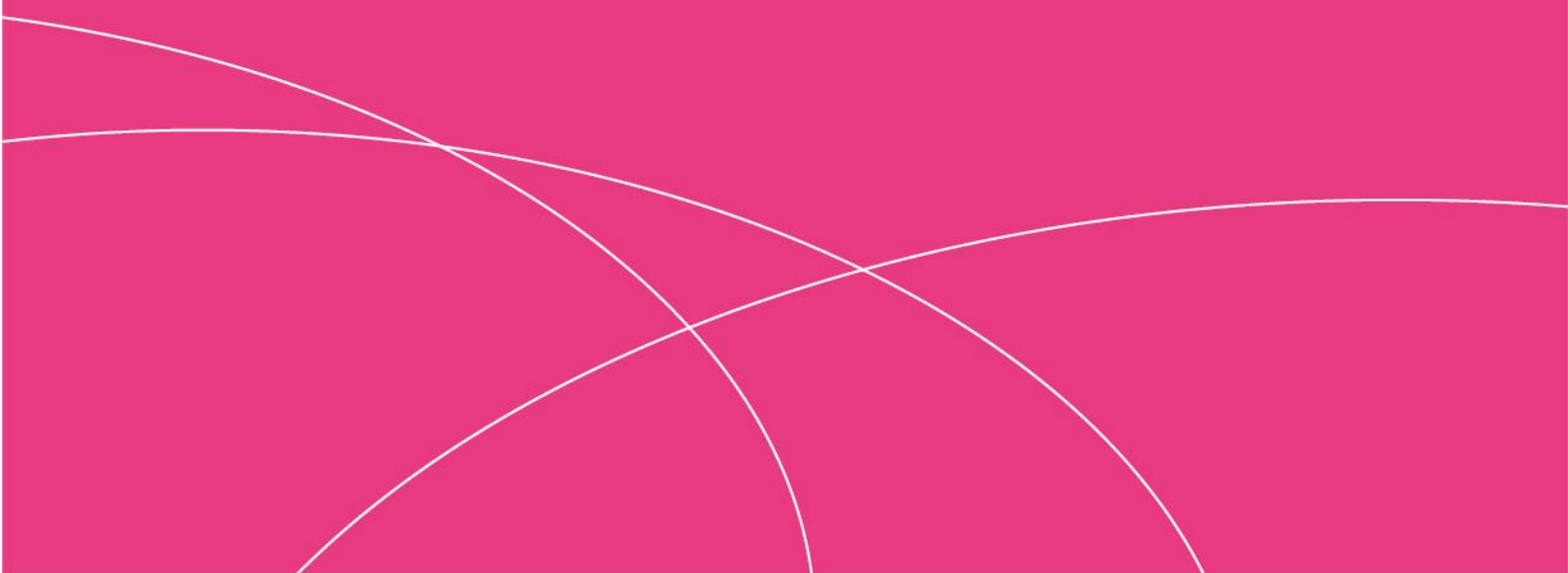
**Gráfico 4. Situación global de brote activos de cólera y diarreas agudas acuosas al 01/02/23.**



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

Data Source: World Health Organization  
Map Production: WHO Health Emergencies Programme  
Map Date: 3 February 2023

# DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES



## INTRODUCCIÓN:

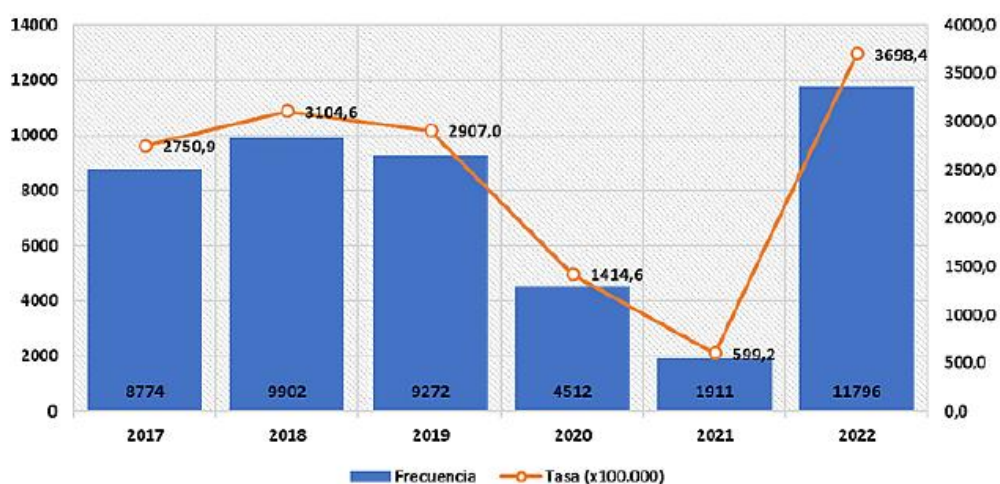
En esta nueva sección se encuentra una selección de eventos analizados por los distintos equipos provinciales en sus respectivos boletines epidemiológicos. El análisis de información epidemiológica en todos los niveles es un indicador importante de la calidad del proceso de la vigilancia epidemiológica. La producción de boletines epidemiológicos jurisdiccionales para la difusión de información representa una importante herramienta para fortalecer las acciones de prevención y control de riesgos para la salud pública.

Por todo ello, a partir de este número del Boletín Epidemiológico Nacional se seleccionarán y referenciarán diferentes situaciones descriptas en dichos boletines con el propósito de apoyar la difusión de los mismos desde el nivel nacional y dirigir al lector hacia dichos boletines para acceder a la información completa sobre las mismas.

## BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA (BEP) VIGILANCIA DE ENFERMEDADES GASTROENTÉRICAS

### DIARREAS AGUDAS

**Gráfico 15. Casos y Tasas (x100.000 hab) de diarrea aguda. Periodo 2017-2022 hasta SE52. La Pampa**



*Fuente: Elaboración propia del Área de vigilancia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS.*

Para más información sobre la situación epidemiológica de la provincia suscribirse al Boletín Epidemiológico de la Provincia de La Pampa (BEP) suscribirse escribiendo al siguiente mail:

[VigilanciaEpidemiologia@lapampa.gob.ar](mailto:VigilanciaEpidemiologia@lapampa.gob.ar)

## BOLETIN EPIDEMIOLOGICO DE SALTA. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS, AGUA O RUTA FECAL-ORAL

Casos semanales y acumulados de principales enfermedades Datos correspondientes a la SE 5 (29/01/2023 - 04/02/2023)

ENO	Casos semanales	Casos acumulados
Botulismo del lactante	0	1
Botulismo	0	0
SUH <sup>4</sup>	0	2
Fiebre tifoidea y paratifoidea	75	310
Brote asociado a ETA <sup>5</sup>	0	0

Fuente: Boletín Epidemiológico de Salta, SE5/2023

Para más información sobre la situación epidemiológica de la provincia de salta consultar su boletín epidemiológico en:

<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

## PROVINCIA DE BUENOS AIRES. ALERTA POR DETECCIÓN DE CASOS AUTÓCTONOS DE FIEBRE CHIKUNGUNYA - SOSPECHA DE BROTE -

El Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires emite la presente alerta ante la detección en la última semana epidemiológica de 3 casos de Fiebre Chikungunya sin antecedente de viaje en los municipios de Almirante Brown (2) y Quilmes (1), que configuran un escenario de sospecha de brote.

[https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines\\_epidemiologicos/alerta\\_epidemiol%C3%B3gica\\_detecci%C3%B3n\\_de\\_casos\\_aut%C3%B3ctonos\\_de](https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos/alerta_epidemiol%C3%B3gica_detecci%C3%B3n_de_casos_aut%C3%B3ctonos_de)



# HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA



## 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<sup>2.0</sup> 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