



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

**SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA**

23

**NÚMERO 657
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

STAFF DE LA DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Este Boletín es posible gracias al trabajo permanente, comprometido y articulado de todos los trabajadores de las diferentes áreas de la Dirección de Epidemiología.

Coordinación de Vigilancia por Laboratorios y gestión de insumos

Karina Martínez, Carlos Harnica, Gregoria Sena, Juan Alberto Mistchenko, María Fernández.

Secretaría, despacho y administración

Paula Pastrana, Vanina Moncada, Fabiana Núñez, Verónica Prieto, Juan Alabedra, Alejandra Calio, Mabel Peralta Zerda.

Área de Vigilancia de la Salud

María Pía Buyayisqui, María Belén Markiewicz, Alexia Echenique, Antonella Vallone, Carla Voto, Estefanía Cáceres, Georgina Martino, Guillermina Pierre, Juan Pablo Ojeda, Julio Tapia, Leonardo Baldiviezo, María Paz Rojas Mena, Mariel Caparelli, Martina Meglia Vivarés, Paula Rosin, Silvina Erazo, Tamara Wainziger, Claudia Ochoa.

Área de Capacitación, Desarrollo y Fortalecimiento de Recursos Humanos en Epidemiología

Laura Bidart, Agustina Page.

Área de Análisis de Información e Investigación

Dalila Rueda, Federico M. Santoro, Silvina Moisés.

Área de alerta y respuesta

Martina Iglesias, Agustina Mortenstern, Camila Domínguez, Fiorella Ottonello, Ignacio Di Pinto, Susana Fernández.

Área de Comunicación

Analí López Almeyda, Sebastián Riera.

Residencia de Epidemiología

Abril Joskowicz, Agustina Natalia Iovane, Andrea Elvia María Baldani, Andrés Hoyos Obando, Daniela Álvarez Marín, Daniela Elena Guma, Florencia Magalí Pisarra, Guido Lucio Galligani, Irene Oks, Juan Manuel Ruales, Julieta Caravario, María Belén Grosso, María Eugenia Chaparro, María Fernanda Martín Aragón, María Lucía Bartolomeu, Martín Koifman, Melisa Adriana Laurora, Mercedes Paz, Natalia Leticia Garatti, Silvana Cecilia Mamani, Soledad Castell, Victoria Hernández, Viviana Cristina Barbetti.

Dirección

Carlos Giovacchini.

AUTORES DE ESTE BOLETÍN

Informe Influenza aviar:

Fiorella Otonello, Ignacio Di Pinto, Camila Dominguez, Martina Iglesias; Abril Joskowicz y Florencia Pisarra. Contó además con la contribución de Eugenia Ferrer¹, Natalia Chuard¹ y Vicente Rea Pidcova¹.

Informe dengue y otros arbovirus:

María Pia Buyayisqui, Irene Oks, María Fernanda Martín Aragón, Daniela Elena Guma, Soledad Castels, Dalila Rueda, Federico M. Santoro y Silvina Moisés. Contó además con la contribución de María Alejandra Morales², Cintia Fabbri³ y Victoria Lupo³, Yael Provecho,³ Teresa Strella⁴ y Carlos Giovacchini.

Informe infecciones respiratorias agudas:

Carla Voto, María Paz Rojas Mena, Dalila Rueda, Federico M. Santoro, Silvina Moisés,

Daniela Guma e Irene Oks. Con la colaboración de Andrea Pontoriero⁵ y Josefina Campos⁶.

Informe especial Enfermedades Inmunoprevenibles

Silvina Neyro⁷, María del Valle Juárez⁷, Octavia Bertachini⁷, María Victoria López⁷, Claudia Lara⁸, Adriana Efron⁸, Nahuel Sánchez Eluchans⁸, Jonathan Zintgraff⁸, Mauricio Santos⁸ y Luciana Moreira⁸

Destacados en boletines jurisdiccionales:

Martín Koifman y Sebastian Riera.

Herramientas para la vigilancia, prevención y respuesta:

Analí Lopez Almeyda.

AGRADECIMIENTOS:

Este boletín es el resultado -y a su vez devolución- del aporte de las más de 25.000 personas que se desempeñan como usuarias del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2,0}), las que proporcionan información de manera sistemática en todos los niveles del sistema de salud y jurisdicciones del país.

Nuestro agradecimiento a todas ellas, a los y las referentes jurisdiccionales de vigilancia epidemiológica y por laboratorios -que tienen a cargo la coordinación y gestión cotidiana del sistema de vigilancia, a los laboratorios nacionales de referencia, las áreas y programas nacionales que colaboran en la configuración, gestión y usos de la información, y a quienes leen y usan el Boletín, quienes son los destinatarios del esfuerzo por informar de la situación epidemiológica en forma continua y oportuna.

IMAGEN DE TAPA:

La vacunación en la niñez (en los primeros meses de vida) protege a los niños y las niñas que son más susceptibles de contraer enfermedades infecciosas potencialmente graves. Aportada por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

1 Programa Nacional de Sanidad Aviar del SENASA

2 Laboratorio Nacional de Referencia para Dengue y otros arbovirus, INEV-ANLIS

3 Dirección de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

4 Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles.

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

6 Plataforma de Genómica, ANLIS.

7 Dirección de Control de Enfermedades inmunoprevenibles-

8 Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS "Dr. C. G. Malbrán

Nota del editor

ROL DEL PERSONAL DE LABORATORIOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN EL DIA DEL BIOQUIMICO

Esta semana se celebró el día del bioquímico/a en Argentina (15 de junio) y queríamos aprovechar esa ocasión para saludar a todos los lectores de este Boletín que tienen esa profesión, y sobre todo destacar el rol que ellos y todo el personal de los laboratorios han ocupado y ocupan en la vigilancia epidemiológica de la Argentina.

La vigilancia por redes nacionales de laboratorios tiene una larga historia contribuyendo con la información nacional sobre eventos notificarles. Esa trayectoria fue retomada y potenciada a través de la implementación, a partir del año 2007, del Sistema de Vigilancia por Laboratorios SIVILA-SNVS desde el año 2007 (módulo del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud en su primera versión web, que formaba parte de la estrategia de fortalecimiento de la vigilancia impulsada por el programa VIGI-A, y que ya contaba con un módulo de vigilancia clínica -SNVS-C2- y de Unidades Centinela -SNVS-UC-, que se habían puesto en marcha desde el año 2004). En esa implementación fue crucial la participación activa y conjunta de los laboratorios nacionales de referencia, de los coordinadores jurisdiccionales de redes de laboratorios y de los miembros de las diferentes redes de laboratorios en cada provincia.

Ese proceso tuvo un muy importante crecimiento y ya para el 2014 podía observarse en los diferentes eventos el impacto que había tenido la inclusión de la información de los laboratorios en el Sistema Nacional de Vigilancia. Para ese entonces ya contribuía a brindar especificidad al sistema, pero también y fundamentalmente mejoró la sensibilidad, aumentando la detección de casos y con ello, a las posibilidades de intervención (Ver <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001300cnt-presentacion-modulo-sivila-de-snvs.pdf>).

Ese reconocimiento también llevó a identificar la necesidad de formalizar ese mismo año y por consenso de las 24 jurisdicciones la [VISIÓN, MISIÓN Y FUNCIONES DEL COORDINADOR PROVINCIAL DEL SISTEMA DE VIGILANCIA POR LABORATORIOS SIVILA-SNVS](#). En ese documento puede leerse: “**A 7 años del comienzo de la implementación oficial y tras un proceso de consolidación en el que la información generada y aportada por los laboratorios de todo el país al Sistema de Vigilancia por Laboratorios (SIVILA-SNVS) contribuye de manera significativa a las acciones de prevención, control y seguimiento de eventos bajo el sistema de vigilancia nacional, surge la necesidad de institucionalizar las responsabilidades atinentes a la coordinación del sistema en cada provincia**”.

Hoy, pasados 16 años del comienzo de aquella implementación, el personal de laboratorios de todos los niveles se constituyó en un actor clave del Sistema Nacional de Vigilancia, trabajando codo a codo con las áreas de epidemiología y control de enfermedades, aportando mucho –entre otras cosas- a la posibilidad de contar con la información que los lectores pueden leer en este Boletín Epidemiológico Nacional.

Por todo esto, queremos enviarles un afectuoso saludo y un profundo agradecimiento por el compromiso, la dedicación y el importante aporte que hacen a la vigilancia epidemiológica.

CG

CONTENIDO

Staff de la Dirección de Epidemiología.....	3
Autores de este boletín.....	4
Rol del personal de laboratorios en el sistema nacional de vigilancia en el día del bioquímico ...	5
SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES	7
Vigilancia de influenza aviar.....	8
EVENTOS PRIORIZADOS	13
Vigilancia de dengue y otros arbovirus.....	14
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	26
INFORMES ESPECIALES	45
Informe general sobre enfermedades inmunoprevenibles	46
ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES	84
Enfermedad por el virus de Marburg - Guinea Ecuatorial	85
Actualización epidemiológica dengue, chikunguña y zika – OPS.....	86
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICIONALES	88
Provincia de Buenos Aires: Vigilancia sindrómica de las Infecciones Respiratorias Agudas	90
Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Chikungunya.....	91
Jujuy: Neumonías.....	92
Salta: Coqueluche.....	93
Santa Fe: Vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios de importancia clínica en pacientes internados	94
Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años.....	95
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA	96
Guía de vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas – Actualizada en junio 2023	97
Vigilancia de internaciones por IRAs en el SNVS.....	98
Recomendaciones para la prevención de infecciones respiratorias agudas en establecimientos de salud – Actualización 2023.....	99

SITUACIONES EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES



VIGILANCIA DE INFLUENZA AVIAR

INTRODUCCIÓN

La influenza aviar (IA) es una enfermedad viral altamente contagiosa que afecta tanto a las aves domésticas como a las silvestres. Aunque con menos frecuencia, también se aislaron virus de influenza aviar en especies de mamíferos, así como en seres humanos. Esta causada por diferentes subtipos del virus de la Influenza A (H5N1, H5N3, H5N8, etc.), cuyas características genéticas evolucionan con gran rapidez. La enfermedad ocurre en todo el mundo, pero los subtipos H5 y H7 son los que ocasionan compromiso en la salud y bienestar de las aves.

En general, las múltiples cepas del virus de influenza aviar pueden clasificarse en dos categorías en función de la gravedad de la enfermedad en las aves de corral:

- Influenza aviar de baja patogenicidad (IABP) que, típicamente, causa pocos o ningún signo clínico;
- Influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) que puede causar signos clínicos graves y, potencialmente, altos índices de mortalidad.

Siempre que los virus de la influenza aviar circulan entre las aves de corral, existe el riesgo de aparición esporádica de infecciones en humanos debido a la exposición a aves infectadas o ambientes contaminados⁹.

Es importante destacar que la enfermedad no se transmite a las personas por el consumo de carne aviar y subproductos aviares, por lo que no ponen en peligro la salud de las personas.

Una vez confirmada la presencia de IA por el SENASA, se desencadena una serie de acciones con el fin de contener rápidamente la enfermedad y su posterior erradicación.

Ante un brote de Influenza aviar se procede a informar a los Ministerios de Salud provinciales involucrados, dado el carácter de zoonosis de la enfermedad por posible contacto estrecho de personas con las aves infectadas.

En el predio afectado, como también en un radio de 10 km se procede a realizar acciones (sacrificio sanitario, restricciones de movimientos, rastreo y vigilancia en la zona) en base a las recomendaciones de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA), con el fin de controlar y detectar precozmente la presencia de la enfermedad en predios vecinos y posibles nexos epidemiológicos.

Los brotes se consideran eventos cerrados cuando se verifica el cumplimiento satisfactorio de las medidas previstas en el plan de contingencia, que incluyen que hayan pasado más de 28 días desde el inicio del brote (lo que corresponde a 2 periodos de incubación de la enfermedad) y que no se hayan detectado durante ese período novedades sanitarias ni resultados positivos en los muestreos en el predio/área del brote ni en la zona de control sanitario de 10 km de radio.

Desde el primer caso de Influenza AH5N1 en aves en Argentina se puso en marcha la vigilancia epidemiológica intensificada de casos de personas expuestas al riesgo (en contacto con aves enfermas o muertas en contexto de brotes de Influenza Aviar) y su seguimiento por 10 días, con el

⁹ [OPS: Actualización epidemiológica: Brotes de Influenza Aviar causados por Influenza A\(H5N1\) en la Región de las Américas. 17/5/2023](#)

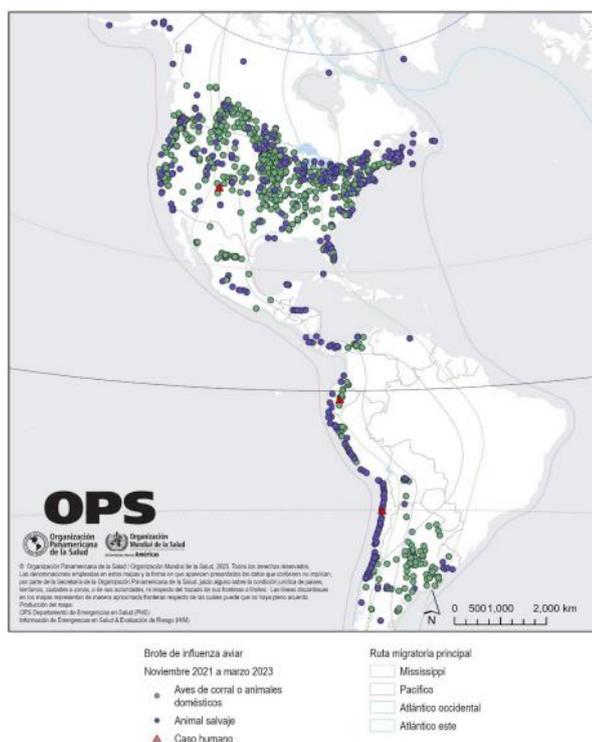
fin de identificar de manera temprana los posibles eventos de transmisión en la interfase humano-animal.

SITUACIÓN REGIONAL

De acuerdo con la *Actualización Epidemiológica Sobre Brotes de Influenza Aviar causados por Influenza A(H5N1) en la Región de Las Américas* emitido por la Organización Panamericana de la Salud, la temporada epidémica de la Influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) continúa con brotes en aves de corral, en aves silvestres y mamíferos, principalmente en las Regiones de Europa, América y Asia. En el periodo epidémico actual, el subtipo A(H5N1) es el predominante y ha provocado una tasa alarmante de aves silvestres muertas y un número creciente de casos en mamíferos, tanto terrestres (incluyendo animales de compañía), como acuáticos, causando morbilidad y mortalidad, lo que aumenta la inquietud acerca de la amenaza que representa para la sanidad de los animales domésticos y silvestres, la biodiversidad y potencialmente para la salud pública

Hasta la semana epidemiológica 19 de 2023 se notificaron brotes de IAAP en aves en 17 países de América y en mamíferos en 5. La detección de brotes de IAAP en 15 países de América Latina y el Caribe es una situación nunca antes registrada. Hasta la fecha y desde la introducción de influenza aviar A(H5N1) en las Américas en 2014, se han registrado tres infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5N1): la primera en los Estados Unidos de América, notificada el 29 de abril de 2022, la segunda en Ecuador, la cual fue notificada el 9 de enero de 2023, y la tercera en Chile, la cual fue notificada el 29 de marzo de 2023.

Figura 1. Brotes de influenza aviar y principales rutas migratorias de aves silvestres. Región de las Américas, hasta la semana 18 de 2023.



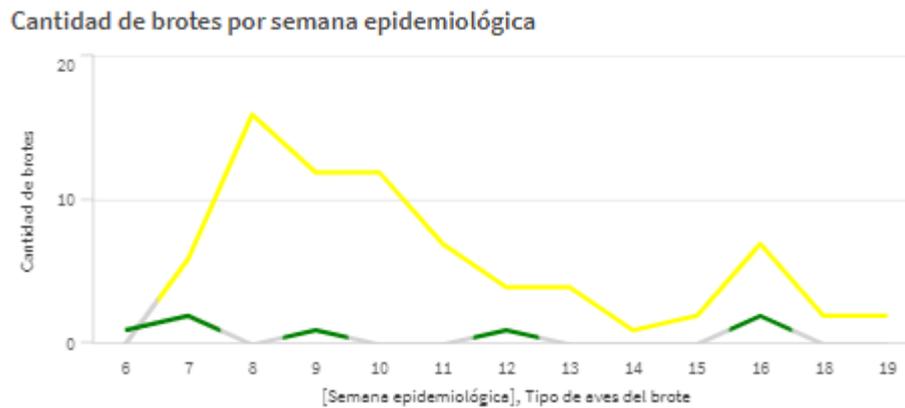
Más información disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-brotes-influenza-aviar-causados-por-influenza-ah5n1-region>

SITUACIÓN NACIONAL DE BROTES DE IAAP EN AVES

Desde el 1 de febrero de 2023 -fecha en que el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) informó la primera detección en el país de IAAP producida por Influenza A(H5N1) realizada en aves silvestres, en la laguna de Pozuelos, Jujuy- hasta el 16/06 se han informado 98 brotes de la enfermedad en aves en 16 provincias, afectando aves silvestres, de traspatio y aves de producción. No se han informado casos en mamíferos hasta la fecha en el país.

Tabla 1. Brotes de influenza aviar notificados por SENASA, según tipo de ave por provincia. Argentina.

Jurisdicción	AVES CORRAL	AVES NO CORRAL		Total
	Positivo Comercial	Positivos silvestre	Positivo traspatio	
BUENOS AIRES	6	1	16	23
CABA				
CATAMARCA				
CHACO			4	4
CHUBUT	1	1	5	7
CORDOBA	1	1	19	21
CORRIENTES			2	2
ENTRE RIOS	2			2
FORMOSA			2	2
JUJUY		1		1
LA PAMPA			2	2
LA RIOJA				
MENDOZA			1	1
MISIONES				
NEUQUEN	3	2	7	12
RIO NEGRO	3		4	7
SALTA			1	1
SAN JUAN				
SAN LUIS			2	2
SANTA CRUZ		1	1	2
SANTA FE	1		8	9
SANTIAGO DEL ESTERO				
TIERRA DEL FUEGO				
TUCUMAN				
TOTAL	17	7	74	98

Gráfico 1: Brotes de IAAP en aves de no corral por semana epidemiológica Argentina.

Fuente: SENASA [Influenza aviar | Argentina.gob.ar](https://www.argentina.gob.ar/senasa/influenza-aviar)¹⁰

Gráfico 2: Brotes de IAAP en aves de corral por semana epidemiológica Argentina.

Fuente: SENASA [Influenza aviar | Argentina.gob.ar](https://www.argentina.gob.ar/senasa/influenza-aviar)¹¹

VIGILANCIA DE LA INTERFASE HUMANO-ANIMAL

Las personas en riesgo de contraer infecciones son aquellas que directa o indirectamente expuestas a aves infectadas (domésticas, silvestres o en cautiverio), por ejemplo, tenedores de aves que mantengan contacto estrecho y regular con aves infectadas o durante el sacrificio o la limpieza y desinfección de las granjas afectadas.

En Argentina, de acuerdo con las recomendaciones regionales, se realiza la identificación temprana de las personas expuestas (en contacto con aves enfermas o muertas en contextos de brotes de

¹⁰ La información actualizada sobre la ocurrencia de brotes está disponible en la web de SENASA en el apartado informes y mapas de brotes <https://www.argentina.gob.ar/senasa/influenza-aviar>.

¹¹ La información actualizada sobre la ocurrencia de brotes está disponible en la web de SENASA en el apartado informes y mapas de brotes <https://www.argentina.gob.ar/senasa/influenza-aviar>.

Influenza Aviar) y su seguimiento durante 10 días para identificar posibles casos sospechosos (aquellos que presenten síntomas dentro del período de seguimiento)¹². A continuación, se presenta la información notificada sobre casos expuestos y sospechosos identificados y estudiados hasta la fecha.

Hasta el momento se han identificado 327 personas expuestas que han sido puestas bajo vigilancia y se han registrado entre ellas 23 casos sospechosos, 20 de los cuales ya han sido descartados por los Centros Nacionales de Influenza y 3 se encuentran en estudio

Tabla 2. Expuestos en seguimiento y casos sospechosos de Influenza Aviar según clasificación por provincia. Argentina. Actualizado al 13/06/2023.

Jurisdicción de carga	Personas expuestas		Casos sospechosos	
	En seguimiento	Finalizó seguimiento	Sospechosos en estudio	Descartados
NACIÓN				1
BUENOS AIRES	12	77	3	10
CHUBUT	10	31		3
CORDOBA		37		
CORRIENTES	5	7		
ENTRE RIOS	1			
FORMOSA		11		
LA PAMPA		5		
MENDOZA	2			
NEUQUEN	6	21		3
RIO NEGRO	2	39		2
SALTA	1	4		1
SAN LUIS		5		
SANTA CRUZ		6		
SANTA FE	6	39		
TOTAL	45	282	3	20

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

¹² Para más información consultar el documento [Influenza Aviar: Vigilancia de personas expuestas a IA y casos sospechosos de IA en humanos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud-SNVS 2.0, febrero 2023](#) y la [ficha de notificación para casos sospechosos de Influenza Aviar](#)

EVENTOS PRIORIZADOS



VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

INTRODUCCIÓN

Para los datos nacionales, el informe se confeccionó con información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud notificada hasta el día 11 de junio de 2023. El período de análisis de esta edición es el comprendido entre la SE 31/2022 (31 de julio) hasta la SE 23/2023 de la temporada 2022-2023.

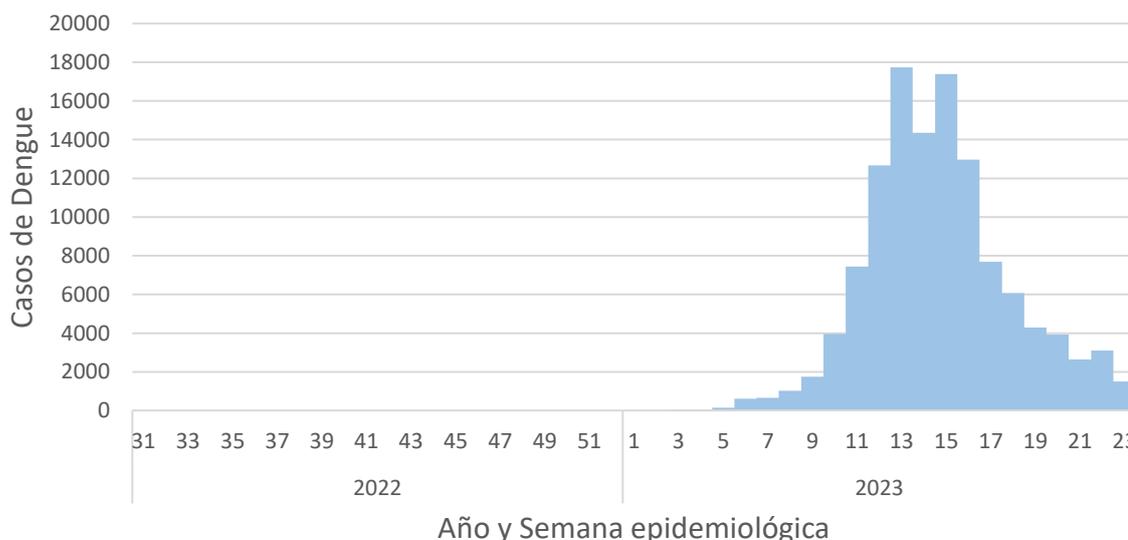
El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de dengue y otros arbovirus se realiza por temporada, entendiendo por tal un período de 52 semanas desde la SE 31 a la 30 del año siguiente, para considerar en conjunto los meses epidémicos.

SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

Hasta la SE 23/2023 se registraron en Argentina **120.036** casos de dengue de los cuales **112.109** son autóctonos, 1.366 importados y 6.561 se encuentran en investigación¹³.

En cuanto a la curva epidémica para el total país (Gráfico 1) se registra un descenso de casos sostenido, luego del pico identificado en la semana 13.

Gráfico 1. Casos de Dengue por SE epidemiológica. SE 31/2022 a SE 23/2023, Argentina.

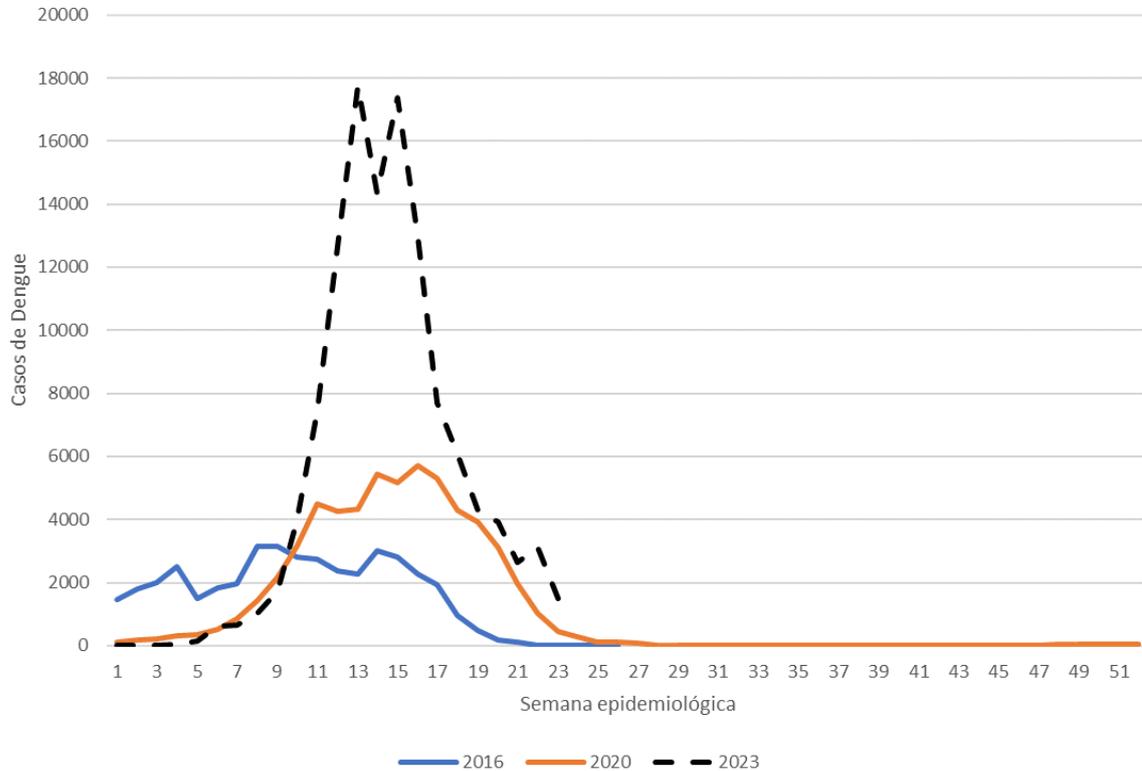


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

¹³ En los que no es posible establecer el sitio de adquisición de la infección con los datos registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia.

En cuanto a la distribución temporal puede observarse que la epidemia sufrida en 2023 ha registrado el mayor número de casos entre las semanas 8 y 23, período similar al que se registró el mayor número de casos de la epidemia anterior ocurrida en el año 2020 coincidiendo en la estacionalidad. En esta temporada, los casos se concentraron en las semanas 8 a 16, con pico en la SE 13, y un posterior descenso paulatino a partir de la SE 17 (Gráfico 2)

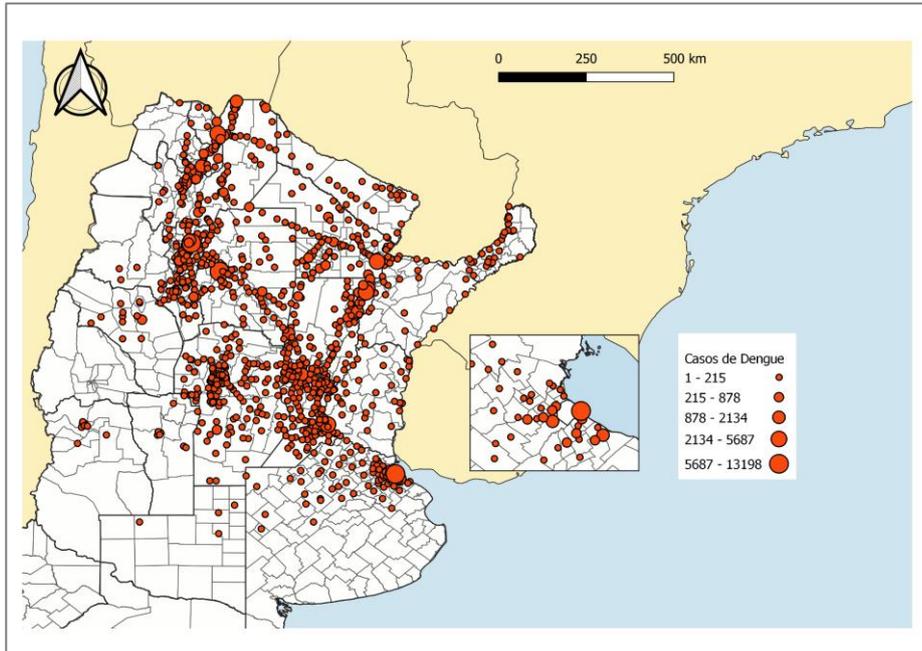
Gráfico 2. Casos de dengue por SE según año. 2018 a 2023 Argentina.



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).

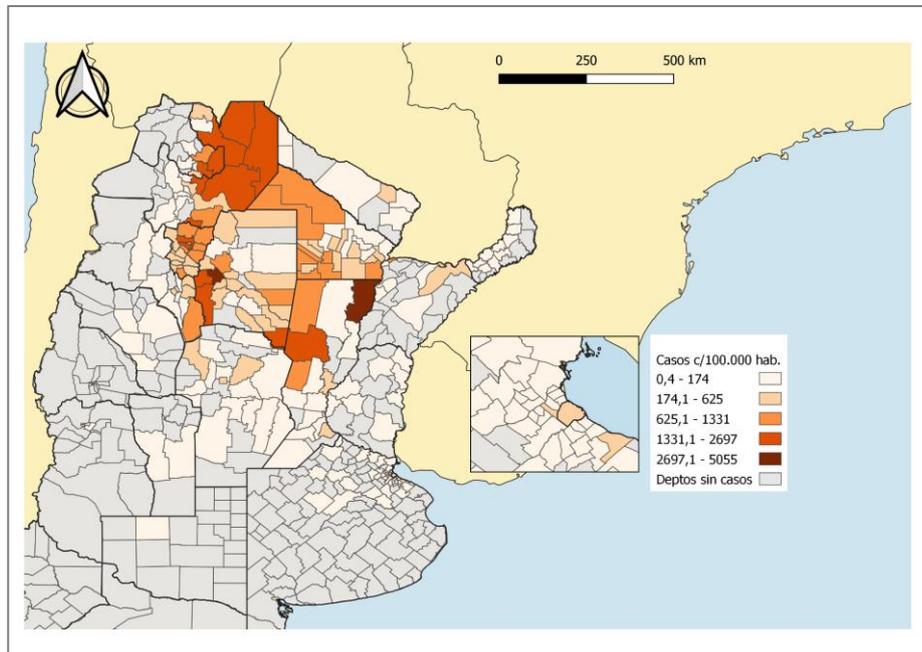
En cuanto a la distribución espacial, **18 jurisdicciones** han confirmado la circulación autóctona de dengue: todas las de la región **Centro** (Buenos Aires, CABA, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe); todas las de la región **NOA** (Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán); todas las de la región **NEA** (Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones), todas las de la **Cuyo** (San Luis y Mendoza) y La Pampa en la región **Sur**.

Mapa 1. Casos de dengue autóctonos y en investigación según localidad de residencia. Argentina. SE 31/2022 a SE 23/2023.



Fuente: Dirección Epidemiología sobre datos del SNVS 2.0 al día 11-06-2026

Mapa 2. Tasa de dengue autóctono cada 100.000 hab. según departamento de residencia. Argentina. SE 31/2022 a SE 23/2023



Fuente: Dirección Epidemiología sobre datos del SNVS 2.0 al día 11-06-2023

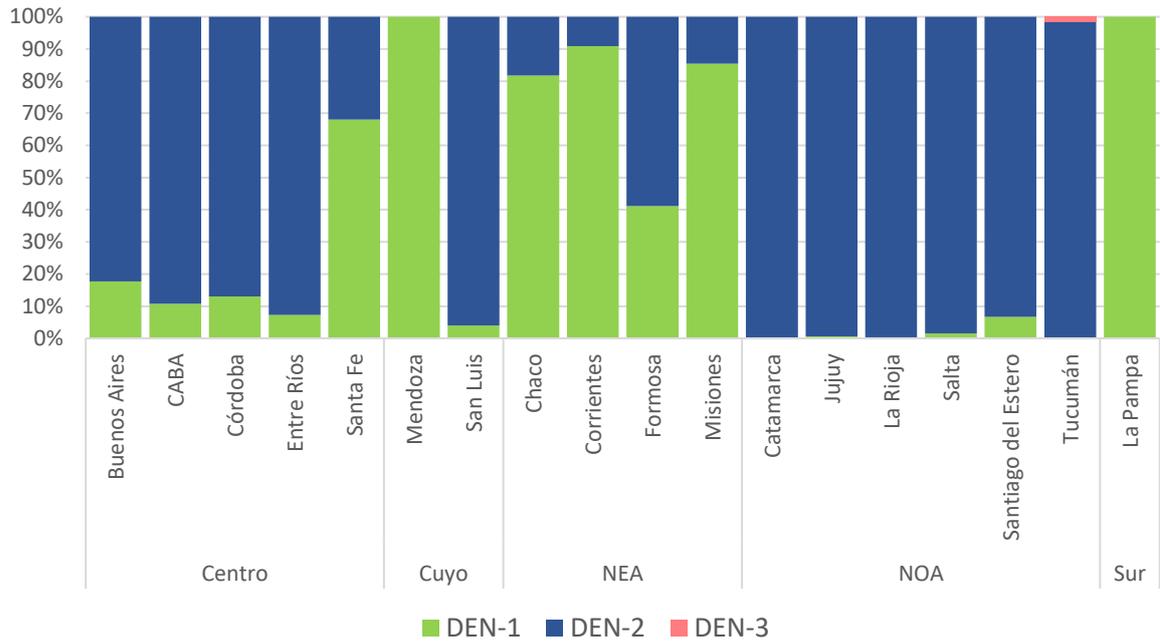
Tabla 1. Casos de dengue según antecedente de adquisición de la infección y total de notificaciones investigadas para dengue. SE 31/2022 a 23/2023.

Provincia	Autóctonos	En Investigación*	Importados	Total casos dengue	Notificaciones totales
Buenos Aires	8.806	1.056	244	10.106	20.753
CABA	11.519	98	278	11.895	21.528
Córdoba	7.238	635	69	7.942	13.312
Entre Ríos	442	83	28	553	1.463
Santa Fe	19.869	1.330	33	21.232	26.090
Centro	47.874	3.202	652	51.728	83.146
Mendoza	2	18	27	47	131
San Juan	0	3	5	8	50
San Luis	23	14	25	62	144
Cuyo	25	35	57	117	325
Chaco	7.831	10	11	7.852	10.081
Corrientes	897	169	16	1.082	2.464
Formosa	445	77	24	546	2.728
Misiones	132	79	20	231	2.206
NEA	9.305	335	71	9.711	17.479
Catamarca	843	88	149	1.080	2.123
Jujuy	4.495	896	77	5.468	7.641
La Rioja	334	53	12	399	1.101
Salta	11.954	1.716	206	13.876	20.658
Santiago del Estero	14.270	133	6	14.409	17.279
Tucumán	23.008	92	13	23.113	28.657
NOA	54.904	2.978	463	58.345	77.459
Chubut	0	0	5	5	21
La Pampa	1	1	27	29	60
Neuquén	0	4	29	33	59
Río Negro	0	1	12	13	23
Santa Cruz	0	4	23	27	62
Tierra del Fuego	0	1	27	28	42
Sur	1	11	123	135	267
Total PAIS	112.109	6.561	1.366	120.036	178.676

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).

Se registró la circulación predominante de DENV-2 identificándose en el 80,25% de los casos subtipificados; seguido de DENV-1, en el 19,70%; y DENV-3, en muy baja circulación, con el 0,05% (Gráfico 3). A nivel regional, DENV-2 predomina en NOA y Centro y DENV-1 en NEA. En Cuyo se registran pocos casos con predominio de DENV-2 en San Luis y DENV-1 en Mendoza. En el Sur se registra un caso autóctono de DENV-1 en La Pampa.

Gráfico 3. Distribución proporcional de serotipos en casos autóctonos según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 31/2022 a SE 23/2023. N=12.809.

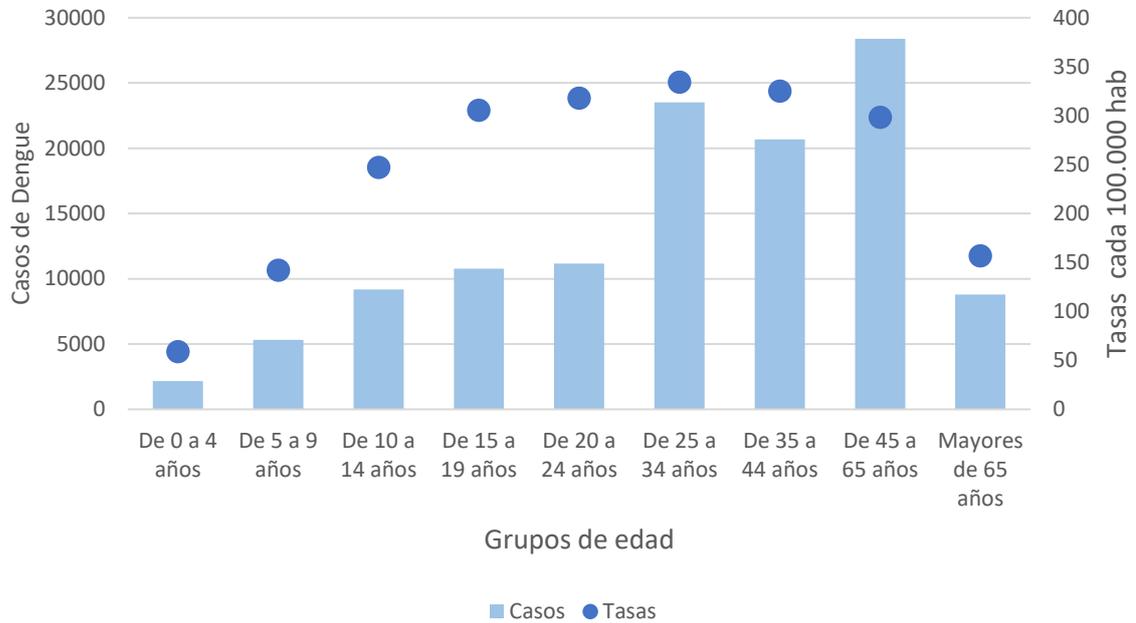


Fuente: elaboración del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a casos notificados al SNVS con identificación de serotipo.

En relación con la tendencia temporal por provincia puede observarse en todas las jurisdicciones el descenso en el número de casos durante las últimas semanas. El comportamiento a nivel país -con 9 semanas por debajo del pico, sin contar la última semana- se verifica también en las jurisdicciones de Buenos Aires, CABA, Córdoba, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán; Catamarca presentó su octava semana de menor número de casos que la anterior sin contar la última y Santa Fe la séptima con la misma tendencia (Ver Gráfico 4).

La incidencia acumulada a nivel país en población general hasta la SE 23 fue de 256,62 casos cada 100.000 habitantes, con valores que superan los 300 en población entre 15 y 65 años menor afectación en niños menores de 10 años y personas mayores de 65 años. (Gráfico 5).

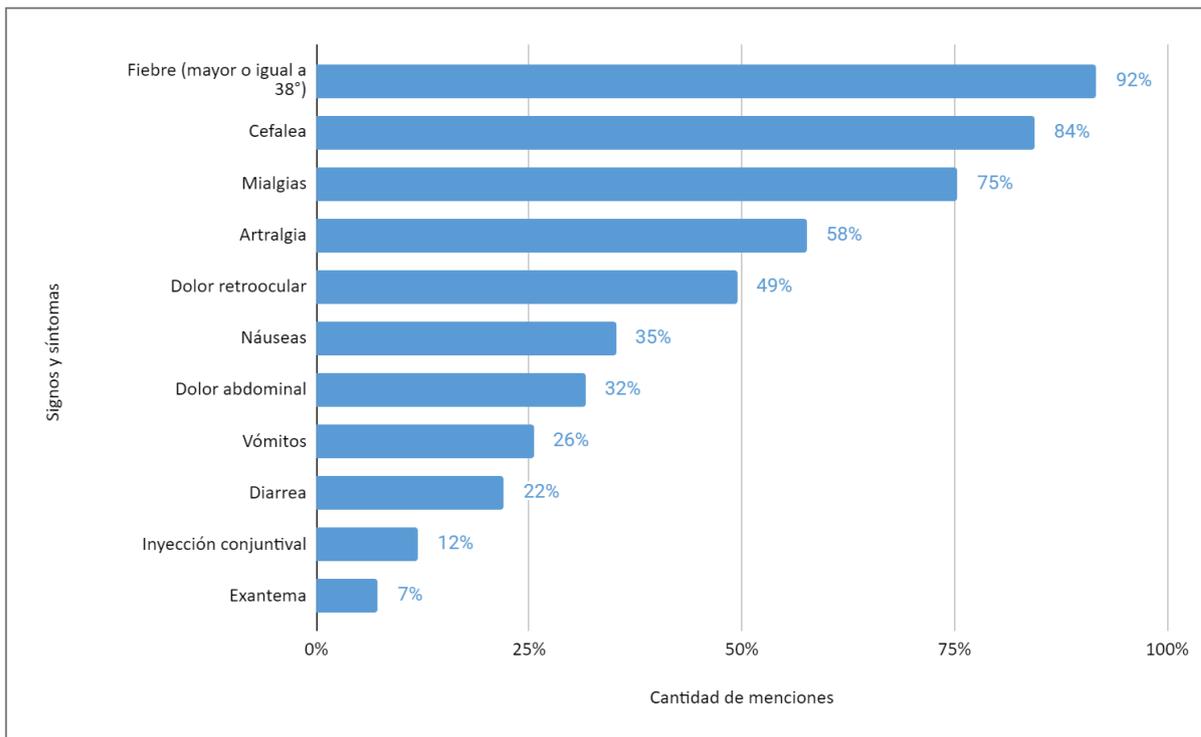
Gráfico 5. Casos y tasas de dengue según grupos de edad. SE 31/2022 a SE 23/2023. Argentina.



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).

Los signos y síntomas más frecuentes entre los casos notificados¹⁴ fueron fiebre, cefalea, mialgias, artralgias y dolor retroocular, seguidos de náuseas, dolor abdominal, vómitos y diarrea.

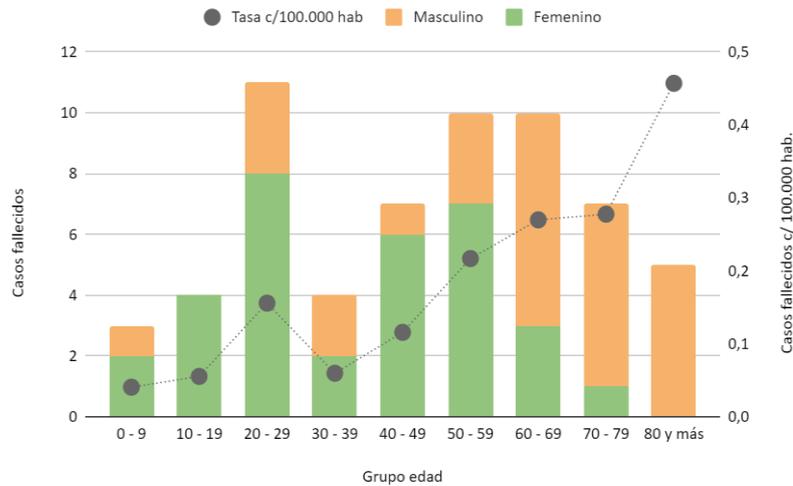
¹⁴ El análisis de signos y síntomas se realizó sobre los casos que tenían datos en la sección Clínica, lo que representa el 48% del universo de casos notificados totales.

Gráfico 6. Signos y síntomas más frecuentes en casos de dengue en la SE 23. (n=57.616)¹⁵

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).

Con 61 casos fallecidos notificados hasta la SE 23/2023, la letalidad se ubica en el 0,05%. El 54% de los casos fallecidos correspondieron a personas de sexo legal femenino y el 46% masculino. En relación a la distribución por edad, se registran casos en todos los grupos con una mediana de 51 años, mínimo menor de 1 año y máximo 87. Las tasas de mortalidad más elevadas corresponden a mayores de 80 años y las más bajas a menores de 20 años.

¹⁵ Se excluyeron casos de dengue sin datos referidos a signos y síntomas.

Gráfico 7. Casos fallecidos según sexo, edades decenales y tasas c/100.000 hab. SE 31/2022 a SE 23/2023 (n=61).

Fuente: Dirección Epidemiología sobre datos del SNVS 2.0

En 35 casos fallecidos se registraron una o más comorbilidades siendo las más frecuentes obesidad, diabetes y enfermedad neurológica crónica, mientras que 17 casos no poseían comorbilidades y en 9 no se registraron datos.

Del total de casos fallecidos, en 34 se pudo identificar el serotipo involucrado: 25 serotipo DENV-2 y 9 serotipo DEN-1 (Tabla 2).

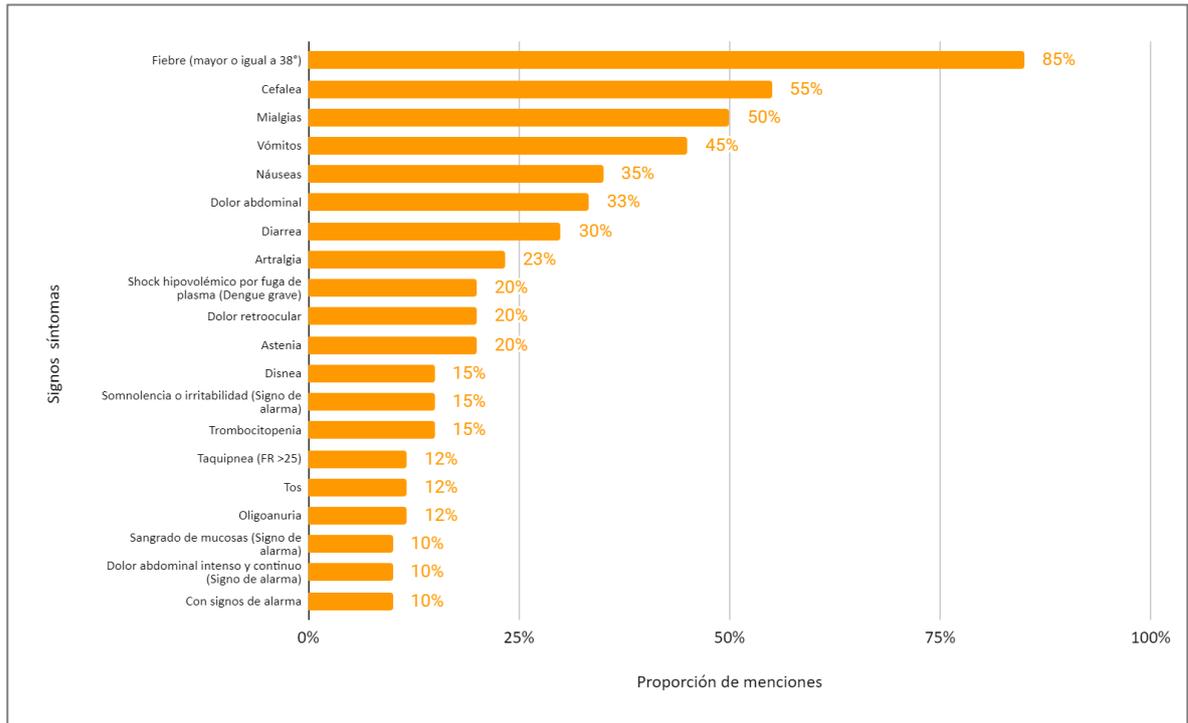
Tabla 2. Casos fallecidos según identificación de serotipo por jurisdicción. Argentina. SE1 a SE23 de 2023.

Provincia	DENV-1	DENV-2	Sin identificación de serotipo	Total
Buenos Aires		2	1	3
CABA		3	5	8
Córdoba	2	1		3
Entre Ríos		1		1
Santa Fe	5	2	2	9
Centro	7	9	8	24
Corrientes			1	1
NEA			1	1
Jujuy		3	8	11
Salta		5	7	12
Santiago del Estero	2	1	1	4
Tucumán		7	2	9
NOA	2	16	18	36
Total PAIS	9	25	27	61

Fuente: Dirección Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0

En cuanto a los signos y síntomas, se reportaron datos en 60 casos fallecidos, siendo los más frecuentes: fiebre, cefalea, mialgias, vómitos, náuseas, dolor abdominal y diarrea.

Gráfico 8. Frecuencia de Signos y síntomas más frecuentes en casos fallecidos (n=60)¹⁶. SE1 a SE23 de 2023.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

SITUACIÓN DE CHIKUNGUNYA EN ARGENTINA

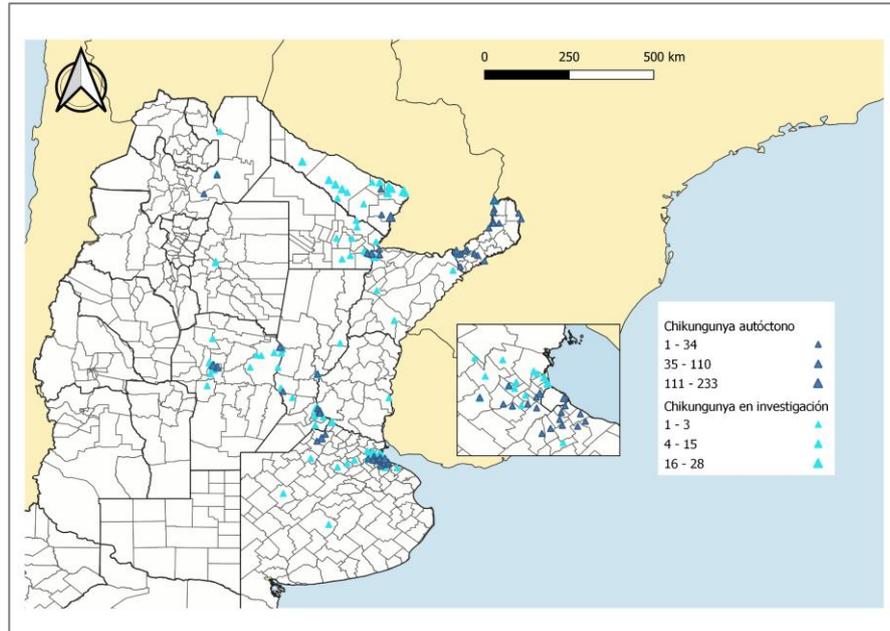
Hasta la SE 23/2023 se registraron en Argentina **2.138** casos de fiebre chikungunya de los cuales **1.496** son autóctonos, **324** son importados y **318** se encuentran en investigación¹⁷.

Hasta el momento **9** jurisdicciones han informado la circulación viral autóctona de fiebre Chikungunya en su territorio: Buenos Aires, CABA, Córdoba, Chaco, Corrientes, Formosa, Misiones, Salta y Santa Fe. Se suman un caso en Entre Ríos, un caso en Mendoza, dos casos en Santiago del Estero, y un caso en Jujuy en investigación. Por último, 12 jurisdicciones notificaron casos importados.

¹⁶ Se excluye un caso fallecido de dengue sin datos referidos a signos y síntomas.

¹⁷ En los que no es posible establecer el sitio de adquisición de la infección con los datos registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Mapa 3. Casos de chikungunya según antecedente de viaje y localidad de residencia. Argentina. SE 31/2022 a SE 23/2023.



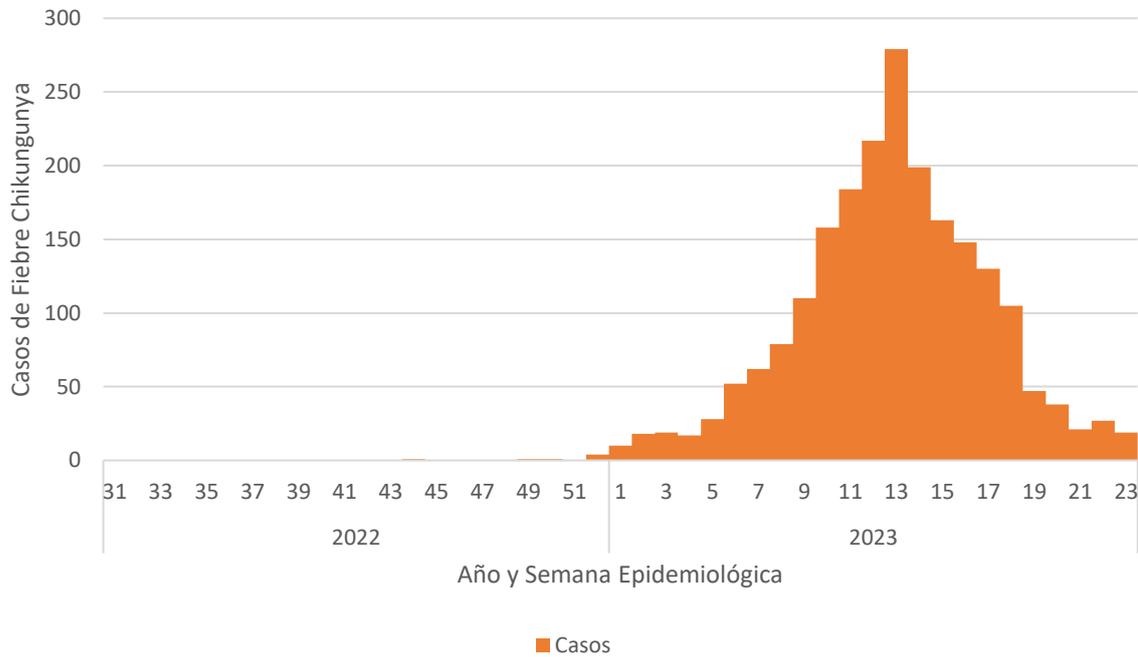
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Tabla 3. Casos de fiebre chikungunya por provincia según antecedente de viaje. SE 31/2022 a 23/2023.

Provincia	Autóctonos*	En investigación*	Importados*	Total casos de Chikungunya	Casos sospechosos investigados
Buenos Aires	473	67	122	662	4.170
CABA	100	2	68	170	616
Córdoba	176	20	9	205	2.308
Entre Ríos	0	1	0	1	31
Santa Fe	116	22	8	146	1.495
Centro	865	112	207	1.184	8.620
Mendoza	0	1	2	3	14
San Juan	0	0	0	0	1
San Luis	0	0	1	1	21
Cuyo	0	1	3	4	36
Chaco	34	14	8	56	488
Corrientes	118	10	12	140	243
Formosa	238	112	53	403	1.869
Misiones	225	64	39	328	647
NEA	615	200	112	927	3.247
Catamarca	0	0	0	0	4
Jujuy	0	1	0	1	260
La Rioja	0	0	0	0	28
Salta	16	2	0	18	160
Santiago del Estero	0	2	0	2	13
Tucumán	0	0	0	0	43
NOA	16	5	0	21	508
Chubut	0	0	0	0	2
La Pampa	0	0	0	0	4
Neuquén	0	0	1	1	3
Río Negro	0	0	0	0	1
Santa Cruz	0	0	1	1	7
Tierra del Fuego	0	0	0	0	2
Sur	0	0	2	2	19
Total PAIS	1.496	318	324	2.138	12.430

En cuanto a la curva de casos por semana epidemiológica a nivel país (Gráfico 1) se registra la octava semana consecutiva con descenso de casos (sin contar la última semana)¹⁸.

Gráfico 11. Casos de Chikungunya por SE epidemiológica. SE 31/2022 a SE 23/2023, Argentina.



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS^{2.0}

El 4 de abril se notificó el primer caso en Argentina de transmisión vertical del virus chikungunya en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, con buena evolución, sin complicaciones asociadas.

ENCEFALITIS DE SAN LUIS

De la 31/2022 hasta la SE 22/2023, se registraron en total 7 casos confirmados de **Encefalitis de San Luis**, 4 de ellos en Buenos Aires y 3 en Entre Ríos. Hasta la semana 23 se reportaron 2 casos fallecidos ambos residentes de Entre Ríos.

¹⁸ Las semanas que se toman para la comparación son las anteriores a la última notificada dado que ésta puede estar influida por el tiempo que se requiere para la detección, registro y notificación. Se toman en cuenta todos los casos notificados por semana de inicio de síntomas (o de toma de muestra o notificación cuando falta el dato) hasta la fecha de corte de la información (en este Boletín esa fecha fue el 28/04/2023)

SITUACIÓN REGIONAL DE DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA

De acuerdo a la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud se presenta la situación epidemiológica de arbovirus en países limítrofes seleccionados al 15/06/2023¹⁹.

Brasil: Hasta la SE 18/2023 se reportaron 1.515.460 casos de dengue y 387 fallecidos, representando un 13% superior al número de casos para la misma semana de 2022. A la misma semana se registraron 124.270 casos de chikungunya (un 4% superior al reportado para el mismo período del año 2022) y 25 fallecidos. A la SE 16/2023 se reportaron 7.352 casos de zika, representando una disminución del 24% respecto de la misma semana del año previo.

Bolivia: De la SE 1 a 22/2023, se registraron 131.782 casos de dengue, 17 veces los casos reportados a la SE 22/2022, y 74 fallecidos. Hasta la misma semana se reportaron 1.287 casos de chikungunya y 793 de Zika, representando 11 y 10 veces respectivamente el número de casos registrados en el mismo período del año 2022. No se reportan fallecidos para estos eventos.

Paraguay: Hasta la SE 22 del 2023 se registraron 88.275²⁰ casos confirmados y probables de chikungunya y 263 fallecidos, durante el mismo período del año previo se reportaron 33 casos. Hasta la SE 22 se reportaron 5.538 casos de dengue y 5 fallecidos, a diferencia de los 220 casos registrados para dicho período en 2022. No se presentan casos de zika.

Perú: A la SE 22 de 2023 se reportaron 130.826 casos de dengue y 201 fallecidos, triplicando el valor de casos observados para el 2022 hasta dicha semana. Hasta la misma semana se registraron 207 casos de chikungunya y 29 casos de zika, presentando en relación al mismo período en 2022 una ligera variación, 4 y 16 casos respectivamente, sin fallecidos reportados.

En relación a los serotipos de dengue, Brasil, Paraguay y Bolivia registran circulación de DEN 1 y DEN 2. Perú por su parte, reporta circulación de los serotipos DEN 1, DEN 2 y DEN 3.

Las diferencias en el número de casos de arbovirosis observadas en los países limítrofes, en relación a la temporada previa, manifiestan una tendencia en aumento a nivel regional.

¹⁹ Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

²⁰ Paraguay modificó la forma de notificación a PLISA. Actualmente se presentan los casos confirmados y probables de Chikungunya, excluyendo los casos sospechosos.

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE LA SE 23/2023

506

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana epidemiológica (SE) 23. De estos, 324 corresponden a dicha semana considerando la fecha de inicio de síntomas o la fecha mínima del caso²¹.

2

Fallecidos con diagnóstico de COVID-19 informados en la semana 23. Uno de ellos corresponde a esa semana, otro a la semana previa.

13,9%↓

Variación de casos confirmados según la fecha mínima del caso en SE 23 respecto a la SE 22 (diferencia de 57 casos).

84,9%↑

Casos acumulados de VSR más que en el mismo período de 2019.

3,57%

Positividad para SARS-CoV-2 por RT-PCR en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 23.

5,88%

Positividad para VSR en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 23.

18,42%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 23.

Se verifica un aumento paulatino de los casos de influenza en contexto de una actividad estacional de VSR adelantada en comparación con años previos. En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de VSR, influenza, parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 23/2023

- ✓ Entre SE01-22 de 2023 se registraron 326.610 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 57.073 casos de Neumonía, 65.512 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 7124 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ La positividad calculada para la SE23/2023 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio es de 3,57% para SARS-CoV-2, 18,42% para Influenza y VSR 5,88%, entre las muestras analizadas por rt-PCR.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, para la SE23/2023 el porcentaje de positividad calculado entre las muestras analizadas para SARS-CoV-2 fue de 3,76%, influenza fue de 20,71% y VSR 75,19%.

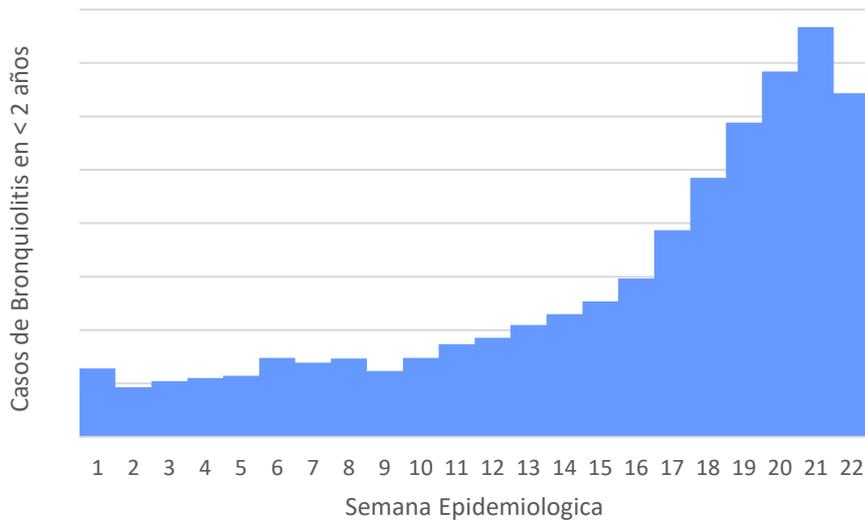
²¹ La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

BRONQUIOLITIS

Entre las semanas 01-22 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 65.512 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 4490,4 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de Bronquiolitis en menores de dos años entre las semanas 1 y 22 del año 2023 en establecimientos con regularidad mayor al 90% muestran un aumento progresivo desde la semana 11 que se acelera en las últimas semanas.

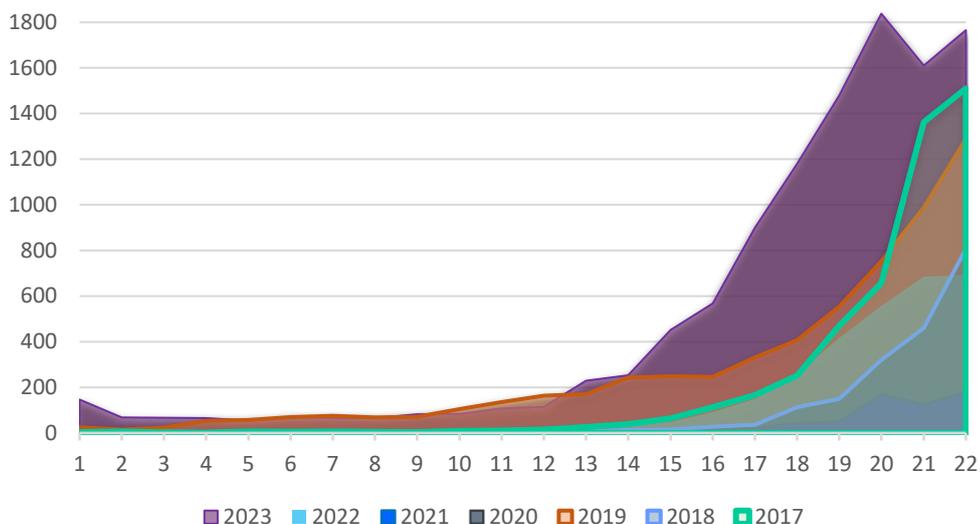
Gráfico 1: Casos de Bronquiolitis en < 2 años notificados por establecimientos con regularidad $\geq 90\%$. SE1-22. Año 2023 Argentina.



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS^{2.0}.

Así mismo, si se comparan los casos de VSR (uno de los principales agentes asociados a casos de bronquiolitis) acumulados entre SE1 y 22 de 2023 con lo notificado en el mismo periodo de los últimos años, se verifica que en el año en curso se registró hasta el momento un número de casos 84,9% mayor al registrado para el mismo período del 2019, año con el mayor número de casos de los últimos 6 años. Esa diferencia en mayor número de casos de 2023 se presenta particularmente entre las semanas 15 y 20.

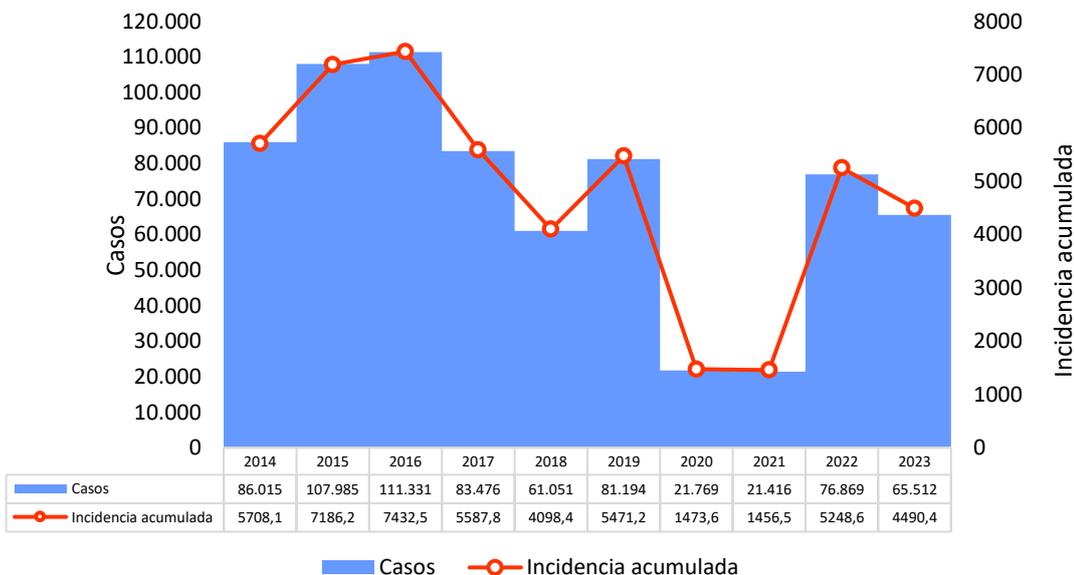
Gráfico 2: VSR según semana epidemiológica. SE1 a SE22. Total país. Año 2017-2023 Argentina



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

No obstante, si se toma el número total de notificaciones de bronquiolitis del conjunto de establecimientos notificadores, solo se verifica en el presente año un aumento respecto a los casos de 2018 y a los de los años pandémicos 2020 y 2021. Esto podría deberse al retraso en la notificación para este indicador en los establecimientos tomados en conjunto.

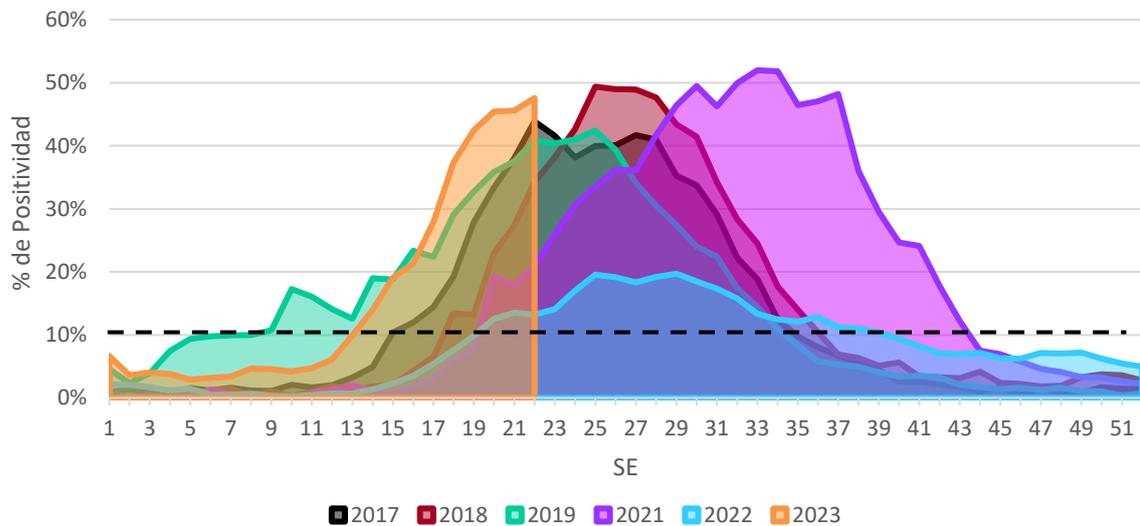
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. SE22.Total país. Año 2014-2023 Argentina.



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

Si se analiza la actividad de VSR medida a partir del porcentaje de positividad²², puede observarse que en 2023 se registra un inicio de la actividad estacional de VSR adelantada en comparación con la mayoría de los años previos pre-pandémicos (adelanto entre 2 y 6). Se detecta un incremento la positividad para VSR con una pendiente pronunciada (ascenso rápido) desde la SE13, y una positividad mayor en la SE22 a la registrada en todos los años de comparación para la misma semana, con un valor cercano pero aún no superior a los picos de positividad de los años 2018 y 2021.

Gráfico 4: Porcentaje de positividad de VSR por semana epidemiológica. Total país. Años 2017 – 2022. SE01-22 2023. Argentina.



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

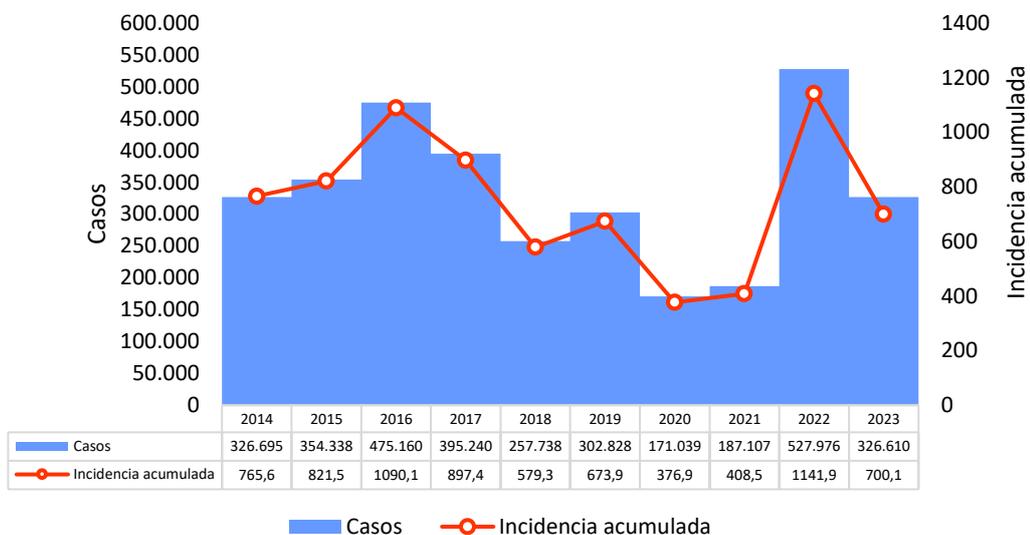
ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre la SE01-22 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 326.610 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 700,1 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 22 semanas del período 2014-2023, se observa que el mayor número de notificaciones se registra para el año 2022 (cuando se registraron 527.976 casos) superando al año con el mayor número para el resto del período que fue el 2016. Entre las SE01-22 del 2023, el número de casos de ETI notificados es menor en relación a los años 2014-2017, y algo superior a lo registrado de 2018 en adelante, con excepción de 2022.

²² Se considera el comienzo de la circulación estacional a partir de dos semanas consecutivas con al menos 10% de positividad.

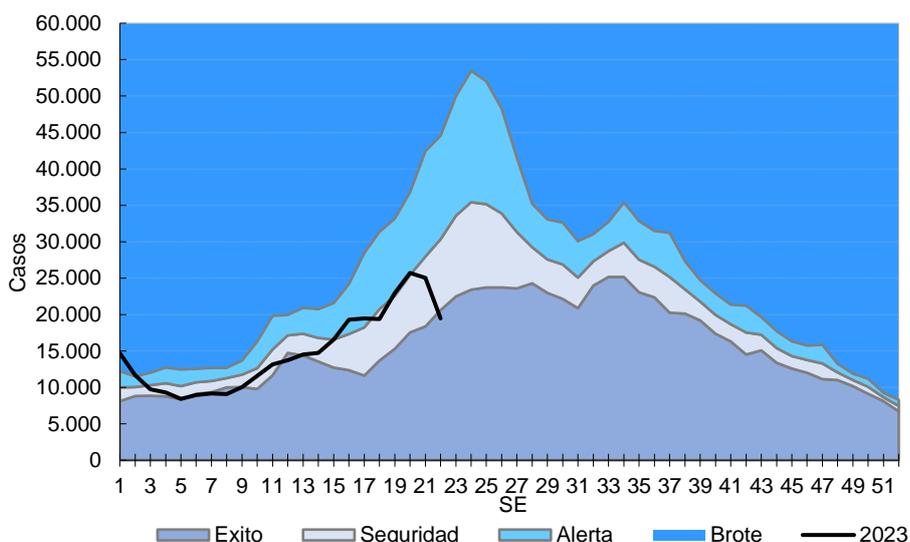
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. SE22. Total país. Año 2014-2023 Argentina.



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

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país se encuentran entre las zonas de brote y alerta en las dos primeras semanas de 2023, posteriormente se ubican en zona de seguridad y alcanzan el valor esperado entre las SE06 y 09. Entre las SE 10 y 14 los valores oscilaron entre zonas de seguridad y éxito, registrando posteriormente un ascenso que alcanzó e incluso superó en algunas semanas el límite con zona de alerta. En las SE21 y 22 descendieron, ubicándose nuevamente en niveles esperados.

Gráfico 6: Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Corredor endémico Semanal - 5 años: 2015 a 2019. SE01-22 de 2023. Argentina.



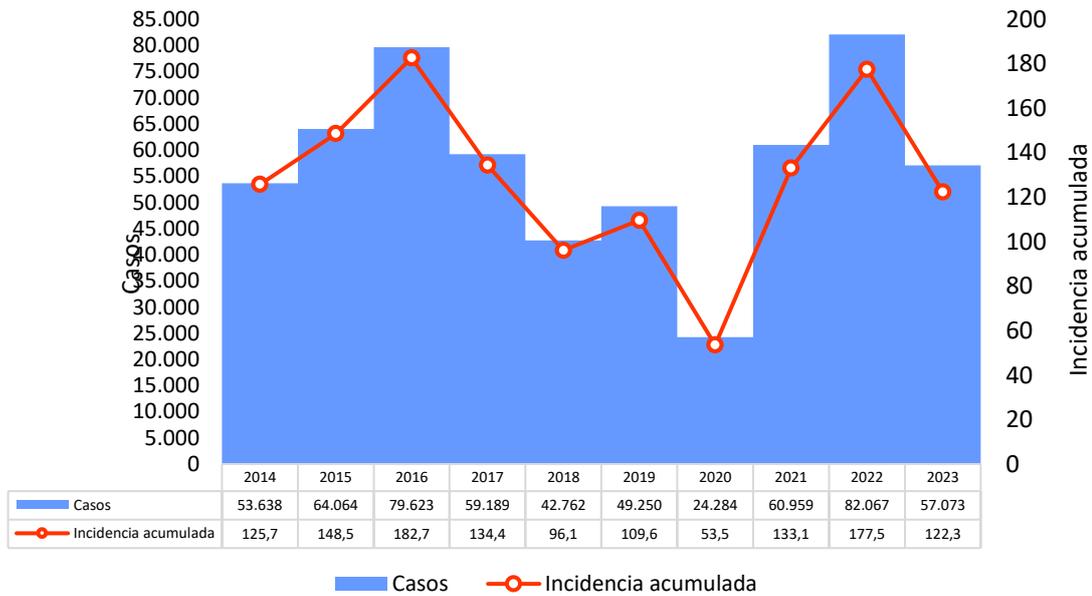
Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

Entre las SE01-22 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 57.073 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 122,3 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las semanas 1 a 22 del período 2014-2023, se observa que el año con mayor número de notificaciones fue 2022, seguido por 2016 y 2015. En la presente temporada el número de casos registrados es menor en relación a la mayoría de los años incluidos en el periodo, a excepción de 2014 y 2018-2020.

Gráfico 7: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. SE22. Total país. Año 2014-2023 Argentina.²³

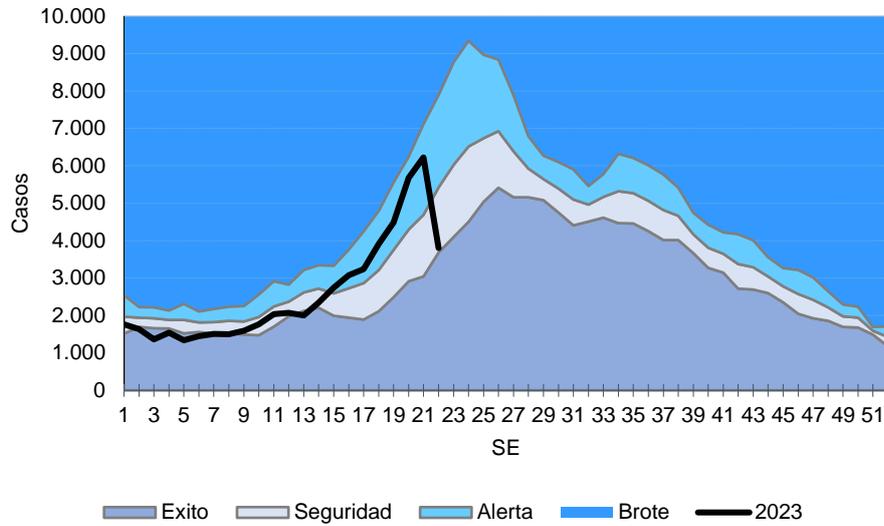


Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

Las notificaciones de neumonía por semana a nivel país, se ubican en la zona de seguridad en la primera semana de 2023 y se sitúan posteriormente, entre las SE02-08, dentro de los límites esperados en relación con el comportamiento del evento en años históricos. En las SE 09-12 las notificaciones ascienden a la zona de seguridad, descienden en SE13 y luego presentan un nuevo ascenso a partir de SE14, que alcanzan zona de alerta en SE15, hasta SE 21.

²³ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 de 2022. A partir de la SE23/2022 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 8: Neumonía: Corredor endémico Semanal. 5 años: 2015 a 2019. SE01-22 de 2023. Argentina.

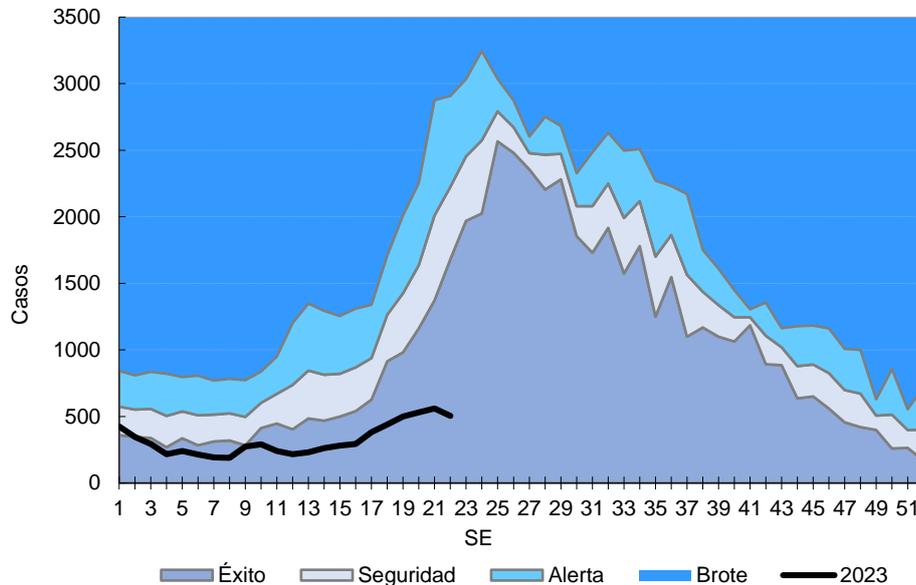


Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE

Para el año 2023, los casos de IRAG notificados se encuentran en la zona de seguridad en las dos primeras semanas para situarse dentro de los límites esperados en SE03-22.

Gráfico 9: Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Corredor endémico Semanal. 5 años: 2015 a 2019. SE01-22 de 2023. Argentina.

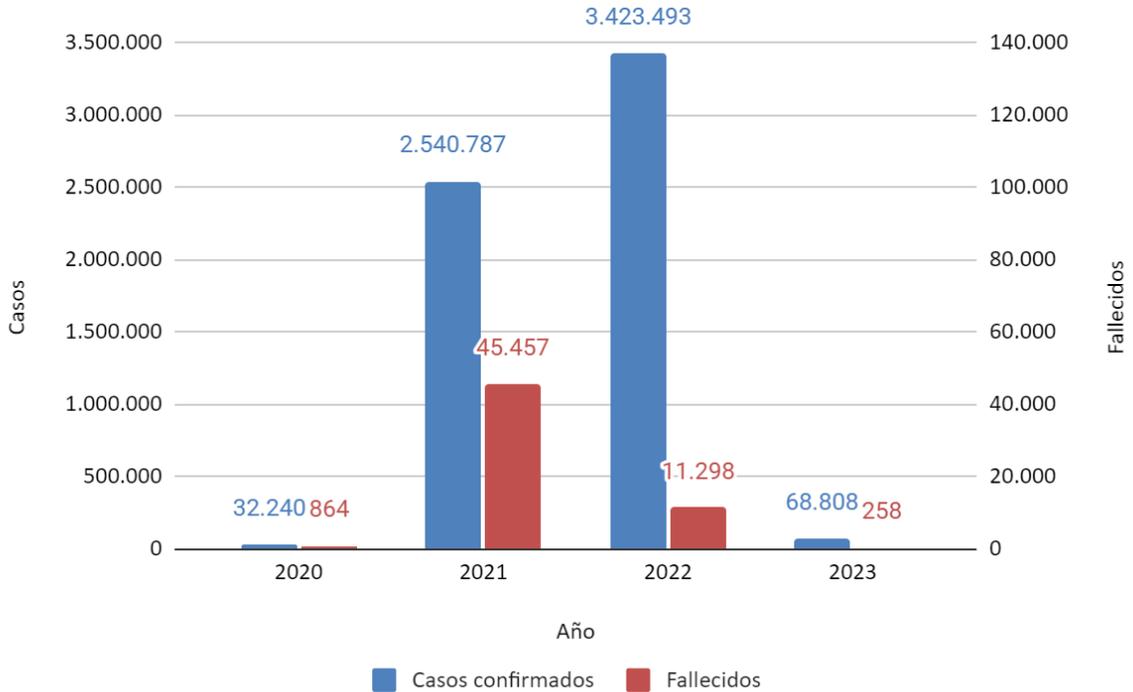


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

COVID-19

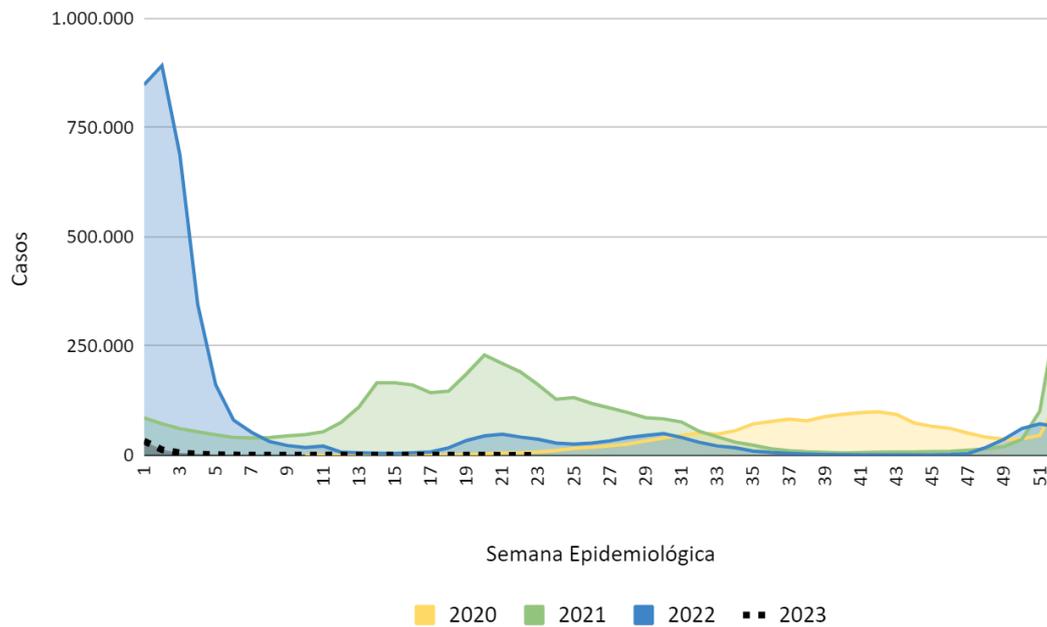
Los casos acumulados de Covid-19 hasta la semana 23 del año 2023 se encuentran muy por debajo a lo registrado para el mismo período de los años 2021 y 2022. Se observa lo mismo para los fallecidos.

Gráfico 10: COVID-19: Casos y fallecidos acumulados SE1 a SE23. Años 2020-2023. Argentina.



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

Del mismo modo, los casos confirmados por semana epidemiológica muestran un comportamiento establemente bajo durante las 23 semanas del año en curso.

Gráfico 11: COVID-19: Casos por semana epidemiológica. Años 2020 a 2023*. Argentina.

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

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

A continuación, se presentan datos registrados hasta la SE23/2023 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 28.269, 13.557 y 10.399 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente.

Para la SE23/2023, el porcentaje de resultados positivos entre las muestras analizadas por rt-PCR en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio es de 3,57%, 18,42% y 5,88% para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente.

El porcentaje de positividad para Influenza presentó un ascenso desde la SE17, superando a partir de la SE21 el 10%, con un máximo de 22,65% en la SE22; mientras que en las primeras 20 semanas del año- excepto en SE02 cuando alcanza un 10,96%- permaneció por debajo del 10%.

En cuanto a VSR, desde el inicio de la estrategia UMA el porcentaje de positividad se mantuvo por debajo del 10%, si bien con oscilaciones en las primeras semanas de 2023. A partir de la SE20 los valores registran un ascenso, con un máximo de 16,82% en SE22.

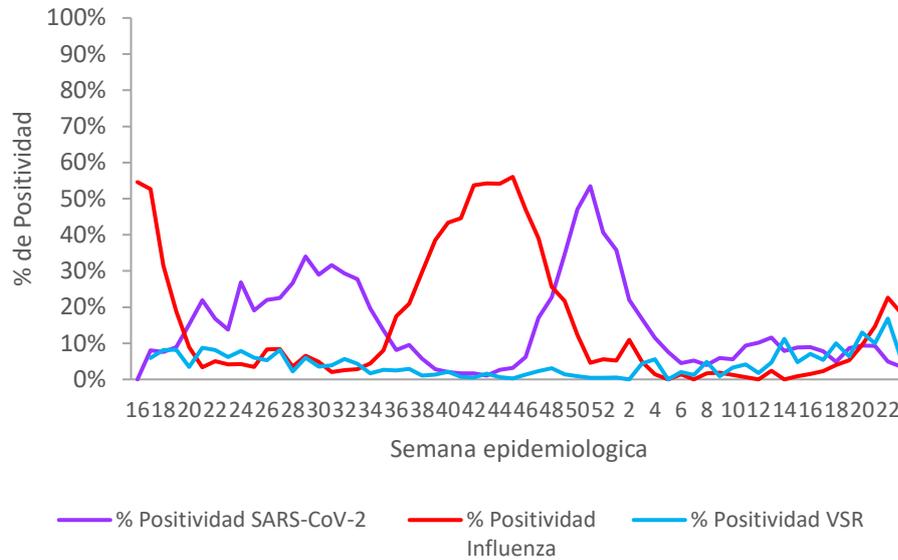
Asimismo, el porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 continúa presentando una tendencia descendente luego del último ascenso en SE51/2022, siendo de 3,57% en SE23/2023.

Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16/2022 a SE23/2023. Estrategia UMAs. Argentina.

INDICADORES UMA	Última semana			SE16/2022 – SE23/2023		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	431	34	7,89%	155.906	45.345	29,08%
SARS-CoV-2 por PCR	112	4	3,57%	28.269	6.038	21,36%
Influenza	76	14	18,42%	13.557	2.389	17,62%
VSR	34	2	5,88%	10.399	387	3,72%

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

Gráfico 12. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16/2022 a SE23/2023.²⁴



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

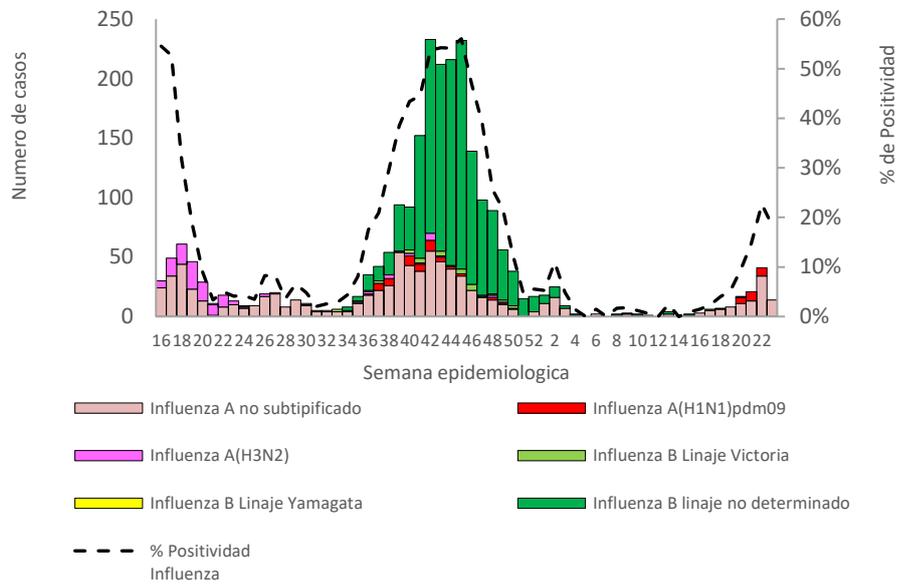
En relación con las muestras positivas para virus Influenza ($n=2.389$), 1052 (44,04%) fueron positivas para Influenza A y 1.337 (55,96%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 199 muestras cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A (H3N2) ($n=125$) e Influenza A (H1N1) pdm09 ($n=74$). De los casos de influenza B detectados entre la SE16/2022 y la SE23/2023, 33 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 1.304 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje. Como puede observarse en el Gráfico, desde el comienzo de la implementación de UMAs y hasta la SE23 de 2022 se registró de manera predominante circulación de Influenza A (H3N2). A partir de la SE30/2022 se registran además casos de Influenza A (H1N1). Entre las SE33 y 52/2022 se registraron predominantemente casos de virus influenza B.

En lo que va de 2023, se notificaron casos esporádicos de influenza B y, desde SE 17, se registra un ascenso en el número de notificaciones de influenza A no subtipificado y A (H1N1) pdm09.

²⁴ Corresponde a las muestras analizadas para SARS-CoV-2, influenza y VSR por PCR.

En SE16 de 2022 se registran 2 muestras para VSR, 1 con resultado positivo y 1 con resultado negativo. Para mejor interpretación de la positividad de virus respiratorios, no se incluyen en este gráfico.

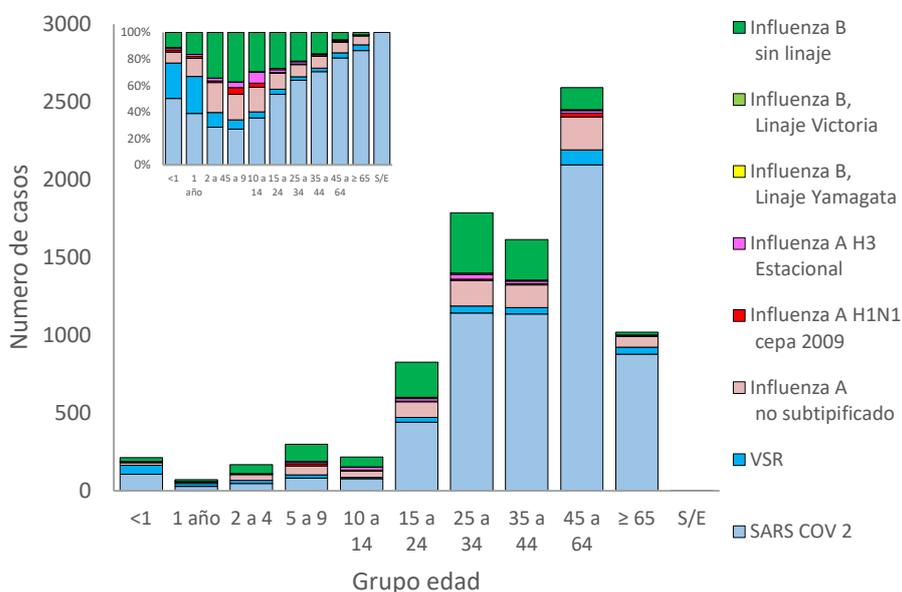
Gráfico 13. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16/ 2022 a SE23/2023 Estrategia UMAs. Argentina.



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

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

Gráfico 14. Distribución absoluta y relativa de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados entre SE16/2022 a SE 23/2023. Estrategia UMAs. Argentina.



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

VIGILANCIA DE VIRUS RESPIRATORIOS EN CASOS HOSPITALIZADOS

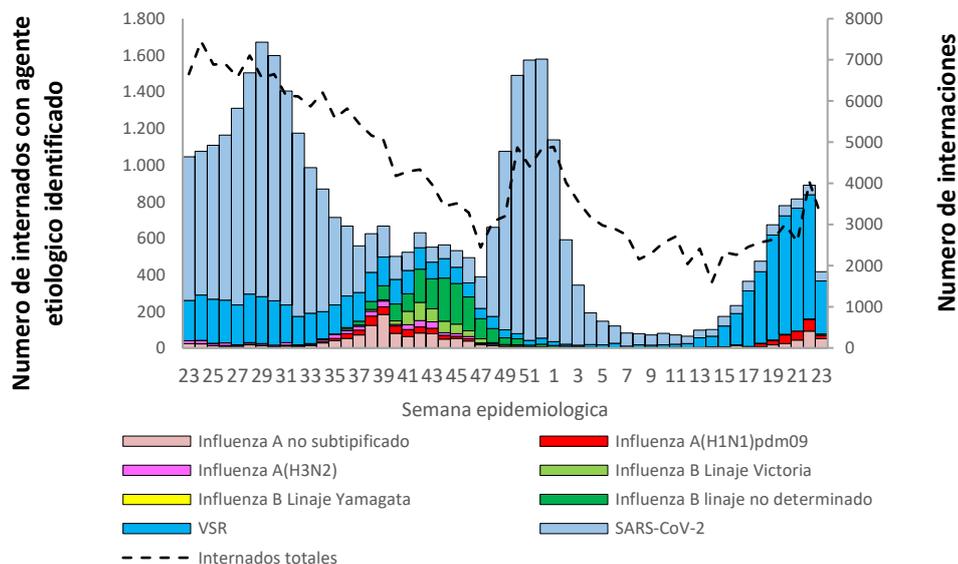
En términos acumulados, entre la SE23/2022 a SE23/2023, se notificaron 190.847 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 23.545 fueron positivas (porcentaje de positividad 12,34%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 29.036 muestras para virus influenza con 4.611 detecciones positivas (porcentaje de positividad 15,88%). De las mismas, 2.447 fueron influenza A y 2.164 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 1022 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 621 (60,76%) son influenza A (H1N1) pdm09 y 401 (39,24%) son influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 1.670 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 494 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 26.191 muestras estudiadas para VSR registrándose 8.537 con resultado positivo (porcentaje de positividad 32,60%). La positividad para VSR entre las muestras analizadas en casos hospitalizados continúa en ascenso, siendo de 75,19% en SE23.

Respecto a lo que va de 2023 se observa que, si bien con algunas oscilaciones, el número de casos internados notificados presenta tendencia ascendente desde la SE15 en correspondencia con el aumento de detecciones de VSR y virus Influenza A en las últimas semanas.

Gráfico 15. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23/2022 a SE23/2023.



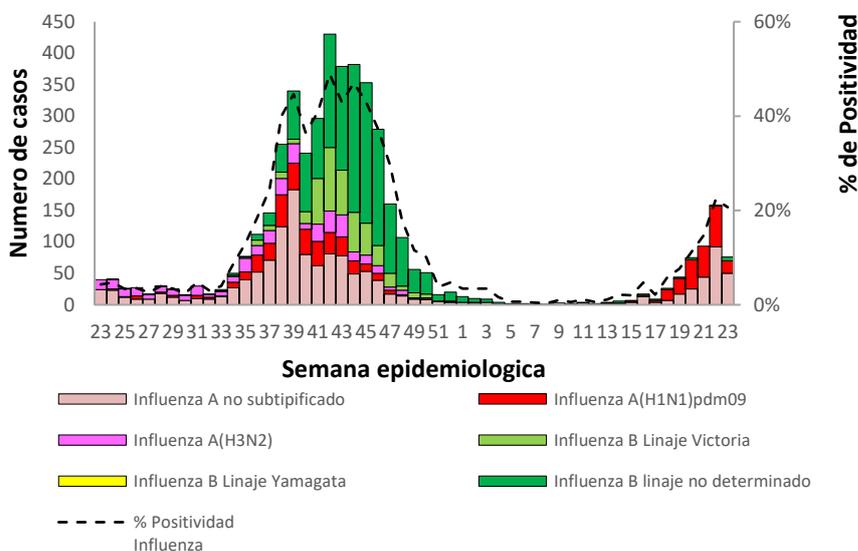
Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Respecto 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, 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 12,96% a 48,81%, con una disminución a partir de SE45, situándose en 4,71% en SE52.

En lo que va de 2023, el porcentaje de positividad entre las muestras analizadas para influenza osciló en niveles por debajo del 10% hasta la SE19, con un ascenso a partir de la SE20 alcanzando un 20,71% en SE23.

Los casos de influenza registrados corresponden a influenza A, principalmente A (H1N1), con algunas detecciones positivas para influenza B sin linaje.

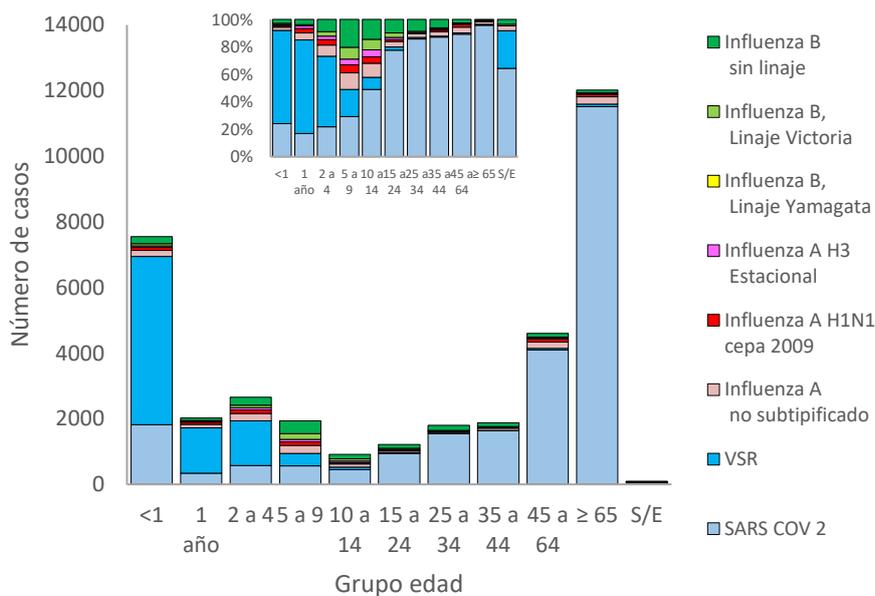
Gráfico 16. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE23/2022 a SE23/2023. Argentina.



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS^{2.0}.

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

Gráfico 17. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23/2022 a SE23/2023. Argentina.



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS^{2.0}.

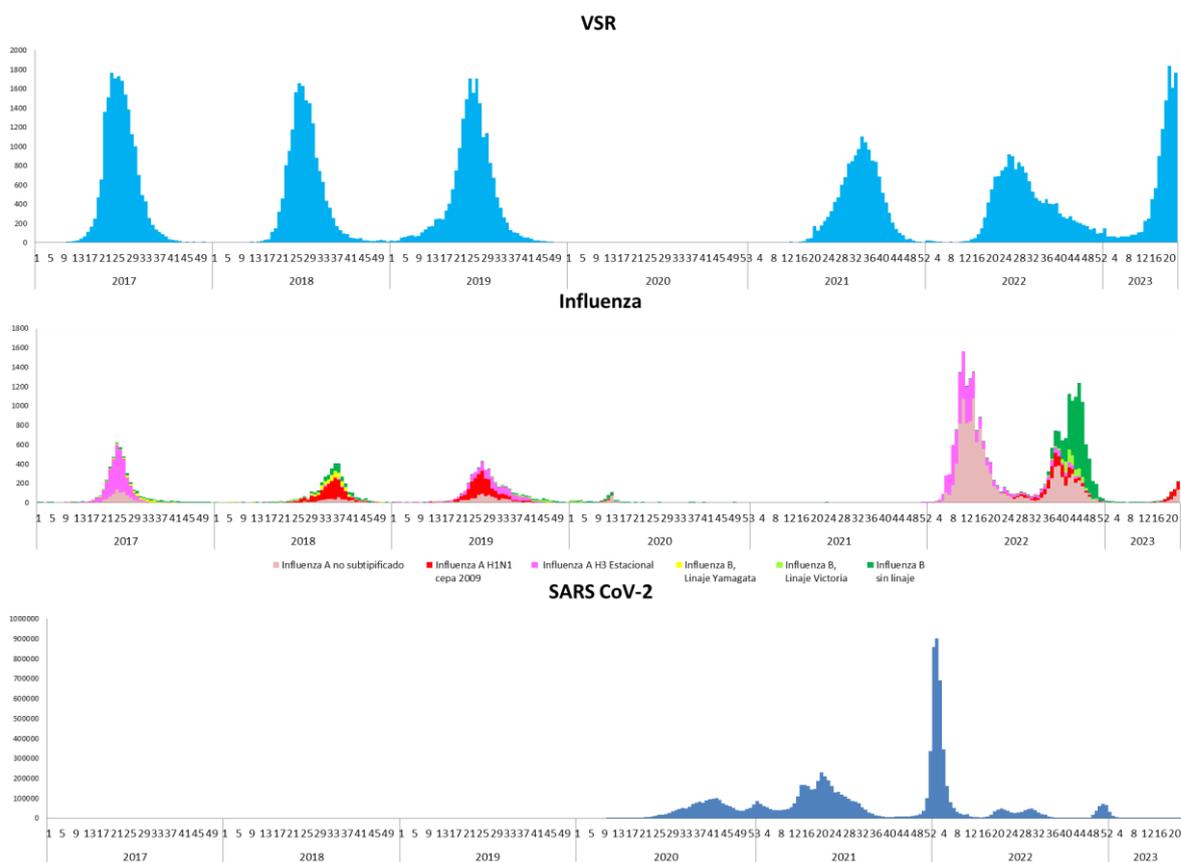
Entre las SE01-52 del año 2022 se registraron 143 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. A la fecha, en el año 2023 se registran 6 personas fallecidas con este diagnóstico.²⁵

VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS²⁶

En el momento actual se verifica un aumento paulatino de casos de influenza y ascenso de VSR con una actividad estacional adelantada. La circulación de SARS CoV-2 permanece baja.

La curva de casos positivos de virus respiratorios por semana 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 con un ascenso entre las SE3-14 y SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A (H1N1) e Influenza B; así como también por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente de metapneumovirus para el cual se registró una elevada frecuencia absoluta y relativa entre las semanas 16 y hasta la 26.

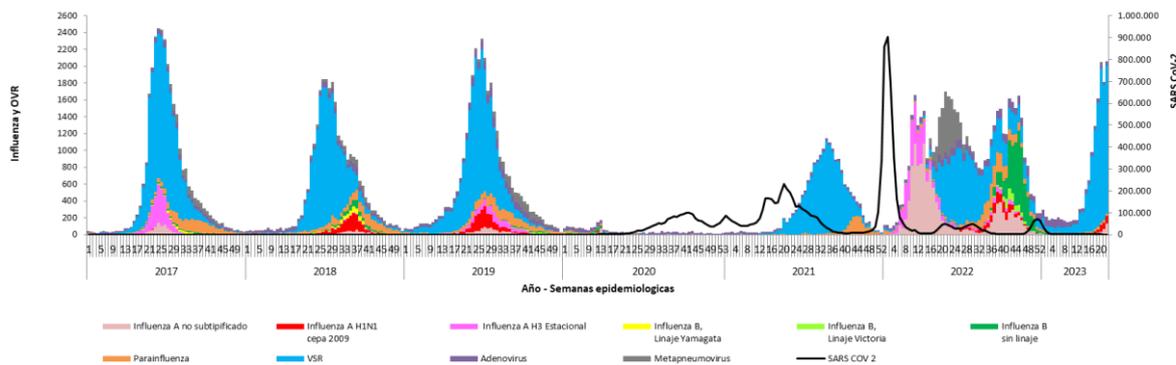
Gráfico 18. VSR, Influenza y SARS CoV-2. Años 2017- 2022. SE22 2023.



²⁵ 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 SE23/2022 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.

²⁶ 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.

Gráfico 19. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2022. SE22 2023.

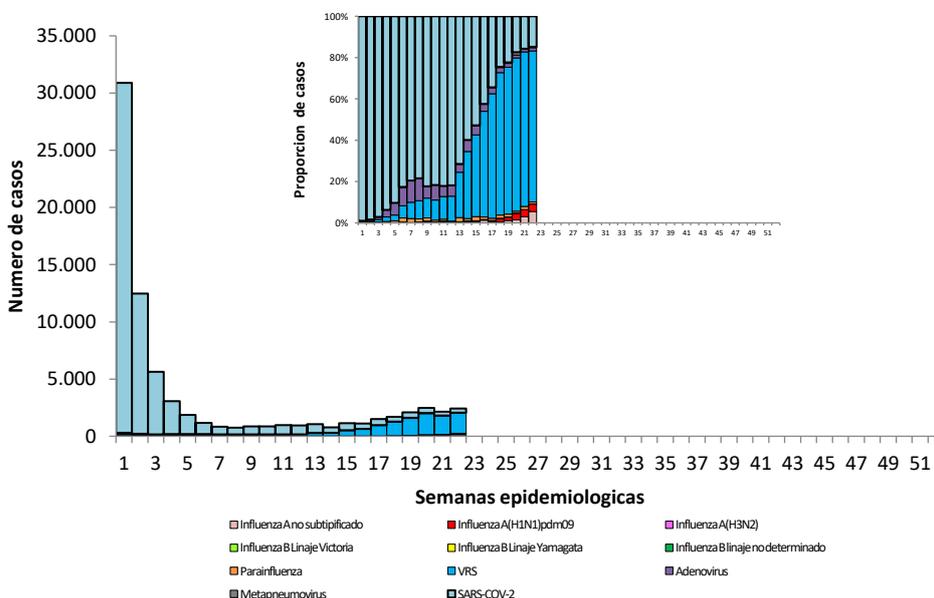


Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS^{2.0}.

Desde la SE01 del año 2023 se observa circulación de SARS CoV- 2, adenovirus, VSR y parainfluenza, con algunos casos positivos para metapneumovirus. A partir de la SE 13 comienza el ascenso de VSR alcanzando un pico hasta el momento en la SE20 y desde la SE18 comienza a aumentar el número de casos de Influenza A –principalmente A(H1N1) y una baja detección de Influenza B/linaje Victoria.

En la SE22 se detecta circulación de virus respiratorios en orden de frecuencia: VSR, SARS CoV-2. influenza y otros virus respiratorios.

Gráfico 20. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad SE01 a SE22 de 2023.



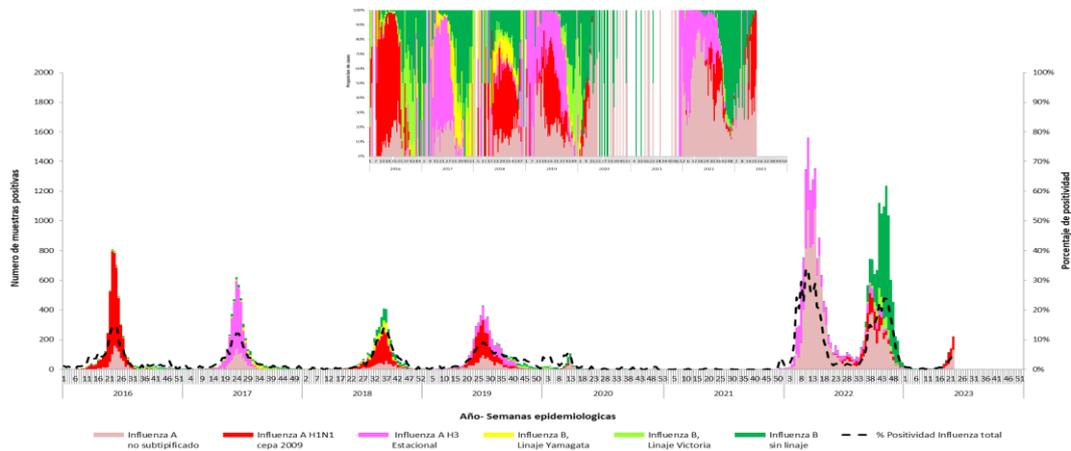
Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS^{2.0}.

En cuanto al virus Influenza comenzó el ascenso del número de casos desde la SE18, principalmente a expensas de Influenza A(H1N1), como se mencionó con anterioridad. Como puede observarse en el Gráfico 21, el año 2022 fue un año atípico con una curva bimodal cuyo valle se ubicó justamente a partir de la SE23; desde el comienzo de la pandemia y hasta fines de 2021 no se registró actividad de Influenza.

Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados

la proporción de positividad para influenza se sitúa en 5,64% durante la SE22 de 2023.

Gráfico 21. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica. Años 2016 a 2022. SE22 de 2023. Argentina.



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2,0}.

INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

A nivel mundial, del 15 de mayo al 11 de junio de 2023, se reportaron a GISAID 15.789 secuencias de SARS-CoV-2.

Actualmente, la OMS está monitoreando 2 variantes de interés (VOI), XBB.1.5 y XBB.1.16, y siete variantes bajo seguimiento (VUM) y sus linajes descendientes:²⁷ BA.2.75, CH.1.1, BQ.1, XBB, XBB.1.9.1, XBB.1.9.2 y XBB.2.3.

A nivel mundial, XBB.1.5 se ha informado en 116 países. Mientras que XBB.1.5 sigue siendo dominante a nivel mundial, su prevalencia ha ido disminuyendo constantemente. En la semana epidemiológica 21, XBB.1.5 representó el 30% de las secuencias, en comparación con el 43,5% en la semana 17.

XBB.1.16 ha sido reportada en 69 países. En la semana 21, XBB.1.16 representó el 18 % de las secuencias, frente al 10,9 % en la semana 17.

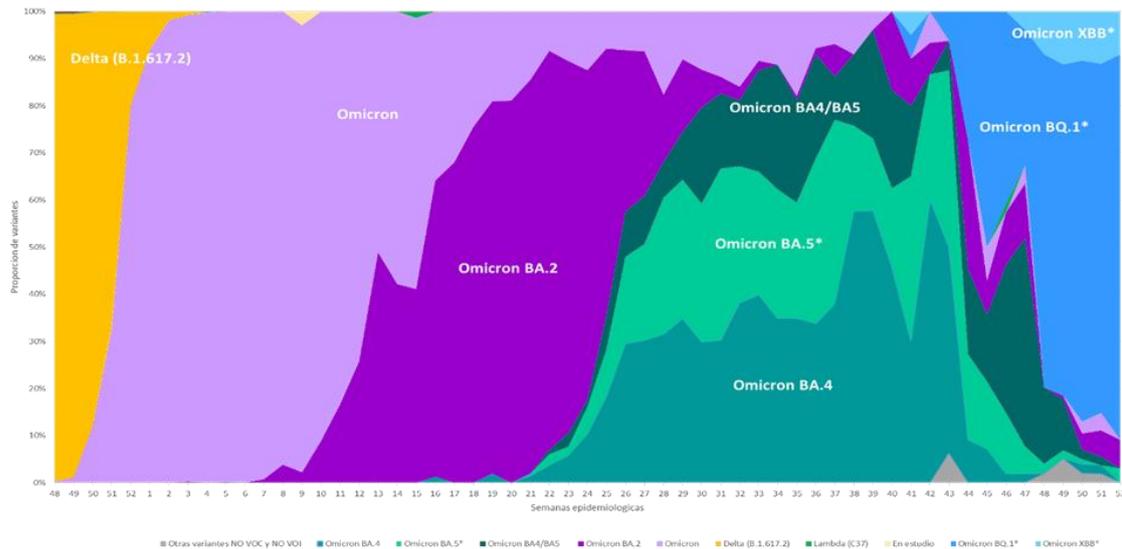
Entre las VUM, XBB, XBB.1.9.1, XBB.1.9.2 y XBB.2.3 han mostrado tendencias crecientes en las últimas semanas, con XBB.1.9.1 representando casi la mitad de las secuencias VUM reportadas. En general, otras VUM muestran tendencias decrecientes o estables durante el mismo período del informe.²⁸

²⁷ Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for-sars-cov-2-variants>

²⁸ [Weekly epidemiological update on COVID-19 - 15 June 2023 \(who.int\)](#)

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En relación a los linajes de Ómicron, a partir de SE48 de 2022, comienza a observarse predominancia de las variantes BQ.1* y XBB*, con algunas detecciones de BA.2, BA.4 y BA.5. Entre las SE 08-16 de 2023, se observa que BQ.1* se detecta en 3/138 muestras analizadas, XBB* en 131/138, BA.2 en 1/138 y BA.5 en 2/138 muestras (*Indica la inclusión de linajes descendientes).^{29,30}

Gráfico 22: Distribución porcentual de variantes identificadas según SE de fecha de toma de muestra. SE48/2021- SE04/2023.Total país³¹.



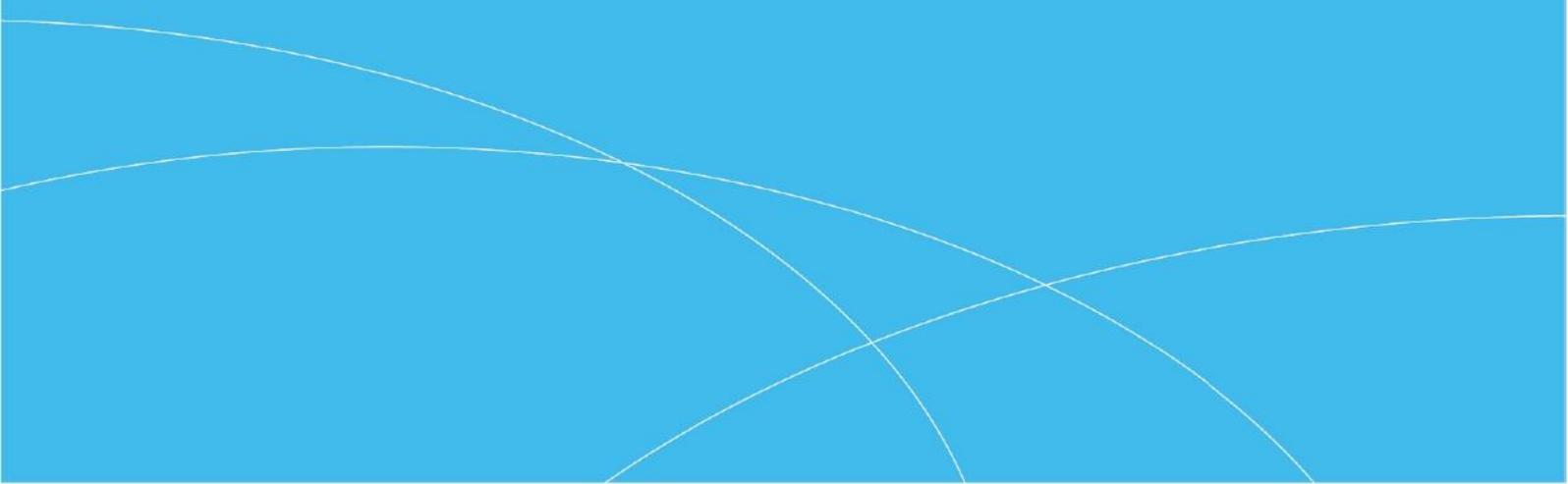
Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología e Información estratégica - Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

²⁹ Se destaca que entre las SE38-47 de 2022 el número de muestras secuenciadas es escaso, y esto debe considerarse en la interpretación de las proporciones. Asimismo, en las últimas semanas del periodo analizado, se debe considerar que no pueden estimarse proporciones debido al escaso número de muestras secuenciadas.

³⁰ 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.

³¹ Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

INFORMES ESPECIALES



INFORME GENERAL SOBRE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

MENINGITIS BACTERIANAS INMUNOPREVENIBLES

La meningitis/meningoencefalitis, es una enfermedad del sistema nervioso central (SNC) que consiste en la inflamación de las meninges con o sin compromiso de sus estructuras adyacentes, como el encéfalo. Esta inflamación meníngea puede obedecer tanto a causas infecciosas como a causas no infecciosas, aunque las etiologías infecciosas (particularmente las infecciones bacterianas y virales) son las más frecuentes y las más importantes desde la perspectiva de la salud pública, no sólo por la magnitud de casos ocurridos anualmente, sino también por su potencial para producir brotes.

Las infecciones causadas por *Streptococcus pneumoniae* (neumococo), *Haemophilus influenzae* tipo b y *Neisseria meningitidis* (meningococo) han sido las responsables de la mayoría de los casos de meningitis bacterianas agudas en la era pre-vacunación. La incidencia en la infección invasiva por estos gérmenes ha disminuido significativamente en los últimos años y luego de la introducción de sus respectivas vacunas al Calendario Nacional.

El presente informe describe la situación epidemiológica de las meningitis producidas por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo b y *Neisseria meningitidis*. Estas bacterias son las responsables de causar la mayor parte de la carga de enfermedad relacionada a meningitis bacteriana aguda, fundamentalmente en la población pediátrica, generando una alta morbimortalidad asociada y la posibilidad de sobrevida con secuelas invalidantes.

SITUACIÓN NACIONAL A LA SEMANA 52 DE 2022

141

Casos confirmados de meningitis por *Streptococcus pneumoniae*

40

Casos confirmados de meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b

56

Casos confirmados de Enfermedad Meningocócica Invasiva (EMI)

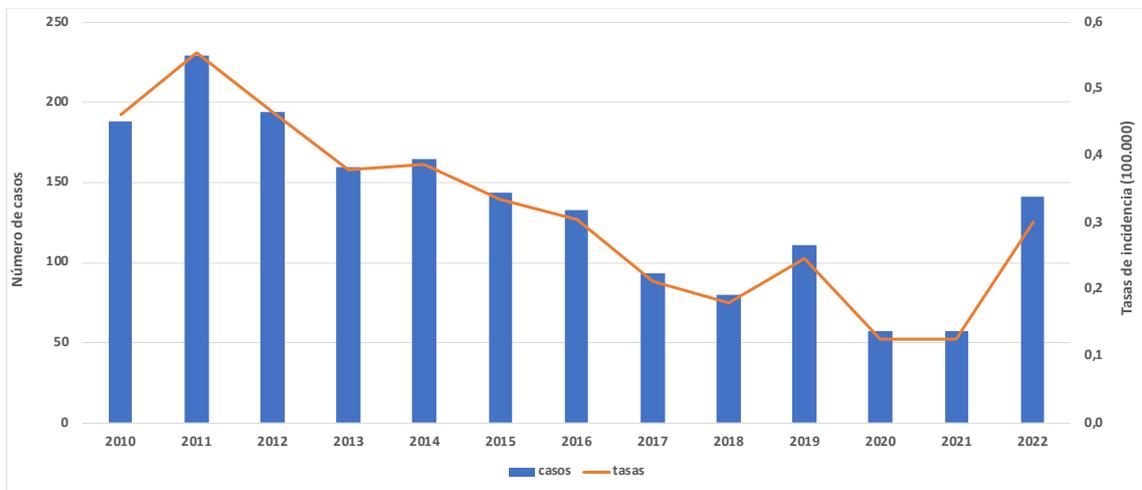
- ✓ En 2022 se registró un aumento de casos de meningitis bacteriana por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo b y *Neisseria meningitidis*
- ✓ Las bajas coberturas de vacunación registradas en los últimos años generaron un acúmulo de susceptibles que favorece la reemergencia y aparición de brotes por esta enfermedad

MENINGITIS POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (NEUMOCOCO)

En el período 2010-2022 se registraron entre 50 y 230 casos anuales de meningitis neumocócica en la población general, con tasas de incidencia entre 0,12 y 0,55 cada 100.000 habitantes; evidenciándose una tendencia decreciente a partir del año 2012, luego de la introducción de la vacuna conjugada 13-valente (PCV-13) al Calendario Nacional de Vacunación (Figura 1).

En el año 2022, el número de casos notificados se incrementó en más del doble respecto de los registrados cada año en el bienio 2020-2021 (bienio en el que se notificaron la menor cantidad de casos de la última década) y en un 27% más que los notificados en 2019 (previo a la pandemia por COVID-19). La tasa de incidencia de meningitis neumocócica en la población global para 2022 fue de 0,3/100.000 habitantes (Figura 1), valores similares a los que se registraban en los años 2015-2016 (a 3-4 años del inicio de la vacunación pediátrica).

Figura 1. Número de casos y tasas de incidencia de meningitis neumocócica. Argentina 2010-2022

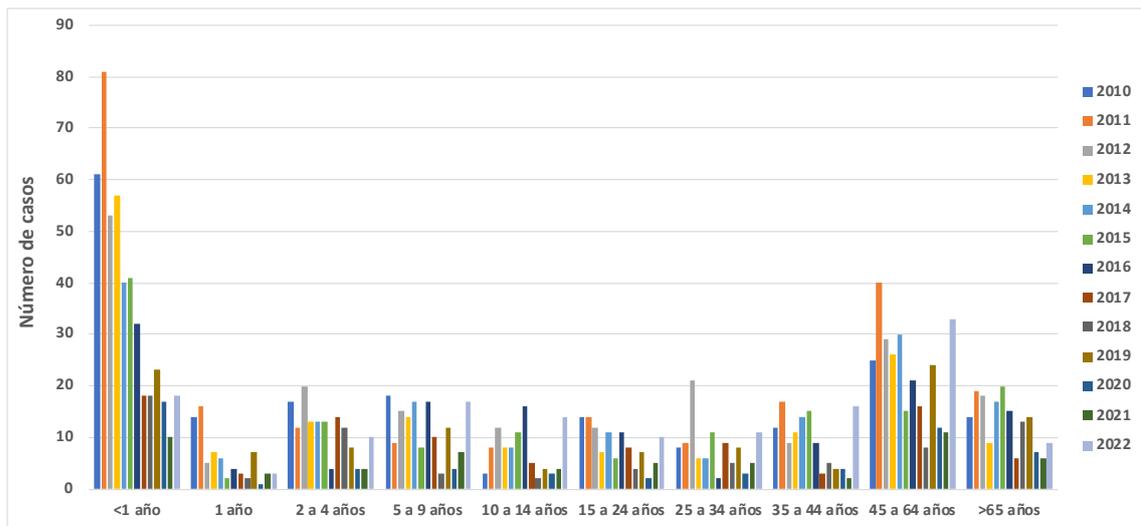


Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS "Dr. C. G. Malbrán"

La distribución de casos por grupo etario presenta un perfil acorde al descrito internacionalmente, con afectación principalmente pediátrica (menores de 5 años), seguida en frecuencia por el grupo de adultos mayores de 45 años (Figura 2).

En el período analizado puede observarse que la reducción en el número de casos ocurrida en la última década en nuestro país se relaciona fundamentalmente a la disminución de casos en el grupo etario de menores de 5 años, grupo elegible para la vacunación por calendario y sobre el cuál se identificaba la mayor carga de enfermedad (Figura 2). Sin embargo, en el año 2022 se evidenció un **aumento en el número de casos de meningitis neumocócica en la mayoría de los grupos etarios** respecto de los datos obtenidos en los últimos años (Figura 2).

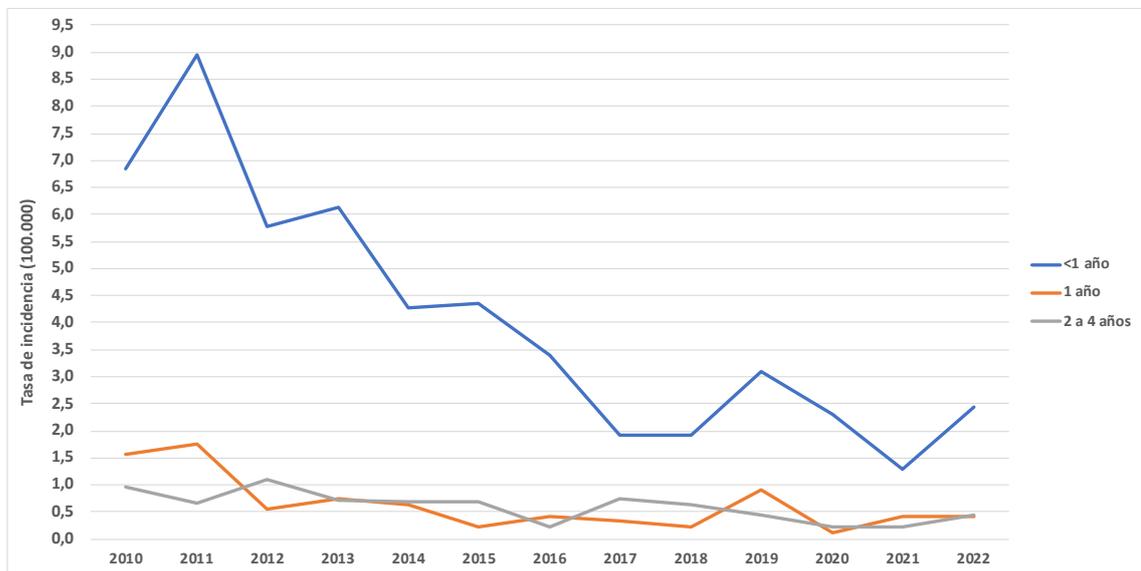
Figura 2. Número de casos de meningitis neumocócica por grupo etario. Argentina 2010-2022



Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS "Dr. C. G. Malbrán"

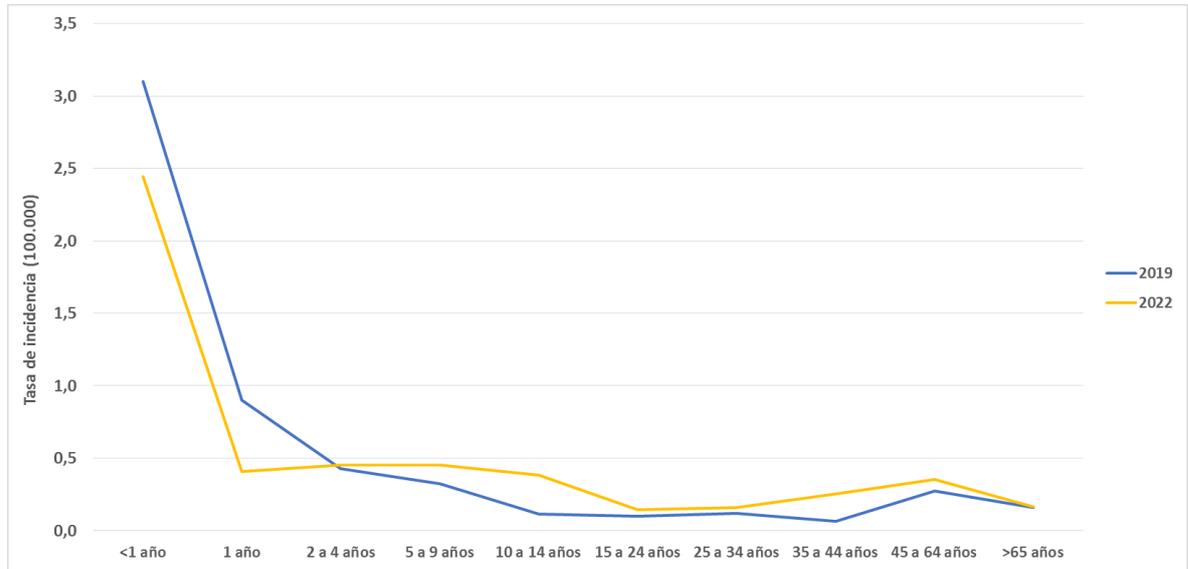
Al realizar un análisis desagregado en los menores de 5 años puede observarse que, en la última década, la reducción en las tasas de incidencia fue mayor en los menores de 1 año, subgrupo principalmente afectado (Figura 3).

Figura 3. Tasas de incidencia de meningitis neumocócica en menores de 5 años (cada 100.000), por grupo etario. Argentina 2010-2022



Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS "Dr. C. G. Malbrán"

En 2022 el 22% de los casos se presentaron en menores de 5 años con tasas de incidencia menores a las registradas en el año 2019 (pre pandemia) en el subgrupo de menores de 1 año y 1 año, pero levemente mayores en el subgrupo de 2 a 4 años (0,45 vs 0,36/100.000, respectivamente). Todos los grupos etarios restantes superaron las tasas de incidencia que presentaban en el año 2019 (Figura 4).

Figura 4. Tasas de incidencia (100.000) de meningitis neumocócica por grupo etario. Argentina 2019 vs 2022

Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS "Dr. C. G. Malbrán"

La distribución de casos de meningitis neumocócica por jurisdicción para el año 2022 se presenta en la Tabla 1.

En 21/24 provincias se notificaron casos. La mayor cantidad de casos (67% de las notificaciones) se concentraron en las provincias de Buenos Aires, CABA, Chaco, Córdoba y Santa Fé. Las provincias de La Pampa, Chaco y Tierra del Fuego presentaron las tasas de incidencia más altas, superando valores de 1/100.000 habitantes.

Tabla 1. Número de casos y tasas de incidencia (cada 100.000 habitantes) de meningitis neumocócica, por jurisdicción. Argentina 2022.

Jurisdicción	Número de casos (n)	Tasas de incidencia (100.000)
Buenos Aires	24	0,1
CABA	24	0,8
Catamarca	1	0,2
Chaco	18	1,5
Chubut	2	0,3
Córdoba	12	0,3
Corrientes	1	0,1
Entre Ríos	3	0,2
Formosa	1	0,2
Jujuy	4	0,5
La Pampa	7	1,9
La Rioja	0	0
Mendoza	3	0,1
Misiones	2	0,2
Neuquén	4	0,6
Río Negro	2	0,3
Salta	4	0,3
San Juan	2	0,2
San Luis	1	0,2
Santa Cruz	0	0
Santa Fe	16	0,5
Santiago del Estero	0	0
Tierra del Fuego	2	1,1
Tucumán	8	0,5
TOTAL	141	0,3

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

Las tasas de letalidad por meningitis neumocócica del último bienio fueron las más altas de los últimos 5 años, registrándose una letalidad de 9,9% con 14 fallecimientos notificados por esta causa en 2022 (Tabla 2).

Tabla 2. Meningitis por neumococo. Casos confirmados, fallecimientos y letalidad por año. Argentina, quinquenio 2018-2022.

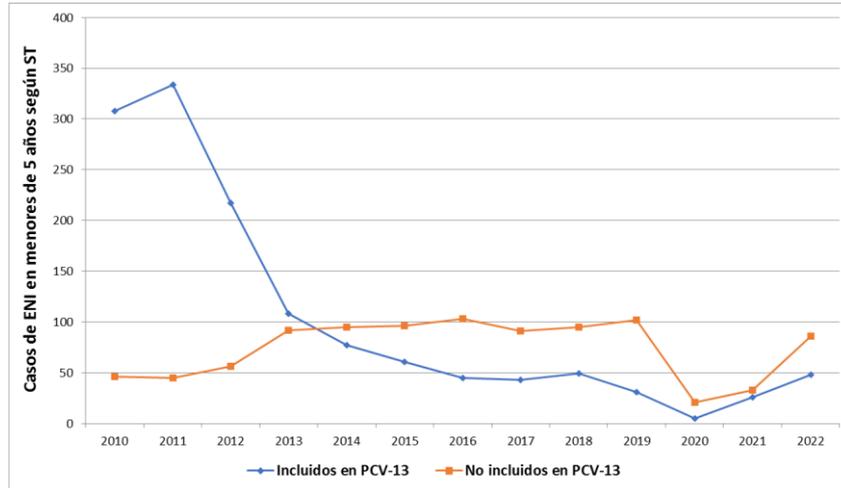
Año	Casos (n)	Fallecidos (n)	Letalidad (%)
2018	80	5	6,25
2019	111	6	5,4
2020	57	1	1,75
2021	57	5	8,7
2022	141	14	9,9

Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS "Dr. C. G. Malbrán"

En relación a los serotipos (ST) identificados como causantes de Enfermedad Neumocócica Invasiva (ENI), se puede evidenciar que aquellos incluidos en la vacuna PCV-13 han presentado una significativa reducción luego de la introducción de la vacuna al Calendario Nacional (Figura 5) como causantes de ENI en menores de 5 años. La distribución porcentual de los ST vacunales contra los no

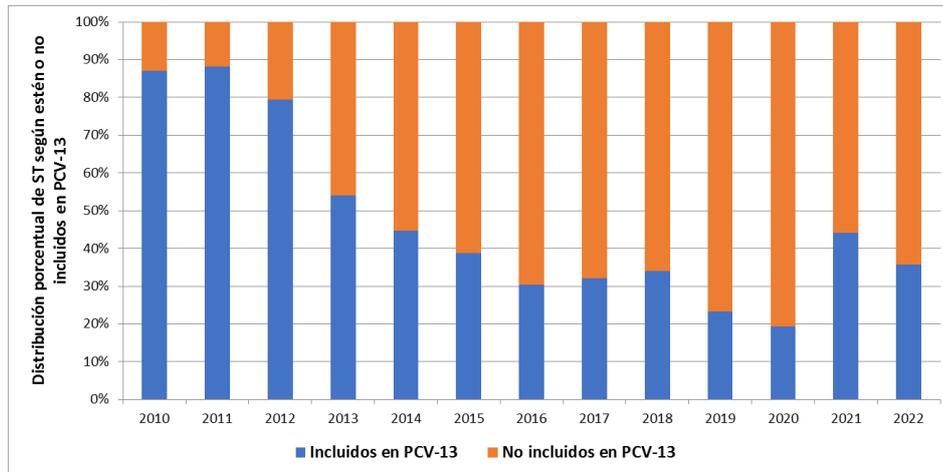
vacunales evidencia que la proporción de vacunales se redujo del 87% en el año 2010 al 19% en el año 2020, con un incremento al 36% para el año 2022 (Figura 6). Por su parte, los ST no vacunales muestran un aumento de casos que no ha alcanzado la magnitud de la carga de enfermedad que registraban los ST vacunales previo al año 2012 (Figura 5), y desde el año 2014 representan proporcionalmente la mayoría de los aislamientos serotipificados (Figura 6).

Figura 5. Casos de ENI causados por serotipos vacunales y no vacunales en menores de 5 años. Argentina 2010-2022



Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SIREVA II e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán"

Figura 6. Distribución porcentual de serotipos (vacunales y no vacunales) causantes de ENI en menores de 5 años. Argentina 2010-2022



Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SIREVA II e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS "Dr. C. G. Malbrán"

NEUMOCOCO: COBERTURAS DE VACUNACIÓN

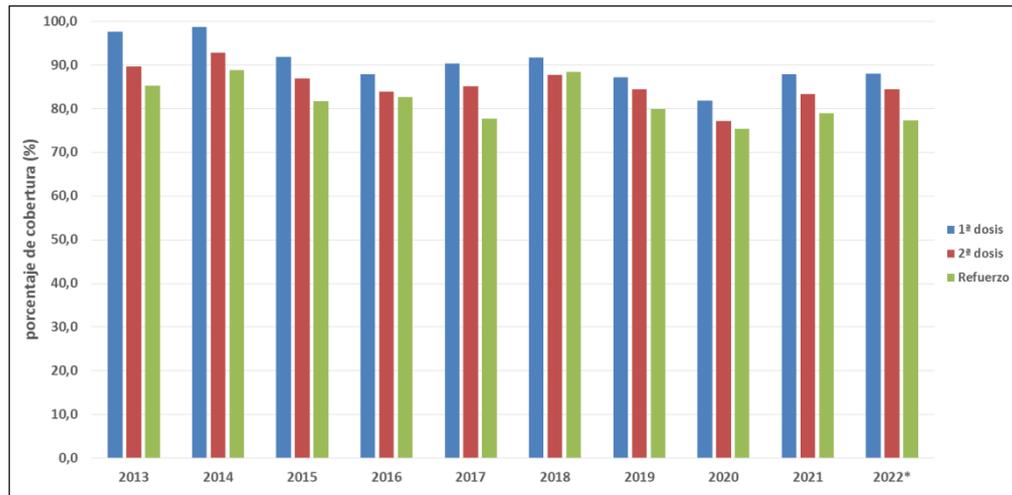
La vacuna antineumocócica conjugada 13-valente (PCV-13) se introdujo al Calendario Nacional de Vacunación de Argentina en el año 2012 con esquema 2+1 (a los 2, 4 y 12 meses de vida), con el objetivo de controlar la enfermedad y disminuir la morbilidad y mortalidad por neumonía neumocócica y ENI en Argentina.

En forma complementaria, en el año 2017 tuvo inicio la estrategia de vacunación con esquema secuencial (vacuna conjugada 13-valente / polisacárida 23-valente) para personas mayores de 65 años y personas entre 5 y 65 años con factores de riesgo para ENI, con el objetivo de reducir la incidencia, complicaciones, secuelas y mortalidad por neumonía neumocócica y ENI en estos grupos.

La evolución de las coberturas nacionales de vacunación alcanzadas hasta el año 2022 inclusive, en la población pediátrica, se muestra en la Figura 7.

Las coberturas de vacunación contra neumococo se vieron reducidas en el año 2020 durante la pandemia, tanto en las dos dosis del esquema básico como en el refuerzo, al igual que ocurrió con el resto de las vacunas del Calendario Nacional, profundizando el descenso que se venía observando en años previos. En el año 2022, a la fecha del presente informe, se evidencian valores similares de coberturas que en 2021 para las dosis del esquema básico, pero menores para el refuerzo de los 12 meses (no alcanzan el 80%), persistiendo todas ellas aún en valores subóptimos para poder avanzar en el desafío del control de la enfermedad.

Este escenario predispone al acúmulo de población susceptible, favoreciendo la reemergencia de casos y aparición de brotes por serotipos vacunales en la población de mayor vulnerabilidad.

Figura 7. Coberturas Nacionales de Vacunación. Vacuna contra Neumococo. Argentina 2013-2022

Fuente: Área de datos, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI), Ministerio de Salud de la Nación. Elaborado por DiCEI.

* 2022: Datos al 07/06/2023

A modo de conclusiones a partir de la información presentada, podemos mencionar que en 2022:

- Se evidencia un aumento en el número de casos de meningitis neumocócica en la mayoría de los grupos etarios en relación a los últimos años.
- Los ST de *Streptococcus pneumoniae* causantes de ENI en menores de 5 años corresponden predominantemente ST no vacunales. Sin embargo se evidencia un incremento en la proporción de ST vacunales respecto de los años prepandémicos.
- Las coberturas de vacunación subóptimas en los últimos años (especialmente en la dosis de refuerzo) generan un aumento en la población pediátrica susceptible que podría haber favorecido el aumento de casos por ST vacunales.

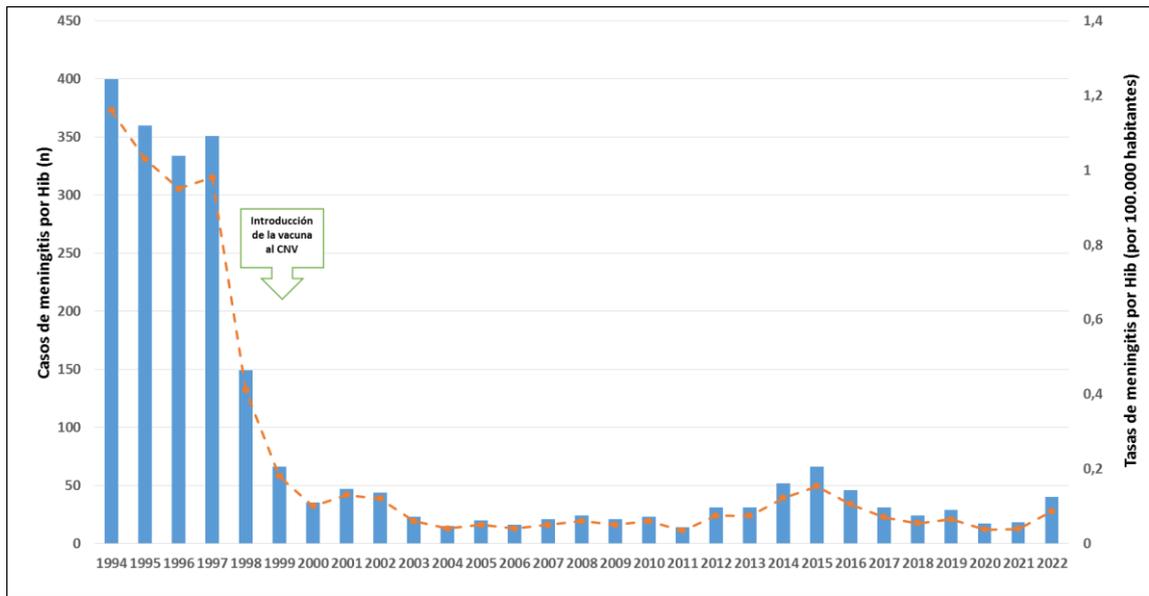
MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B

Previo a la introducción de las vacunas conjugadas contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) al Calendario Nacional de Vacunación a fines de la década del '90 se registraban entre 350 y 450 de meningitis aguda por esta causa en Argentina. Luego de la introducción de las vacunas combinadas con componente Hib en el calendario pediátrico, la incidencia de la enfermedad se redujo en más del 90%.

Desde el año 2003 en adelante se notificaron entre 15 y 31 casos anuales de meningitis por Hib con tasas de incidencia global que fueron menores a 0,1/100.000 habitantes, con excepción de los años 2014-2016 en que se registró un brote de meningitis por Hib que alcanzó un valor máximo de 66 casos totales y una tasa de incidencia global de 0,15/100.000 habitantes en 2015 (Figura 1).

En el año 2022, el número de casos notificados se incrementó respecto de los valores registrados en el último quinquenio (post brote), alcanzando un total de 40 casos y una tasa de incidencia global de 0,9/100.000 habitantes (Figura 1). Esto representa un aumento del 38% respecto de los notificados para el año 2019 (previo a la pandemia por COVID-19) y más del doble que los registrados cada año en el bienio 2020-2021 (Figura 1).

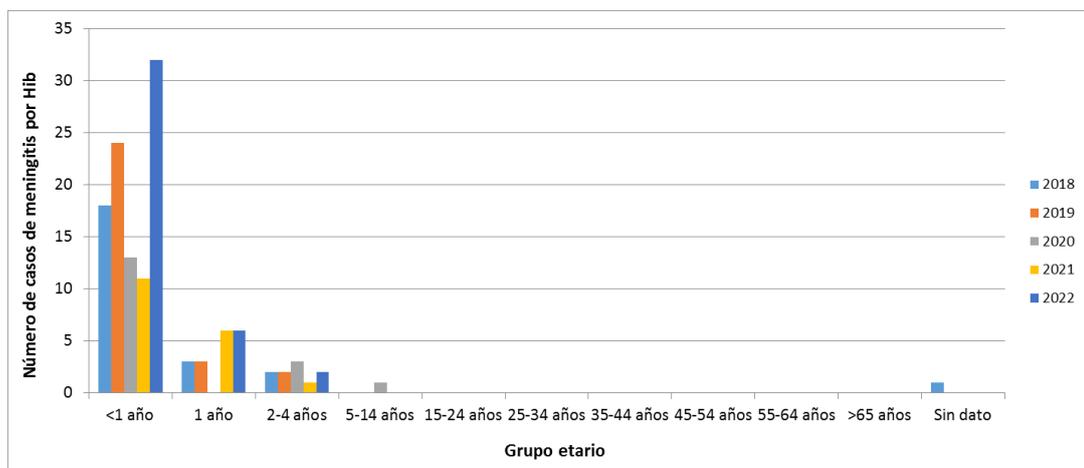
Figura 1. Número de casos y tasas de incidencia de meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b. Argentina 2010-2022



Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS "Dr. C. G. Malbrán"

La distribución de casos por grupo etario presenta un perfil acorde al descrito internacionalmente, con afectación principalmente pediátrica (menores de 5 años) siendo éste el grupo de etario de mayor riesgo ante ausencia de vacunación o esquemas incompletos. En nuestro país, en el quinquenio 2018-2022 el 99% de los casos notificados fueron menores de 5 años, con predominio de los menores de un año. En 2022, **el aumento de casos registrados a nivel global fue a expensas fundamentalmente del incremento evidenciado en menores de 1 año**, grupo etario que registró un aumento del 33% respecto de los casos que se notificaron en 2019.

Figura 2. Número de casos de meningitis por Hib, por grupo etario. Argentina, quinquenio 2018-2022



Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS "Dr. C. G. Malbrán"

La distribución de casos de meningitis por Hib por jurisdicción para el año 2022 se presenta en la Tabla 1.

En 12/24 provincias se notificaron casos. La mayor cantidad de casos (62,5% de las notificaciones) se concentraron en las provincias de Buenos Aires, Santa Fé, Córdoba y Tucumán. Las provincias de La Pampa, San Juan, Tucumán y Santiago del Estero presentaron las tasas de incidencia más altas, superando valores de 0,2/100.000 habitantes.

Tabla 1. Número de casos y tasas de incidencia (cada 100.000 habitantes) de meningitis por Hib, por jurisdicción. Argentina 2022.

Jurisdicción	Número de casos (n)	Tasas de incidencia (100.000)
Buenos Aires	12	0,07
CABA	2	0,06
Catamarca	0	0
Chaco	0	0
Chubut	0	0
Córdoba	4	0,1
Corrientes	0	0
Entre Ríos	0	0
Formosa	0	0
Jujuy	0	0
La Pampa	2	0,55
La Rioja	0	0
Mendoza	2	0,1
Misiones	2	0,16
Neuquén	0	0
Río Negro	0	0
Salta	1	0,07
San Juan	2	0,25
San Luis	1	0,19
Santa Cruz	0	0
Santa Fe	5	0,14
Santiago del Estero	2	0,2
Tierra del Fuego	0	0
Tucumán	4	0,23
TOTAL	40	0,09

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

En 2022 se notificaron dos defunciones por esta causa. La tasa de letalidad por meningitis por Hib para el año 2022 fue de 5%, similar a años previos (Tabla 2).

Tabla 2. Meningitis por *H. influenzae* tipo b. Casos confirmados, fallecimientos y letalidad por año. Argentina, quinquenio 2018-2022.

Año	Casos (n)	Fallecidos (n)	Letalidad (%)
2018	24	0	0
2019	29	1	3,4
2020	17	1	5,8
2021	18	0	0
2022	40	2	5

Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS "Dr. C. G. Malbrán"

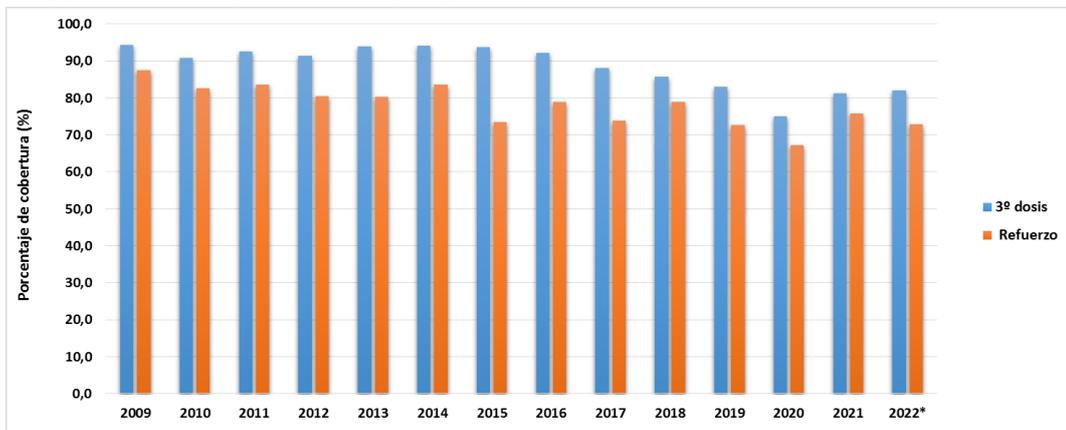
HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B: COBERTURAS DE VACUNACIÓN

Las coberturas nacionales de vacunación de todas las vacunas de la infancia presentaron un descenso paulatino en la década 2009-2019, registrándose en 2019 el valor más bajo de los últimos tiempos (pre pandemia). En 2019, las coberturas vacunales para esquemas básicos completos con quintuple (3º dosis) no alcanzaban el 85% y el refuerzo de los 15-18 meses se encontraba por debajo del 75%. Sobre este escenario desfavorable irrumpió la pandemia por COVID-19 generando en el bienio 2020-2021 una caída aproximada de 10 puntos respecto de los valores alcanzados en 2019.

En 2022 la cobertura para la 3º dosis se mantuvo en valores similares a 2021 y el refuerzo de los 15-18 meses no superó el 75% encontrándose 3 puntos por debajo del valor alcanzado en 2021 a la fecha del presente informe.

Este escenario desfavorable genera un grupo de niños susceptibles que predispone a la reemergencia de la enfermedad y la posibilidad de brotes.

Figura 3. Coberturas Nacionales de Vacunación. Vacuna quintuple/cuádruple bacteriana, 3º dosis (6 meses) y 1º refuerzo (15-18 meses). Argentina 2009-2022



Fuente: Área de datos, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI), Ministerio de Salud de la Nación. Elaborado por DiCEI.

*2022: datos al 07/06/23

A modo de conclusiones a partir de la información presentada, podemos mencionar que en 2022:

- Se evidencia un aumento en el número de casos de meningitis por Hib en menores de 5 años
- El grupo etario donde se registra el mayor aumento es el de menores de 1 año.
- Las coberturas de vacunación para esquema básico completo (3º dosis de quintuple- 6 meses) y 1º refuerzo (15-18 meses) son subóptimas y favorecen el escenario para la reemergencia de esta enfermedad.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA

La enfermedad meningocócica invasiva (EMI) es una enfermedad grave cuya forma más frecuente de presentación es la meningitis con o sin meningococemia. Esta enfermedad presenta un alto riesgo de secuelas irreversibles (principalmente neurológicas) y una tasa de letalidad promedio de 9,2% en la última década en Argentina, lo que representa una de las tasas más altas en lo que respecta a enfermedades inmunoprevenibles.

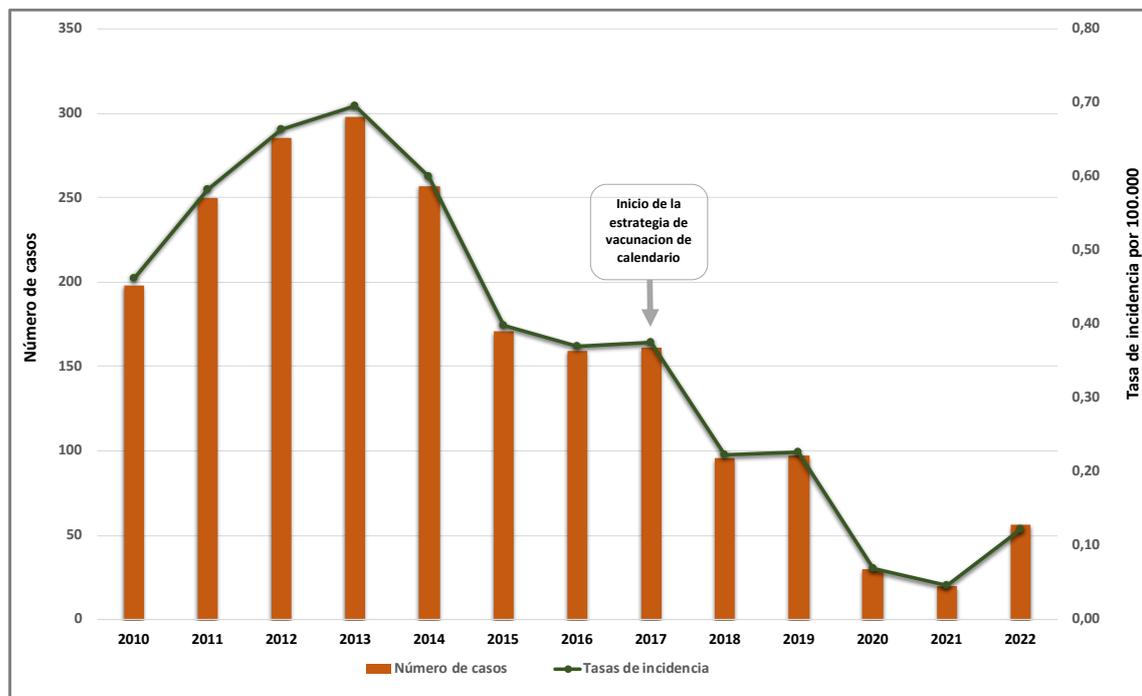
Desde el año 2010, la vigilancia epidemiológica de la EMI en Argentina ha puesto de manifiesto la variabilidad temporal y el dinamismo que la caracteriza.

Previo al año 2015 se notificaban entre 150 y 300 casos anuales de EMI, con tasas de incidencia global entre 0,4 y 0,7/100.000 habitantes. A partir de 2015, comenzó a registrarse una tendencia decreciente en número de casos y tasas de incidencia que se profundizó en 2018 y 2019 en forma independiente al inicio de la estrategia de vacunación (año 2017) y a las coberturas de vacunación subóptimas que se alcanzaron fundamentalmente dentro de los tres primeros años de la estrategia (Figura 1).

En el año 2020 y 2021, el impacto en la reducción de notificación de casos ha sido aún más importante y probablemente multifactorial en contexto de la pandemia de COVID-19 (Figura 1). Para el año 2021 se notificaron únicamente 20 casos de EMI en todo el territorio nacional, con una tasa de incidencia menor a 1/100.000 en lactantes (población más frecuentemente afectada), registrando la cifra más baja de casos a nivel país de las últimas décadas y aún más baja que en 2020 (Figura 2).

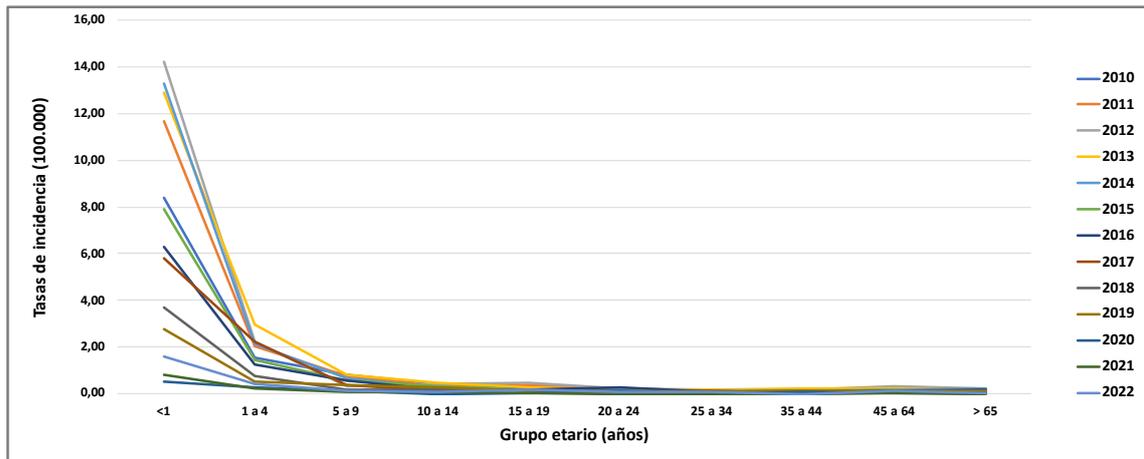
El número de casos notificados en 2022 muestra una tendencia en ascenso respecto del bienio previo habiéndose notificado un total de 56 casos, que representa una incidencia nacional global de 0,12/100.000 habitantes (Figura 1). El perfil clínico de presentación de estos casos fue: 70% meningitis, 14% meningococemia, 7% bacteriemia, 9% otras enfermedades invasivas.

Figura 1. Número de casos y tasas de incidencia de EMI. Argentina 2010-2022



Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS "Dr. C. G. Malbrán"

Como puede evidenciarse en la Figura 2, al analizar la tasa de incidencia de EMI desagregada por grupo etario, el grupo de lactantes (hasta 11 meses de edad inclusive) representa para toda la serie histórica el grupo más afectado. Por otro lado, nuestro país no registra un segundo pico de incidencia en la población adolescente a diferencia de lo que ocurre en otros países de la región y el mundo.

Figura 2. Tasas de incidencia de EMI por grupo etario. Argentina, quinquenio 2010-2022

Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS "Dr. C. G. Malbrán"

El número de casos en lactantes también presentó una tendencia decreciente desde 2015 generando un descenso en la tasa de incidencia de 14,2/100.000 en el año 2012 (tasa más alta de esta serie, cuando se registraban 108 casos anuales en este grupo) a una tasa de 1,6/100.000 para el año 2022 que corresponde a un total de 12 lactantes afectados por EMI. Sin embargo, si se analiza la proporción de lactantes afectados en relación al total de los casos ocurridos anualmente puede evidenciarse que dicha proporción se mantiene relativamente estable desde el año 2016, previo a la introducción de la vacuna al Calendario Nacional: el grupo de lactantes corresponde a aproximadamente el 20-30% de los casos que ocurren anualmente en Argentina, no habiéndose modificado esta proporción en forma significativa desde la introducción de la vacuna tetravalente conjugada al CNV.

En relación con la distribución geográfica de la totalidad de los casos, la mayoría de estos corresponden a notificaciones provenientes de la Región Centro para todos los años de la serie histórica. La distribución de casos de EMI por jurisdicción para el año 2022 se presenta en la Tabla 1.

En 10/24 provincias se notificaron casos. La mayor cantidad de casos (60,7% de las notificaciones) se concentraron en las provincias de Buenos Aires y Santa Fé. Las provincias de Santa Fé y Entre Ríos presentaron las tasas de incidencia más altas, superando valores de 0,2/100.000 habitantes.

Tabla 1. Número de casos y tasas de incidencia (cada 100.000 habitantes) de EMI, por jurisdicción. Argentina 2022.

Jurisdicción	Número de casos (n)	Tasas de incidencia (100.000)
Buenos Aires	18	0,1
CABA	5	0,16
Catamarca	0	0
Chaco	2	0,16
Chubut	0	0
Córdoba	6	0,16
Corrientes	1	0,09
Entre Ríos	4	0,28
Formosa	0	0
Jujuy	0	0
La Pampa	0	0
La Rioja	0	0
Mendoza	0	0
Misiones	1	0,08
Neuquén	0	0
Río Negro	0	0
Salta	1	0,07
San Juan	0	0
San Luis	0	0
Santa Cruz	0	0
Santa Fe	16	0,44
Santiago del Estero	0	0
Tierra del Fuego	0	0
Tucumán	1	0,06
Sin dato	1	-----
TOTAL	56	0,12

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

En 2022 se notificaron ocho defunciones por esta causa. La tasa de letalidad por EMI para el año 2022 fue de 14,3%, similar a años previos (Tabla 2).

Tabla 2. Enfermedad meningocócica invasiva. Casos confirmados, fallecimientos y letalidad por año. Argentina, quinquenio 2018-2022.

Año	Casos (n)	Fallecidos (n)	Letalidad (%)
2018	96	15	15,6
2019	97	9	9,3
2020	30	1	3,3
2021	20	3	15
2022	56	8	14,3

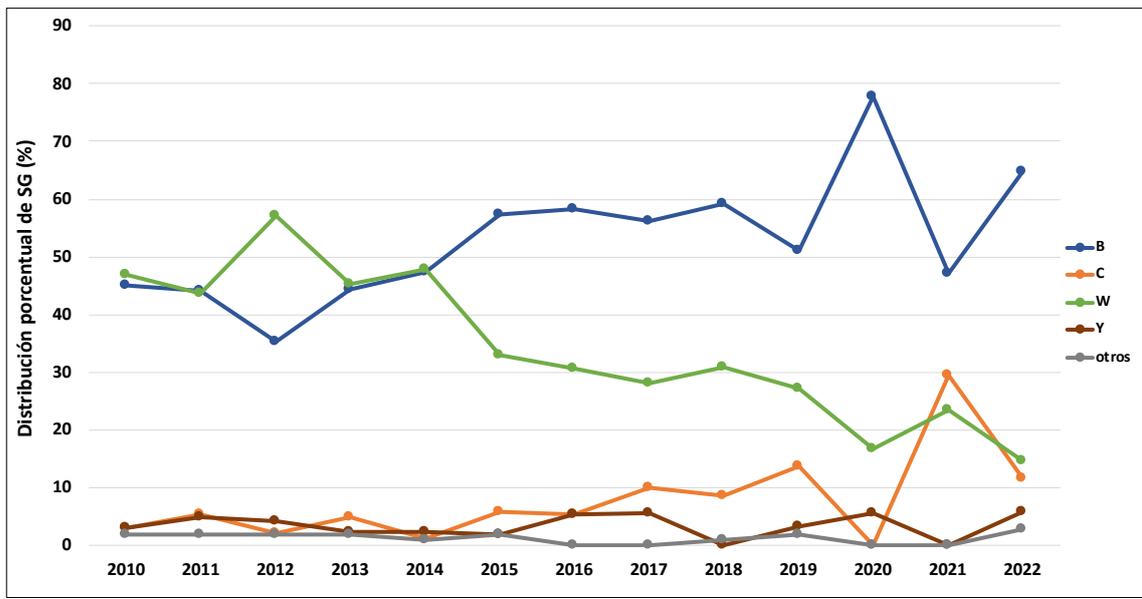
Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos de las "Estadísticas Vitales" de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS "Dr. C. G. Malbrán"

La distribución porcentual de serogrupos (SG) de *Neisseria meningitidis* en Argentina obtenida a partir de los aislamientos seroagrupados durante el período 2010-2022, se presenta en la Figura 3.

En 2022 se evidenció un aumento en la proporción MenB respecto del valor alcanzado en 2019 (pre-pandemia): 65% de los aislamientos seroagrupados vs 51%, respectivamente. En relación con MenW,

desde 2015 se evidenció una tendencia global al descenso, representando en 2022 el 15% de los SG identificados. MenC mostró tendencia creciente entre 2015 y 2021 (29% en 2021) que desciende en 2022 al 12%. MenY registró en 2022 un aumento respecto de la proporción que representaba en 2019 (6% vs 3%, respectivamente). **Los serogrupos W+C+Y contemplados por la vacuna actualmente en uso en nuestro Calendario Nacional, representaron para el año 2022 una distribución porcentual del 33% de los aislamientos seroagrupados** (Figura 3).

Figura 3. EMI. Distribución porcentual de SG de *Neisseria meningitidis*. Argentina 2010-2022

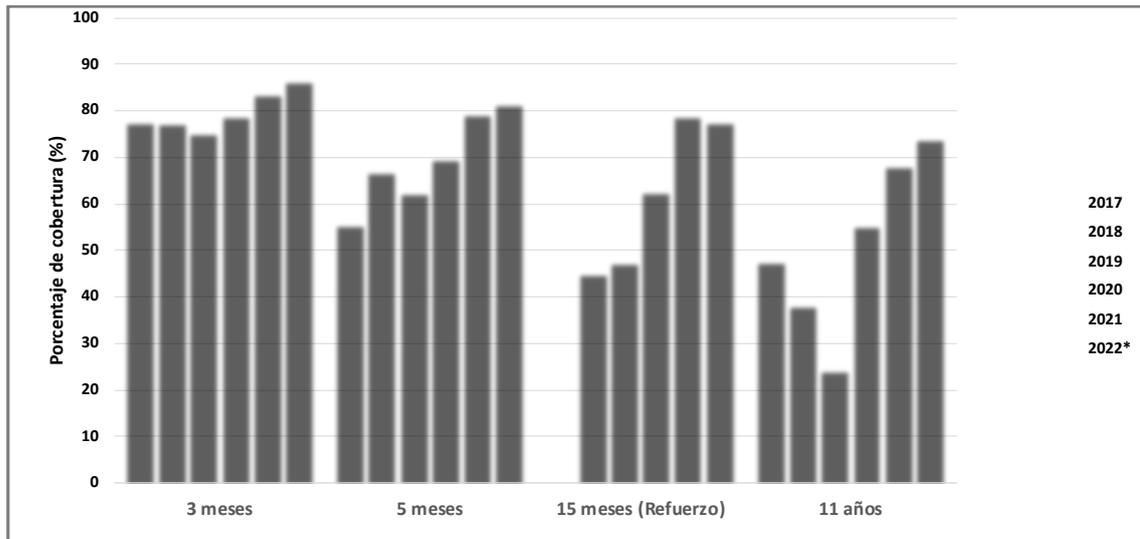


Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS "Dr. C. G. Malbrán"

MENINGOCOCO: COBERTURAS DE VACUNACIÓN

Las coberturas nacionales de vacunación contra meningococo han sido subóptimas (<80%) para todas las dosis (esquema primario y refuerzo en lactantes, y dosis única de adolescentes) desde el inicio de la estrategia en 2017, con excepción de la primera dosis (3 meses) del año 2021 que alcanzó un valor de 83,6% (Figura 4). Sin embargo, se evidencia una tendencia ascendente para todas las dosis de ambos grupos etarios en el bienio 2020-2021. En el año 2022 se registraron valores superiores a 2021 para la dosis de 3 meses, 5 meses y 11 años. El refuerzo de los 15 meses no alcanzó los valores registrados en 2021. Al momento del presente informe, **la única dosis que superó el 85% en 2022 fue la de los 3 meses.**

Figura 4. Coberturas Nacionales de Vacunación. Vacuna contra Meningococo (ACYW). Argentina 2017-2022



Fuente: Área de datos, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI). Elaborado por DiCEI.

* 2022: Datos al 07/06/2023

A modo de conclusiones a partir de la información presentada, podemos mencionar que en 2022:

- Se evidencia un aumento en el número de casos de EMI respecto de los últimos años
- Las coberturas de vacunación contra meningococo, si bien en el último bienio presentaron los valores más altos desde el inicio de la estrategia, aún son insuficientes para controlar la enfermedad y evitar la reemergencia de enfermedad por serogrupos vacunales.

MENINGITIS BACTERIANA: DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso probable de meningocefalitis bacteriana: paciente que presenta criterio clínico y criterio de laboratorio:

– *Criterio clínico:* fiebre súbita mayor o igual de 38°C y cefalea asociados a uno o más de los siguientes signos y/o síntomas:

- Rigidez de nuca.
- Signos de irritación meníngea: Kernig, Brudzinsky.
- Alteración de conciencia como somnolencia, confusión, letargia, estupor o coma (definido por Escala de Glasgow).
- Alteraciones motoras o sensitivas o de los pares craneales.
- Manifestaciones hemorrágicas de la piel: petequias, equimosis, rash maculopapular y/o purpúrico.
- Convulsiones.
- Vómitos incoercibles.
- Fotofobia.
- Otros signos de sepsis o shock séptico.

Los niños menores de 1 año pueden presentar hipotermia (temperatura menor o igual a 36°C) o fiebre (temperatura mayor o igual a 38°C) asociado a uno o más de los siguientes signos y síntomas:

- Irritabilidad.
- Letargo.
- Convulsiones.
- Alteración del patrón de sueño.
- Llanto persistente.
- Rechazo del alimento.
- Abombamiento de fontanela.
- Otros signos de sepsis.
- Otros signos de shock séptico.

En adultos mayores puede no existir hipertermia, rigidez de nuca o rash maculopapular. Pueden presentar alteración del nivel de conciencia, signos de foco neurológico, convulsiones, sepsis o shock séptico. Asimismo, los pacientes inmunocomprometidos pueden manifestar formas agudas o subagudas con cefalea y fiebre de inicio gradual y progresivo, rigidez de nuca, vómitos, fotofobia, alteraciones conductuales, alteraciones de la conciencia o signos de foco neurológico.

– *Criterio de laboratorio:* líquido cefalorraquídeo (LCR) con una o más de las siguientes características:

- Aspecto turbio.
- Recuento de leucocitos mayor de 100cel/mm³, con más de 80% de neutrófilos.
- Proteína mayor de 100 mg/dl.
- Glucorraquia menor de 40 mg/dl o menor del 50% de la glucemia.
- Presencia de diplococos Gram negativos (probable *Neisseria meningitidis*), diplococos Gram positivos (probable *Streptococcus pneumoniae*) o cocobacilos gramnegativos (probable *Haemophilus influenzae*) en el examen directo.
- Detección de antígeno bacteriano por látex o coagulación en LCR.

Caso confirmado de Meningoencefalitis Bacteriana:

- Caso probable de Meningoencefalitis Bacteriana confirmado por cultivo o detección de ADN (ácido desoxirribonucleico) específico de *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* o *Haemophilus influenzae* en líquido cefalorraquídeo (LCR) por la técnica de PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa).
- Caso probable de Meningoencefalitis Bacteriana con nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio de meningoencefalitis bacteriana u otra enfermedad invasiva bacteriana (*N. meningitidis*, *S. pneumoniae* o *H. influenzae*).

Notificación:

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

- **Grupos de eventos:** Meningoencefalitis
- **Evento:**
 - Meningoencefalitis
- **Estrategias de vigilancia:** Nominal con datos completos ante la sospecha
- **Periodicidad de notificación:** Notificación inmediata

La meningoencefalitis constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley Nacional 15465 en todas las etapas de su evolución, desde la sospecha, la presentación clínica, los antecedentes epidemiológicos así como los antecedentes de vacunación y los tratamientos aplicados.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

En relación a la estrategia de inmunización, en Argentina las vacunas contra *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae* tipo b, se encuentran disponibles en forma gratuita y obligatoria en el Calendario Nacional de Vacunación (ver apartado Acciones de Investigación, Prevención y Control).

La vacuna antimeningocócica que se encuentra incluida en el Calendario Nacional de vacunación es la vacuna tetravalente conjugada (ACYW). La vacuna antineumocócica que contempla el calendario nacional, es la conjugada 13-valente para niños y la combinación de 13-valente conjugada y 23-valente polisacárida para personas con factores de riesgo y/o mayores de 65 años. La vacunación contra *Haemophilus influenzae* tipo b está incluida en la vacuna quintuple.

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

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

VARICELA

La varicela es una enfermedad infectocontagiosa aguda que resulta de la infección primaria producida por el virus varicela zóster (VVZ). Es una enfermedad exantemática febril, altamente contagiosa y de distribución mundial que, en ausencia de un programa de vacunación universal, afecta a casi todas las personas antes de alcanzar la edad adulta. La tasa de ataque secundario en convivientes susceptibles alcanza el 80-90%.

Se presenta habitualmente en la primera década de la vida y ha sido considerada una enfermedad benigna; sin embargo, no se encuentra exenta de complicaciones incluso en niños inmunocompetentes: la sobreinfección bacteriana de las lesiones cutáneas es la más frecuente (impetiginización, celulitis) -en general secundarias al rascado- y pueden, a su vez, dar lugar a infecciones graves como fascitis necrotizante, neumonía bacteriana o sepsis. Se han descrito con frecuencia infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus* como complicación de la varicela. El síndrome de shock tóxico por estreptococo es una complicación infrecuente pero muy grave.

Por otro lado, determinadas poblaciones susceptibles de “alto riesgo” (adultos, personas gestantes, inmunosuprimidos o con ciertas enfermedades subyacentes) presentan mayor tasa de complicaciones y/o evolución más grave e incluso fatal.

SITUACIÓN NACIONAL A LA SE 52 DE 2022

12.503

Casos notificados en 2022

- ✓ Durante 2022 se notificaron 12.503 casos de varicela
- ✓ Se registraron casos en todos los grupos etarios y todas las jurisdicciones

En Argentina, previo a la introducción de la vacuna al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) se notificaban al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) entre 100.000-180.000 casos anuales de varicela con una tasa anual aproximada de 240-450 casos/100.000 habitantes (Figura 1), con predominio en niños menores de 10 años de edad y una incidencia que demostraba que las mayores tasas específicas según edad correspondían a los grupos de 12-23 meses y de 24-48 meses. Sin embargo, debido a la importante subnotificación que esta patología presenta (fundamentalmente relacionada a las consultas ambulatorias con evolución favorable), se estima que la carga de enfermedad era aún mayor y ocurrían alrededor de 350.000 a 400.000 casos nuevos de varicela por año en Argentina. A su vez, la curva epidémica de casos mostraba que en nuestro país la estacionalidad predominante era en primavera – verano.

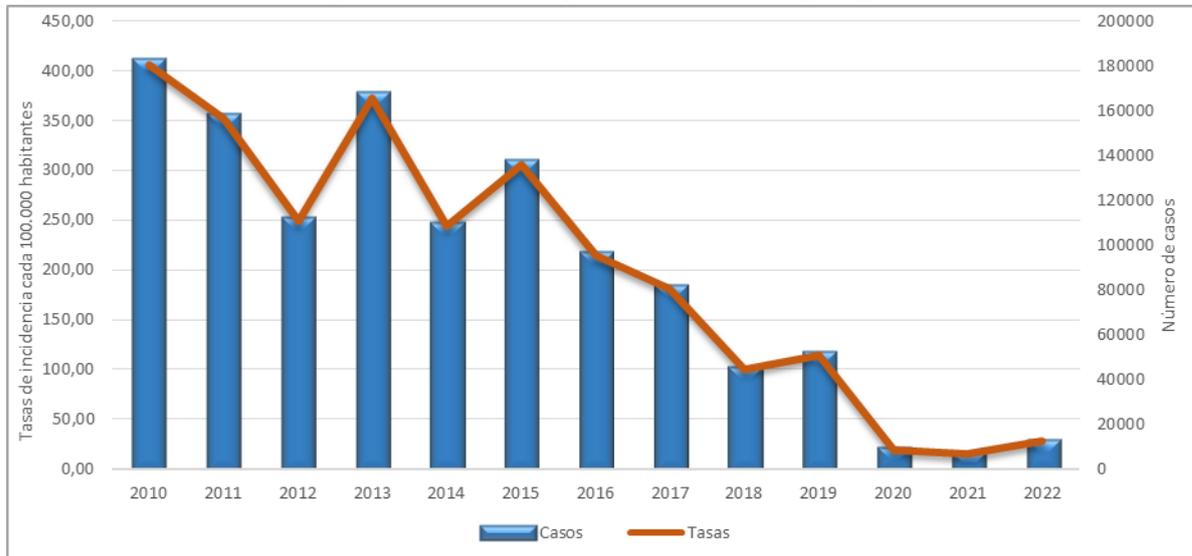
En el año 2015, Argentina introdujo la vacuna contra varicela a su CNV con esquema de dosis única a los 15 meses de vida, con el objetivo de controlar la enfermedad causada por el VVZ en niños de Argentina a fin de disminuir la internación, morbilidad y mortalidad por varicela y sus complicaciones.

Previo a la pandemia y a 5 años de su implementación (2015-2019), se registraba una disminución mayor al 50% en la tasa de incidencia global de la enfermedad (Figura 1) aún con coberturas nacionales de vacunación menores al 80%.

En los años 2020 y 2021, se puede evidenciar una reducción más pronunciada en la notificación de casos (no superando los 9.000 casos en ninguno de ambos años) y tasas de incidencia global, probablemente relacionado a múltiples factores relacionados con la ocurrencia de la pandemia por COVID-19 (Figura 1).

En 2022 se registraron 12.503 casos, con una tasa global de 27/100.000 habitantes (Figura 1).

Figura 1. Número de casos y tasas de varicela (100.000 habitantes). Argentina. Años 2010-2022



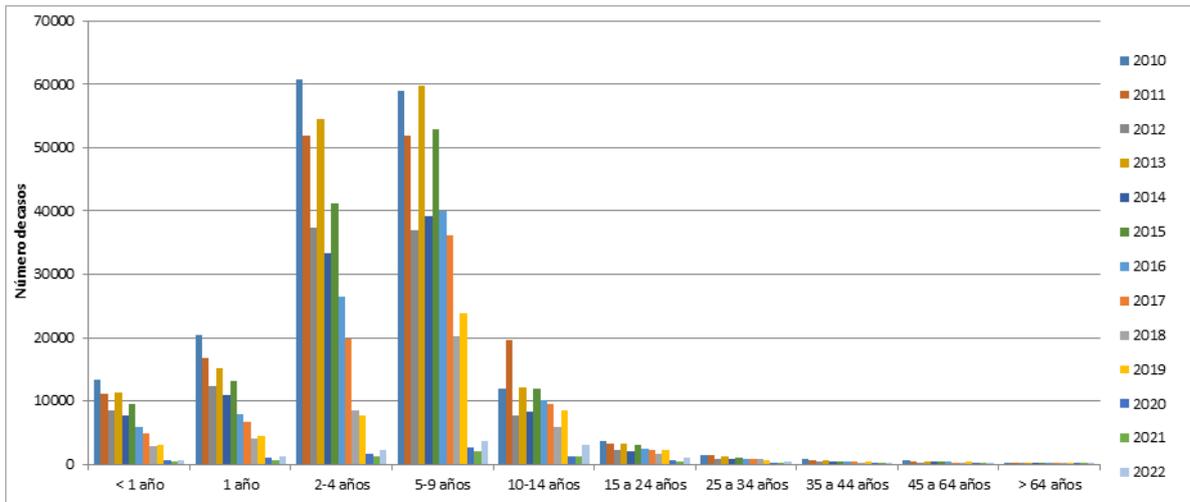
Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI) en base a datos extraídos del SNVS 2.0.

Las mayores reducciones en la incidencia de la enfermedad en el período 2010-2019 se registran en el grupo de edad alcanzado por la estrategia de vacunación (población objetivo a vacunar): grupos de 12-23 meses y de 2-4 años (Figura 2 y 3). Sin embargo, se evidencia también una disminución significativa de casos y tasas en todos los grupos etarios no elegibles para la vacunación (Figura 2 y 3), incluidos los lactantes, adolescentes y adultos. Esto sugiere una considerable protección de rebaño que amplía el beneficio de la vacunación más allá de la población beneficiada de forma directa por la estrategia.

En 2020 y 2021, se registró el menor número de casos y de tasas de incidencia de toda la serie histórica, en todos los grupos etarios, probablemente relacionado con la pandemia por COVID-19 como se mencionó previamente.

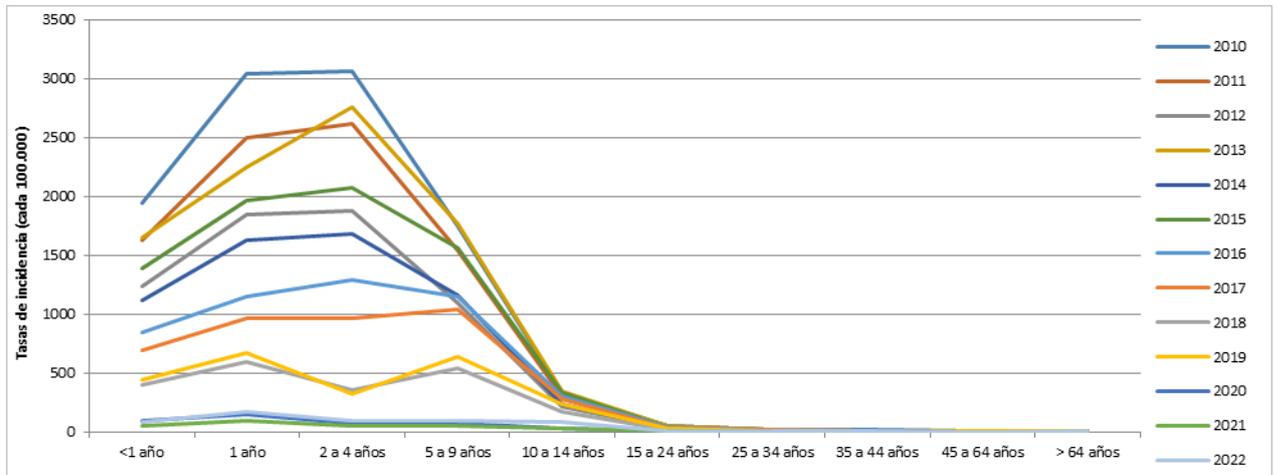
En 2022, todos los grupos etarios y todas las jurisdicciones registraron casos de varicela (Tabla 1). Dentro del grupo de menores de 5 años, la tasa más alta se registró en el subgrupo de 1 año de vida (173/100.000), seguido por el grupo de 2 a 4 años y posteriormente el de menores de 1 año. De todos los grupos etarios por encima de los 5 años de edad, el grupo de 5 a 9 años registró la tasa más alta de incidencia (Figura 3).

Figura 2. Número de casos de varicela por grupo etario, por año. Argentina 2010-2022



Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI) en base a datos extraídos del SNVS 2.0.

Figura 3. Tasas de incidencia de varicela por grupo etario (cada 100.000), por año. Argentina 2010-2022



Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI) en base a datos extraídos del SNVS 2.0.

En 24/24 provincias se notificaron casos. La mayor cantidad de casos (41% de las notificaciones) se concentraron en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza. Las provincias de Neuquén, La Rioja y Tierra del Fuego presentaron las tasas de incidencia más altas, superando valores de 52/100.000 habitantes (Tabla 1).

Tabla 1. Número de casos y tasas de incidencia (cada 100.000 habitantes) de varicela, por jurisdicción. Argentina 2022.

Jurisdicción	Número de casos (n)	Tasas de incidencia (100.000)
Buenos Aires	2944	16,47
CABA	496	16,1
Catamarca	197	46,63
Chaco	573	46,67
Chubut	268	41,42
Córdoba	1196	31,18
Corrientes	165	14,48
Entre Ríos	637	45,15
Formosa	118	19,2
Jujuy	362	45,97
La Pampa	203	55,72
La Rioja	275	68,12
Mendoza	1016	50,05
Misiones	251	19,48
Neuquén	577	84,76
Río Negro	373	47,67
Salta	561	38,44
San Juan	346	43,37
San Luis	260	49,92
Santa Cruz	183	47,68
Santa Fe	480	13,37
Santiago del Estero	172	17,23
Tierra del Fuego	96	52,75
Tucumán	754	43,48
Sin dato	0	-----
TOTAL	12503	27

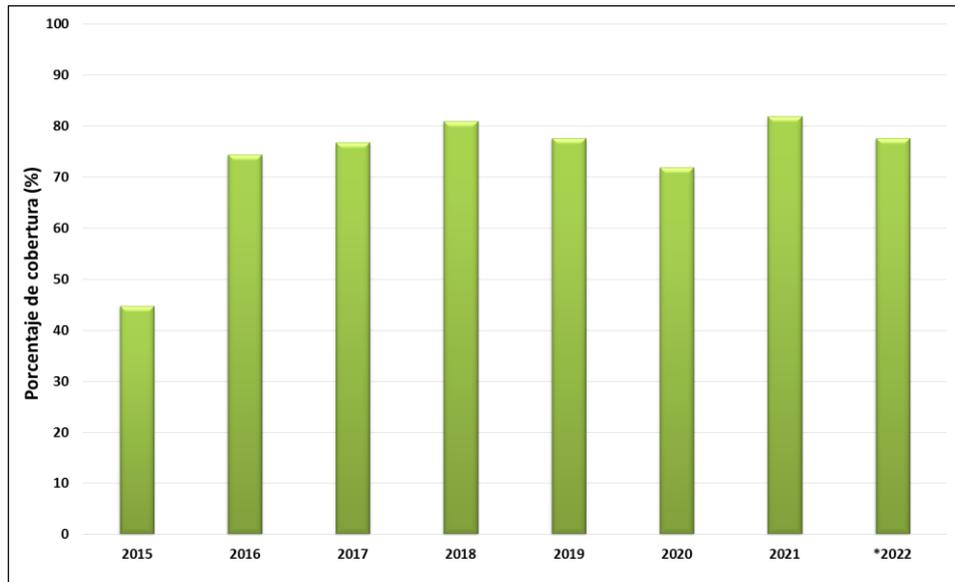
Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0

VARICELA: COBERTURAS DE VACUNACIÓN

Las coberturas nacionales de vacunación contra varicela han sido subóptimas desde el inicio de la estrategia en 2015, alcanzando valores máximos en 2018 y 2021: 81% y 81,9% respectivamente (Figura 4). En el año 2022 se registró una cobertura menor que en 2021, no alcanzando el 78% en la dosis de los 15 meses al momento del presente informe. (Figura 4)

En el año 2022 se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación la segunda dosis de vacuna contra varicela para ser aplicada al ingreso escolar (5 años) con el objetivo de contribuir al control de la enfermedad causada por el VVZ en Argentina así como de la posibilidad de brotes en poblaciones vacunadas.

Figura 4. Coberturas Nacionales de Vacunación. Vacuna contra varicela en lactantes (15 meses). Argentina 2015-2022



Fuente: Área de datos, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI). Elaborado por DiCEI.

* 2022: Datos al 07/06/2023

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

La vacunación contra varicela es la forma más efectiva para la prevención primaria de la enfermedad y forma parte del Calendario Nacional de Vacunación desde el año 2015 para todos los nacidos a partir del 1 de octubre de 2013. Desde 2022 el esquema de vacunación completo contempla **dos dosis de vacuna (a los 15 meses y 5 años)**.

Profilaxis post-exposición:

Las personas susceptibles expuestas a varicela disponen de distintas opciones de profilaxis postexposición (PPE) con una eficacia similar para reducir el riesgo de enfermedad moderada o grave (80-85% aproximadamente): vacuna, gammaglobulina o aciclovir (para más información en relación a las alternativas disponibles para PPE consultar: “Fundamentos de la introducción de la vacuna contra varicela al Calendario Nacional de Inmunizaciones, Argentina 2015”, Profilaxis postexposición. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/fundamentos-de-la-introduccion-de-la-vacuna-contra-varicela>).

Es importante destacar que el Ministerio de Salud de la Nación **no provee la vacuna contra varicela para PPE ni para control de brotes** en personas que no pertenezcan a la POV detallada en este documento.

DEFINICIÓN DE EXPOSICIÓN A LA VARICELA:

- Contactos convivientes (la varicela se presenta en aproximadamente 85% de los contactos susceptibles)
- Contacto estrecho (más de una hora)
- En el hospital:

- Varicela: paciente o visitante con varicela en la misma habitación o en camas adyacentes en pabellones. Contacto estrecho.
 - Zoster: Contacto íntimo (tacto).
- Recién nacidos: inicio de la varicela en la madre en los cinco días previos al parto y hasta 48 horas después del mismo; **la VZIG no está indicada si la madre sólo tuvo zóster.**

En neonatos sanos expuestos a varicela, incluyendo a aquéllos cuyas madres hubieran tenido exantema después de las 48 horas del nacimiento, la inmunoglobulina para varicela no tiene indicación.

El Ministerio de Salud de la Nación provee la VZIG para personas sin evidencia de inmunidad que presentan contraindicaciones para recibir vacunación y tengan alto riesgo de enfermedad grave y/o complicaciones.

La administración de VZIG ha demostrado ser efectiva cuando es aplicada lo más tempranamente posible, dentro de los 10 días post exposición. La duración de la protección es desconocida pero es probable que sea de, al menos, tres semanas. Las personas susceptibles no vacunadas, que presenten una nueva exposición a varicela después de este período, deberán recibir nuevamente la VZIG.

Los pacientes que reciben inmunoglobulina endovenosa (IGIV) mensual (400 mg/kg) de manera regular, están protegidos si la misma fue recibida tres semanas o menos antes de la exposición.

La VZIG no está recomendada para el tratamiento de la varicela. La VZIG podría extender el periodo de incubación a más de 28 días.

Dosis: La VZIG disponible en la actualidad se administra por vía IM con la siguiente dosificación:

Nombre	Vía de administración	Dosis
VZIG	intramuscular	125 UI cada 10 kg (dosis máxima: 625 UI)

En caso de no disponer de VZIG podrá administrarse IGIV. La IGIV se administra en forma endovenosa, en una dosis de 400 mg/kg.

Los pacientes sanos e inmunocomprometidos, niños y adultos (excepto receptores de precursores hematopoyéticos) que presenten antecedentes de varicela, deben ser considerados como inmunes. Los receptores de precursores hematopoyéticos deben considerarse no inmunes, es decir, no deben tenerse en cuenta sus antecedentes previos de enfermedad ni de vacunación.

La gammaglobulina específica no está indicada en personas que recibieron dos dosis de vacuna y después se convirtieron en huéspedes inmunocomprometidos por enfermedad o tratamiento. Estas personas deben ser monitoreadas y eventualmente se les indicará tratamiento temprano con aciclovir si desarrollan la enfermedad.

La gammaglobulina específica está indicada en pacientes sin antecedentes de inmunidad y en tratamiento corticoideo crónico (más de 2 mg/kg o dosis total de 20 mg/día de prednisona o equivalente, durante más de 14 días).

El valor predictivo positivo de la anamnesis cuidadosa sobre antecedentes positivos de varicela en una persona de riesgo expuesta es mayor al 90%, siendo suficiente para determinar inmunidad.

RECOMENDACIONES PARA EL USO DE VZIG

1. Pacientes inmunocomprometidos: debe indicarse a pacientes con compromiso inmunitario y sin evidencia de inmunidad, después de la exposición directa a pacientes con varicela o HZ diseminado. Se incluye a aquellos con:

- inmunodeficiencias primarias y adquiridas
- neoplasias
- tratamiento inmunosupresor

2. Neonatos que presenten las siguientes condiciones de riesgo:

- Neonatos hijos de madre con diagnóstico de varicela periparto: está indicada para neonatos de madres con síntomas y signos de varicela entre cinco días antes y dos días después del parto. No es necesario si la madre inició los síntomas antes de los cinco días por pasaje trasplacentario de anticuerpos. No existe evidencia que los niños nacidos de madres que tienen varicela después de las 48 horas del parto tienen mayor riesgo de complicaciones. La inmunoglobulina específica no estaría recomendada para recién nacidos a término y sanos, expuestos postnatalmente, incluso si la madre no tuvo varicela.

- Neonatos prematuros expuestos: la transmisión de varicela en neonatología es rara debido a que la mayoría de los neonatos están protegidos por los anticuerpos maternos. Los neonatos prematuros expuestos deben ser evaluados de manera individualizada. El riesgo de complicaciones en este grupo es desconocido. Sin embargo, debido a que el sistema inmune de los neonatos prematuros no está totalmente desarrollado, se recomienda administrar la gammaglobulina específica a nacidos con más de 28 semanas de gestación expuestos y sin evidencia confiable de varicela materna. Los prematuros expuestos de menos de 28 semanas de gestación o peso menor de 1.000 g al nacer deberán recibir la inmunoglobulina específica **independientemente de los antecedentes de varicela materna.**

3. Embarazadas en cualquier trimestre de gestación: Tienen mayor riesgo de varicela grave y complicaciones.

- está recomendada para la embarazada expuesta sin evidencia de inmunidad. Debe tenerse en cuenta que no previene la viremia, la infección del producto de la concepción, el síndrome de varicela congénita o la varicela neonatal. Se le indica para prevenir las complicaciones inherentes a ella.

Los neonatos de madres que tuvieron varicela entre cinco días previos y dos días después del parto deben recibir la VZIG, independiente de la fecha en el cual la madre la recibió.

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON VZIG

A todo paciente que hubiera recibido VZIG debe administrarse posteriormente la vacuna contra varicela en caso que corresponda y si no hubiera contraindicaciones al respecto. No obstante, esta práctica debe postergarse hasta 5 meses después de la administración de la inmunoglobulina. La

vacuna no es necesaria si el paciente desarrollara varicela después de la administración de la inmunoglobulina.

La solicitud de VZIG a la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI) deberá realizarse a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones jurisdiccional, enviando la “Ficha de solicitud de gammaglobulina anti-varicela” (Imagen 1). La ficha deberá estar completa con todos los datos solicitados del paciente (completar el apartado que corresponda según la condición del paciente por la cual se solicita la VZIG: embarazada, neonato o huésped inmunocomprometido) y del profesional responsable de la solicitud para que pueda darse curso a la misma.

Imagen 1. Ficha de solicitud de gamma globulina anti-varicela

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles	Secretaría de Gobierno de Salud	 Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación
--	------------------------------------	--

FICHA DE SOLICITUD DE GAMMAGLOBULINA ANTI VARICELA

PROVINCIA:..... DPTO. REGION.....

ESTABLECIMIENTO:.....

COMPLETAR SEGÚN CORRESPONDA A LA SITUACIÓN DEL PACIENTE QUE RECIBIRÁ GAMMAGLOBULINA

1) DATOS DE LA EMBARAZADA

Apellido y nombre:..... Edad:..... Peso:..... Edad Gestacional:.....

Fecha de Inicio de síntomas del caso índice..... Fecha de contacto del paciente con el caso índice.....

Antecedente de varicela o vacunación: si.....no..... Serología (IgG): positiva..... negativa..... no posee.....

Profesional:.....

Lugar y fecha:.....

Dosis aplicada:..... Lote N°..... Fecha de vencimiento:...../...../.....

2) DATOS DEL RECIEN NACIDO

Apellido y nombre:..... Fecha de nacimiento:...../...../..... Hora:.....

Peso:..... Edad gestacional:..... Fecha de Inicio de enfermedad materna:.....

Establecimiento:..... Fecha de aplicación:...../...../..... Hora:..... Dosis aplicada:.....

Lote N°..... Fecha de vencimiento:...../...../.....

3) DATOS DEL INMUNOSUPRIMIDO

Apellido y nombre:..... Edad:..... Peso:..... Enfermedad de base:.....

Fecha de Inicio de Síntomas del caso índice..... Fecha de contacto del paciente con el caso índice.....

Antecedente de varicela o vacunación: si.....no..... Serología (IgG): positiva..... negativa..... no posee.....

Fecha de aplicación de gammaglobulina:...../...../..... Dosis aplicada:..... Establecimiento:.....

Lote N°..... Fecha de vencimiento:...../...../.....

DATOS PROFESIONAL RESPONSABLE:

Apellido y nombre:.....

Cargo o función:.....

Lugar y fecha:.....

Nota:
- La ficha deberá ser remitida al referente provincial del área de inmunizaciones

Es fundamental que los equipos de salud notifiquen los casos de varicela para optimizar la vigilancia.

Se recomienda promover la vacunación entre los equipos de salud y en la población, tanto para la primera como para la segunda dosis del esquema vigente, en función de sostener el control de la enfermedad.

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. El tratamiento requiere hospitalización. La pronta administración de toxoide tetánico y gammaglobulina antitetánica pueden contribuir a disminuir su severidad.

SITUACIÓN NACIONAL HASTA LA SE 23 DE 2023

4

Casos confirmados reportados en 2023

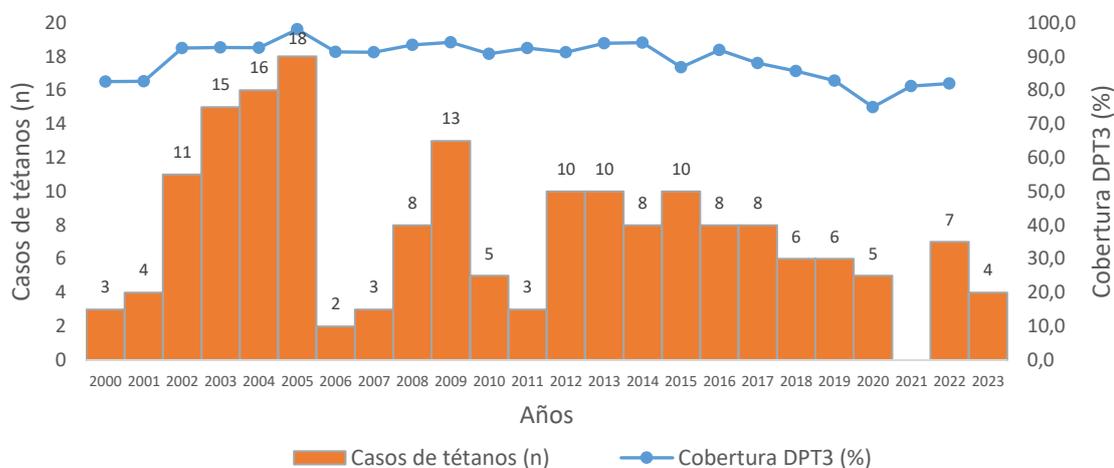
18-87

Rango de edad (en años)

- ✓ Durante 2022 se confirmaron 7 casos de tétanos y 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 el año pandémico. Los casos registrados en 2023 ocurrieron en adultos jóvenes y adultos mayores que no habían recibido el refuerzo de vacuna y/o gammaglobulina antitetánica indicadas ante heridas tetanígenas.

Figura 1. Casos de tétanos y coberturas de vacunación (DPT3). Argentina. Años 2000-2023 (hasta SE 23).



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.

Más información sobre vigilancia epidemiológica y prevención de tétanos

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

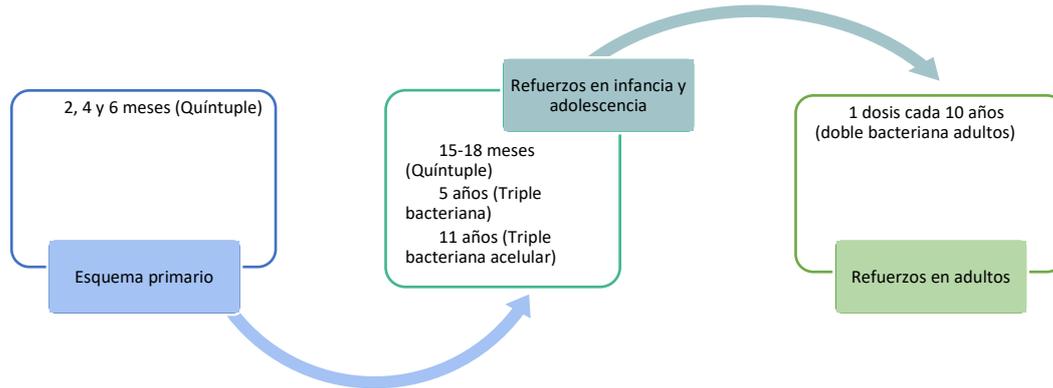
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ficha-de-notificacion-tetanos>

<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.

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 ¹	Herida tetanígena ²	
	Vacuna dT	Vacuna dT	IGT ³
No vacunado o <3 dosis o desconocida	1 dosis	1 dosis	1 dosis (en un lugar diferente de aplicación)
3 o 4 dosis	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 ⁴
5 dosis o más	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 ⁴

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. 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. 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.

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 HASTA LA SE 23 DE 2023

0

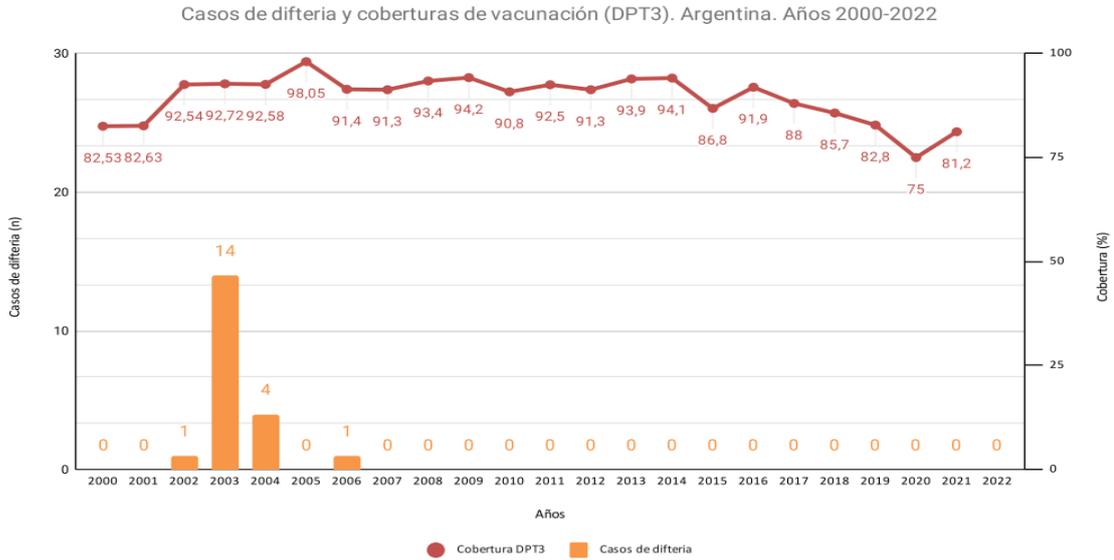
Casos reportados en 2023

- ✓ 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.

Figura 1. 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.

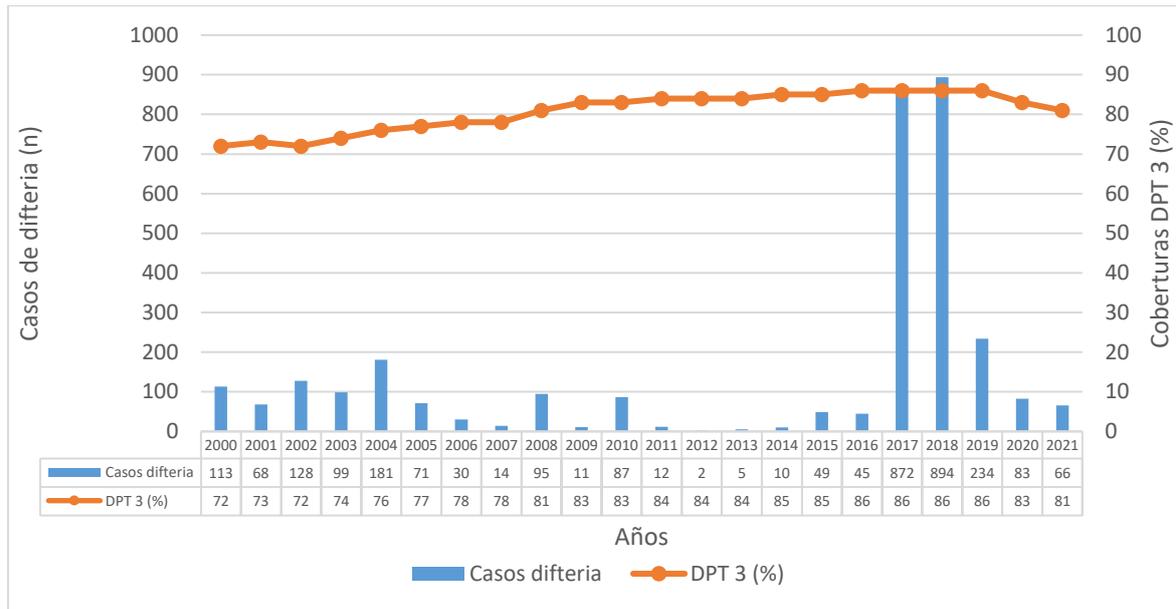
SITUACIÓN INTERNACIONAL

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.

Figura 2. 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

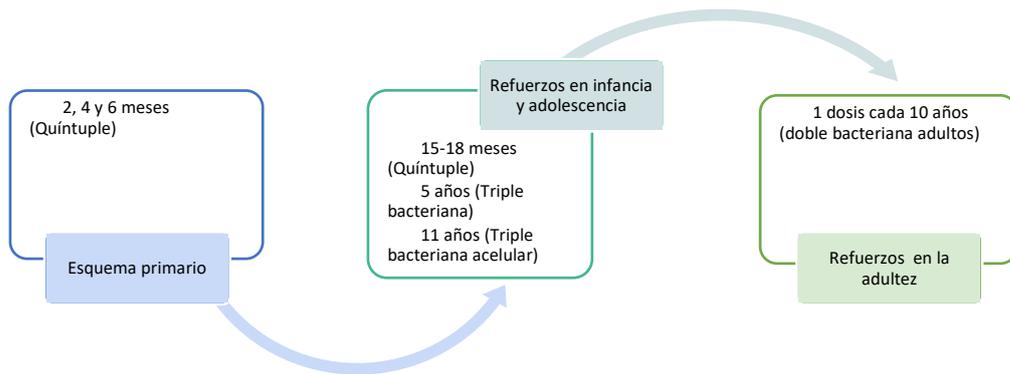
Más información sobre vigilancia epidemiológica y prevención de difteria

<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



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>
- ✓ Ante una herida tetanígena consultar con un profesional de salud que evalúe la necesidad de indicar profilaxis con vacuna y/o gammaglobulina antitetánica.

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 HASTA LA SE 23 DE 2023

323

0 - 19

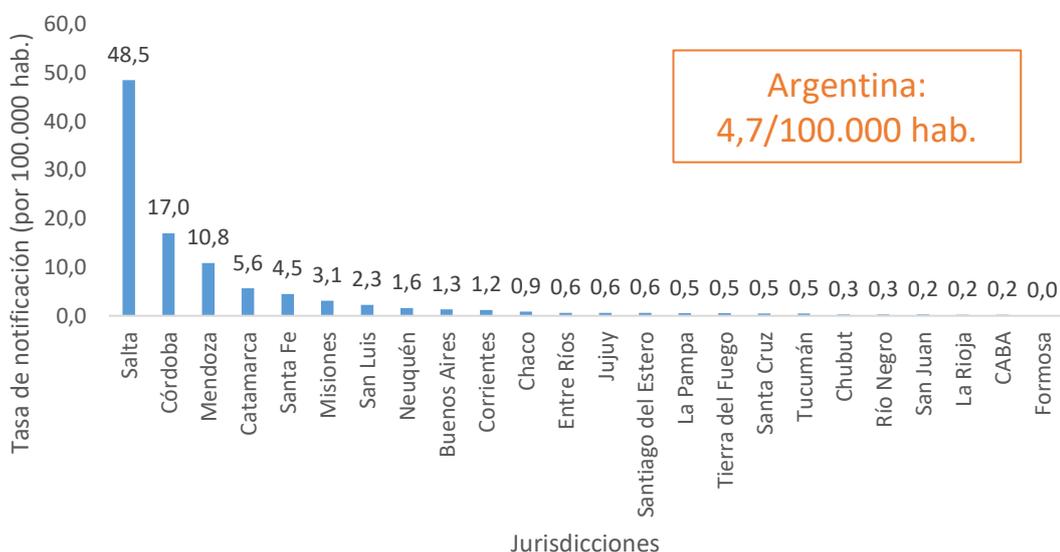
Casos confirmados en 2023

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, momento en el que se registró la mayor mortalidad. 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. Entre las SE 1-23 de 2023 se notificaron al SNVS 2.0 un total de 2181 casos sospechosos de coqueluche en todo el país.

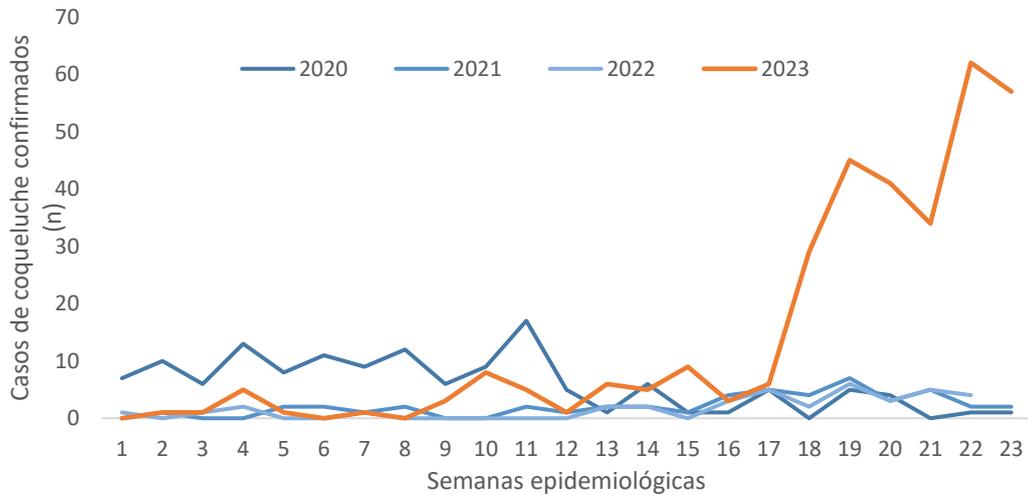
Figura 1. Tasa de notificación de casos sospechosos de coqueluche. SE 1-20. Año 2023.



Fuente: Elaboración propia de DICEI en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

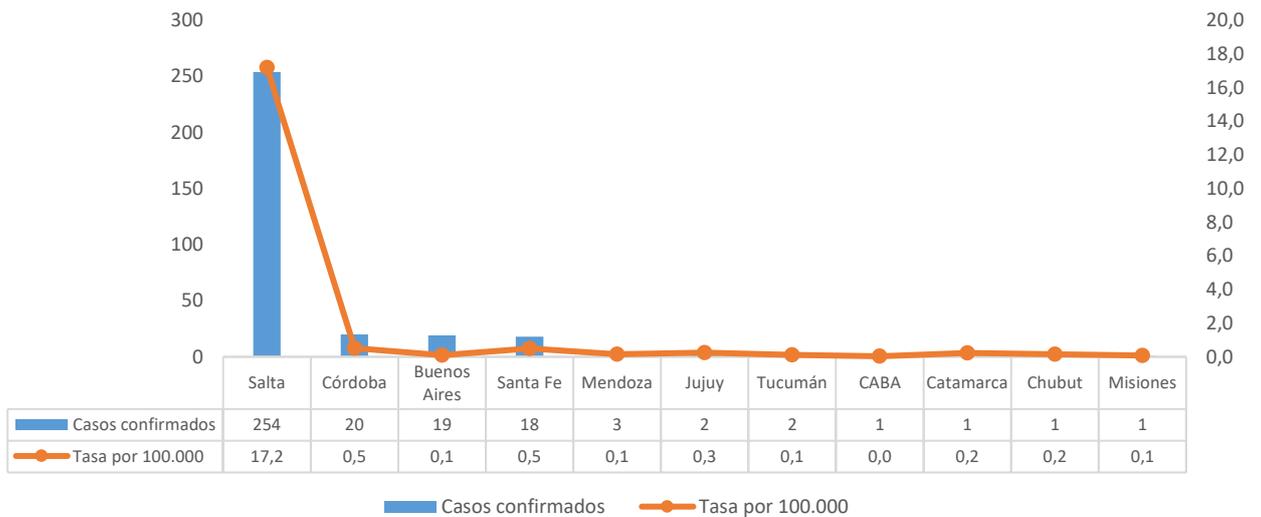
Se confirmaron al momento 323 casos (positividad de 15%). Los casos actualmente se encuentran agrupados en la provincia de Salta donde se registra el 78% de los casos del país. Si bien se observa circulación desde el inicio del 2023 el brote actual presenta una curva exponencial desde la SE 17, por encima de lo ocurrido desde el inicio de la pandemia de SARS-CoV-2.

Figura 2. Casos de coqueluche por semana epidemiológica entre las SE 1-23. Años 2020-2023. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de DICEI en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

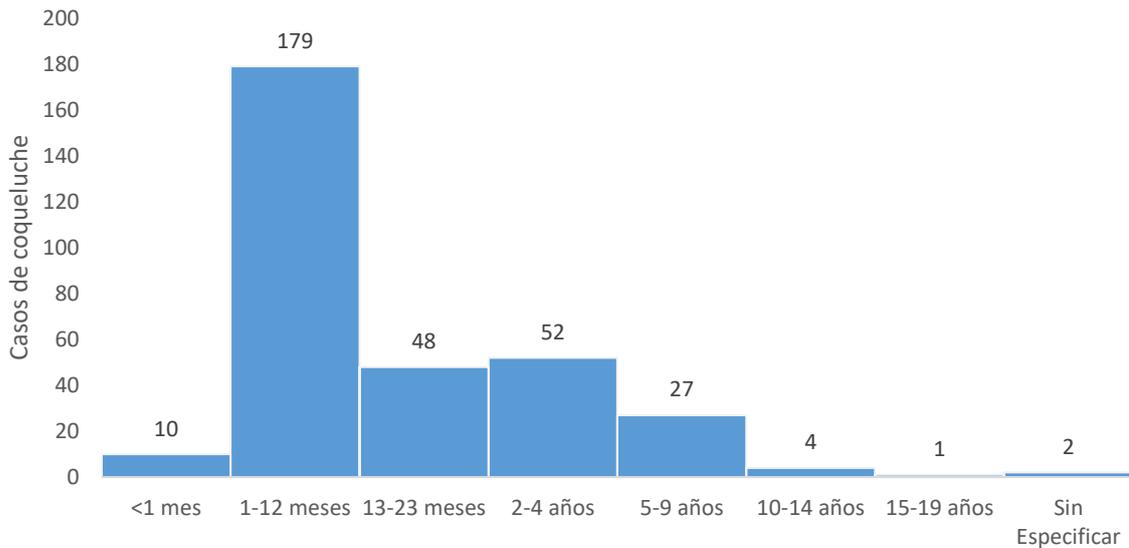
Figura 3. Tasa de incidencia de coqueluche por 100.000 habitantes según jurisdicciones. Argentina. SE 1-23. Año 2023.



Fuente: Elaboración propia de DICEI en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

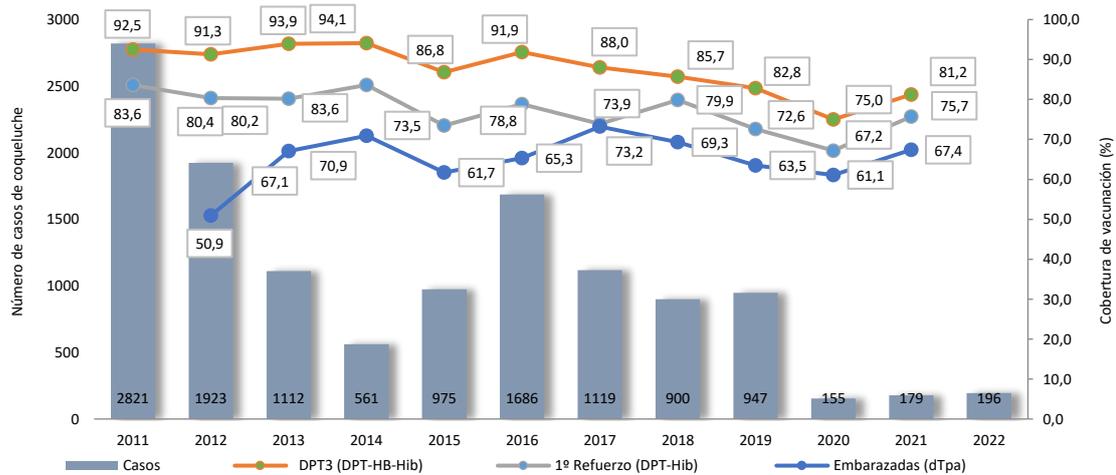
La distribución por edad mostró que el 59% de los casos confirmados fueron menores de 1 año y los menores de 1 mes representaron el 3%. La tasa de incidencia general fue de 0,7 casos/100.000 habitantes y en menores de 1 año fue de 35,7/100.000 evidenciando el mayor riesgo de esta población.

Figura 4. Casos de coqueluche confirmados por grupo etario entre las SE 1-23. Argentina. Año 2023.



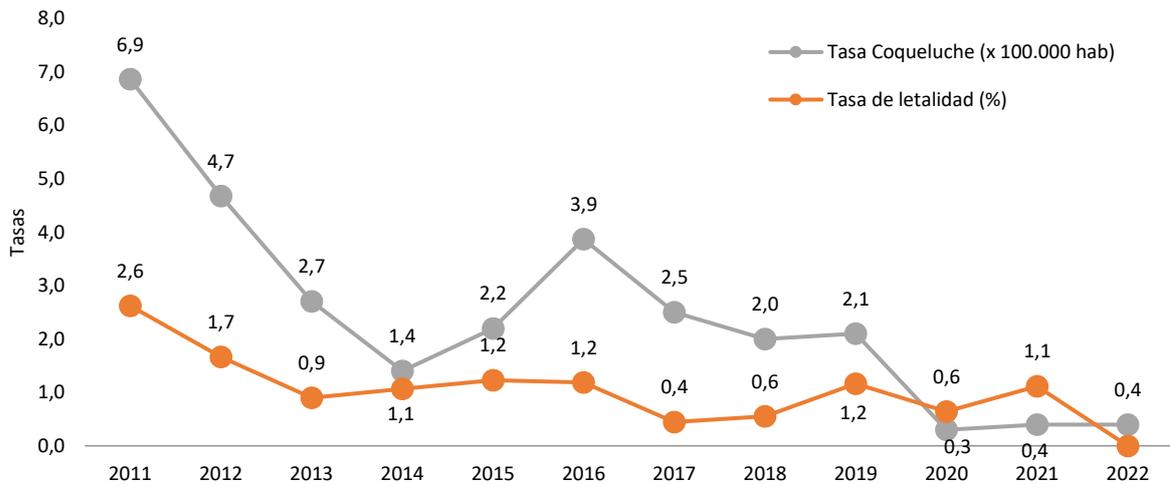
Fuente: Elaboración propia de DICEI en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2 - SIVILA) y SNVS2.0.

Figura 5. 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 principalmente después de la introducción de la vacunación con triple bacteriana acelular en personas gestantes a partir de las 20 semanas.

Figura 6. 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.

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/sites/default/files/2021-11/ficha-difteria.pdf>

<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

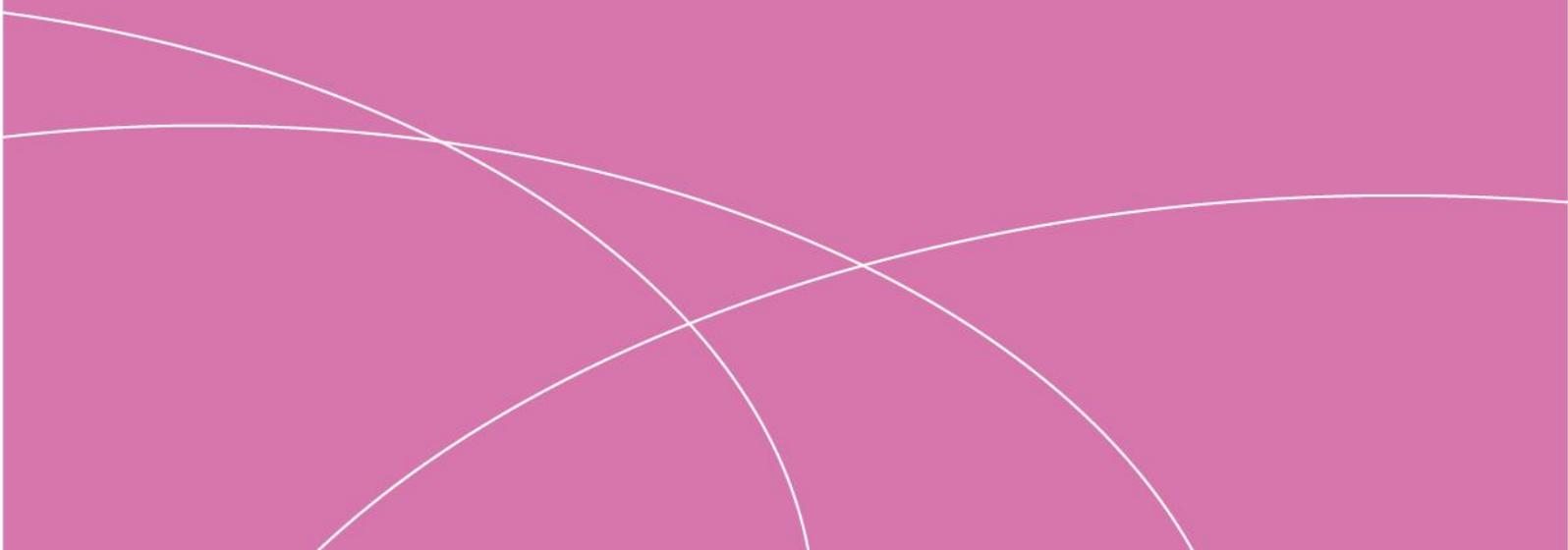
- Todos los casos sospechosos de coqueluche identificados que se encuentren sintomáticos deben aislarse al momento de la consulta bajo medidas de aislamiento de gota (colocar un barbijo quirúrgico al paciente en la medida de ser posible hasta realizar el aislamiento efectivo), debe tomarse una muestra 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	Claritromicina	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.

**ALERTAS Y
ACTUALIZACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
INTERNACIONALES**



ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

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

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

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 8 y el 14 de junio del 2023.

ENFERMEDAD POR EL VIRUS DE MARBURG - GUINEA ECUATORIAL

El 13 de febrero de 2023, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Guinea Ecuatorial declaró un brote de EVM después de que se informaran muertes sospechosas de fiebre hemorrágica viral entre el 7 de enero y el 7 de febrero de 2023, y un caso dio positivo el 12 de febrero para el virus de Marburg por real- tiempo de reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) en el Instituto Pasteur de Dakar en Senegal.

Desde la declaración del foco hasta el 7 de junio de 2023, se notificaron 17 casos confirmados y 23 probables en la región continental de Guinea Ecuatorial. Doce de los casos confirmados fallecieron y todos los casos probables fueron muertes notificadas (la tasa de letalidad entre los casos confirmados es del 75%, excluyendo un caso confirmado con resultado desconocido).

El último caso confirmado admitido en un centro de tratamiento de Marburg en el distrito de Bata en la provincia de Litoral fue dado de alta el 26 de abril, después de dos pruebas PCR negativas consecutivas para EVM. El 8 de junio de 2023, tras dos periodos de incubación consecutivos (42 días) sin que se notificara un nuevo caso confirmado, el Ministerio de Sanidad de Guinea Ecuatorial declaró el fin del brote.

Se reportaron casos confirmados o probables en cinco distritos (Bata, Ebebiyin, Evinayong, Nsok Nsomo y Nsork) en cuatro de las ocho provincias del país (Centro Sur, Kié-Ntem, Litoral y Wele-Nzas).

Se identificaron cinco casos (31 %) entre los trabajadores de la salud, de los cuales dos fallecieron (tasa de letalidad entre los trabajadores sanitarios: 40 %).

Cuatro pacientes se recuperaron y se inscribieron en un programa de atención a sobrevivientes para recibir apoyo psicosocial y otro tipo de apoyo posterior a la recuperación.

Fuente: [Marburg virus disease - Equatorial Guinea \(who.int\)](#)

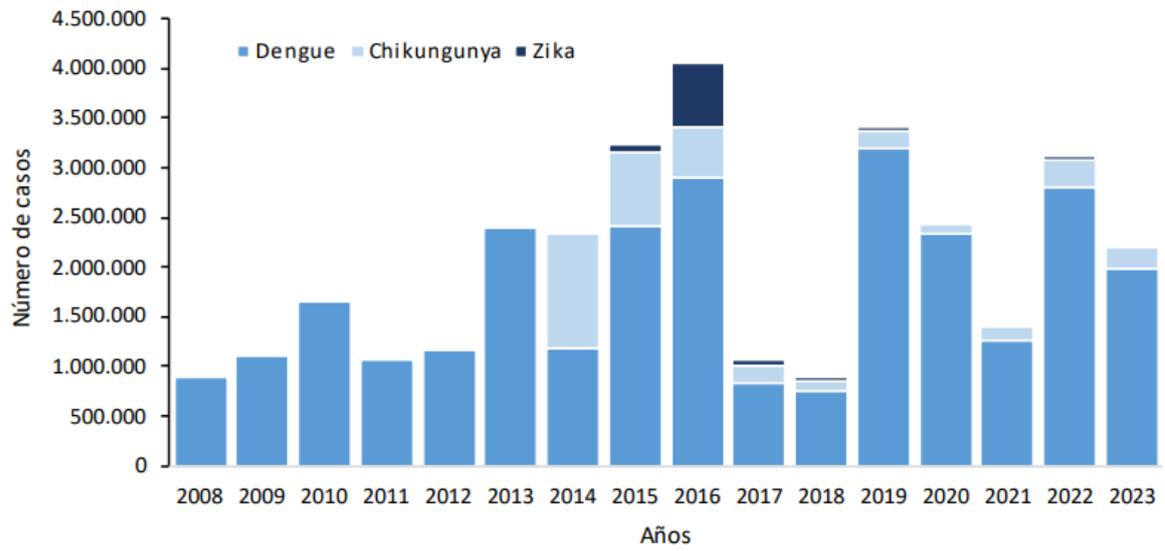
ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DENGUE, CHIKUNGUÑA Y ZIKA – OPS

Durante el año 2022, varios países de la región registraron incrementos en el número de casos de dengue, Zika y chikunguña, por encima de lo notificado en el año 2021. Durante los primeros meses del 2023, se registraron brotes de chikunguña y de dengue de magnitud importante en América del Sur.

En la Región de las Américas, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 52 de 2022, se notificaron 3.125.367 casos de arbovirosis. Del total de casos, 2.811.433 (90%) fueron casos de dengue, 273.685 (8,7%) casos de chikunguña y 40.249 (1,3%) casos de Zika. En 2023, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 21, se notificaron 2.216.405 casos¹ de arbovirosis. Del total de casos, 1.994.088 (90%) fueron casos de dengue, 213.561 (9,6%) casos de chikunguña y 8.756 (0,4%) casos de Zika. En la Figura 1 se observa el comportamiento del dengue, chikunguña y Zika en los últimos años. El dengue es la arbovirosis que causa el mayor número de casos en la Región de las Américas, con epidemias que ocurren de manera cíclica cada 3 a 5 años. En 2019 se registró el mayor número de casos de dengue histórico, con más de 3,1 millones de casos, incluyendo 28.203 casos graves y 1.773 muertes. A esto se suma la circulación simultánea de otras arbovirosis, como chikunguña y Zika, ambas transmitidas mayormente por el mismo vector, *Aedes aegypti*, el cual está presente en casi todos los países y territorios de la Región de las Américas. El 2022 fue el tercer año de mayor registro en el número de casos de dengue, solo superado por los años 2016 y 2019. En la Región de las Américas, el número de casos de arbovirosis notificadas en 2022 hasta la SE 52 (3.125.367 casos), representa un incremento de 119% comparado con el mismo periodo en 2021 (1.425.221 casos). Si comparamos los casos de arbovirosis notificados hasta la SE 21 del 2023 (2.216.405) con los notificados a la SE 21 del año pasado (1.982.243), se registra un aumento del 12% para este año.

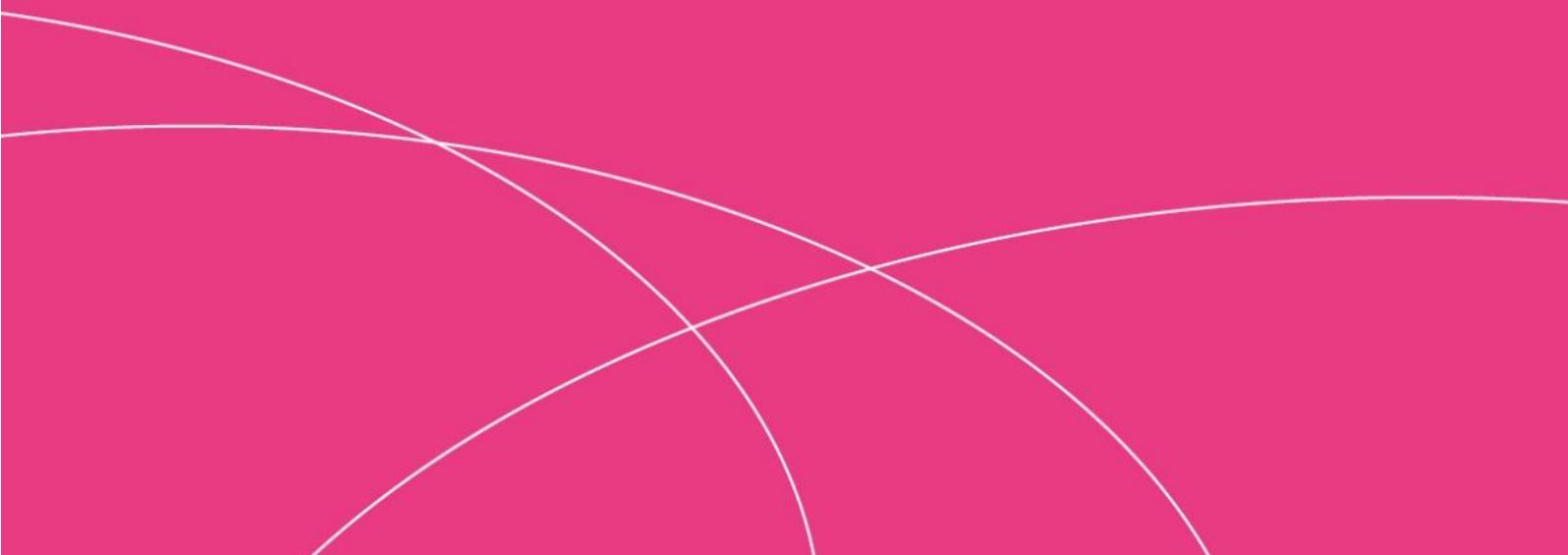
Adicionalmente, se prevé que en el segundo semestre del año 2023, algunos países de la Región, especialmente en América Central y Caribe, tengan un aumento de las lluvias, la cual, dependiendo de su magnitud e impacto en las zonas endémicas de las arbovirosis mencionadas, podría constituir una carga adicional de enfermedad por arbovirosis para los sistemas de salud en las zonas afectadas.

Figura 1. Distribución de casos de dengue, chikunguña y Zika por año de notificación. Región de las Américas, 2008-2023 (hasta la SE 21 de 2023)



Fuente: [Actualización Epidemiológica - Dengue, chikunguña y Zika - 10 de junio de 2023 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES



INTRODUCCIÓN

En esta 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.

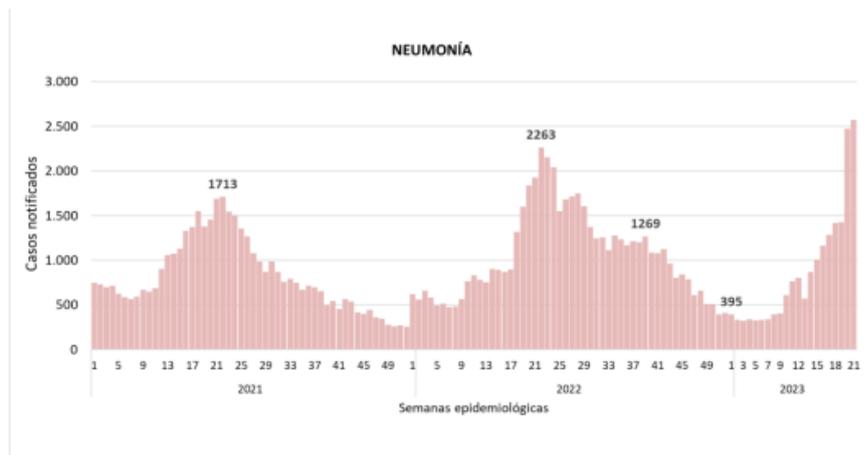
Por todo ello, se seleccionarán y referenciarán diferentes situaciones descritas en dichos boletines con el propósito de apoyar la difusión de los mismos desde el nivel nacional y dirigir al lector hacia dichos boletines para acceder a la información completa sobre las mismas.

PROVINCIA DE BUENOS AIRES: VIGILANCIA SINDRÓMICA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las notificaciones de bronquiolitis y neumonía muestran desde comienzos del 2023, una tendencia al ascenso que se ve intensificada en las últimas semanas y un adelantamiento respecto a la temporada 2021 y 2022. La distribución de estos síndromes por semanas epidemiológicas se muestra en los Gráficos 6 y 8.

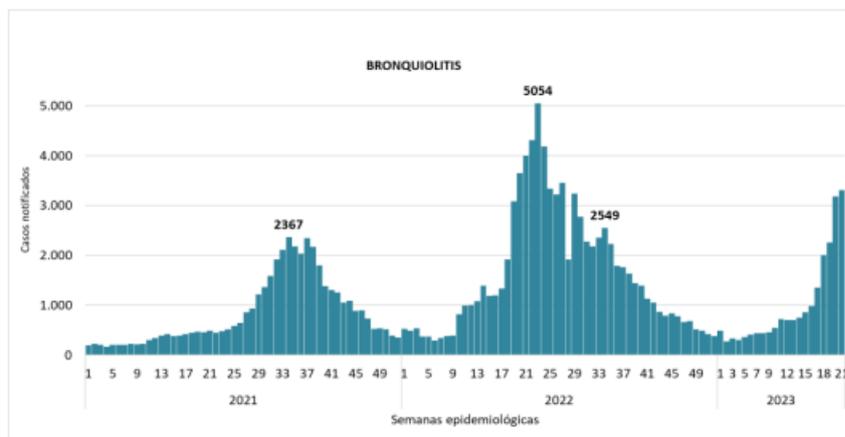


Gráfico 6. Casos notificados de Neumonía (modalidad agrupada semanal). PBA, SE 1/ 2021-SE 21/2023



Fuente:SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires.

Gráfico 8. Casos notificados de Bronquiolitis (modalidad agrupada semanal). PBA, SE 1/ 2021-SE 21/2023



Fuente:SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires.

Más Información en: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2023/06/Bolet%C3%ADn-epidemiol%C3%B3gico_22.pdf

CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: CHIKUNGUNYA

De los 183 casos de Chikungunya confirmados y probables con residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 18% corresponde a la comuna 4. El 61% de los casos corresponde al sexo femenino con edades mayores a los 2 años. Como antecedente epidemiológico, el 41% de los casos cuenta con viaje a Paraguay en fecha inmediata anterior. En el gráfico se presenta la distribución de casos confirmados y probables según antecedente de viaje por comuna de residencia.

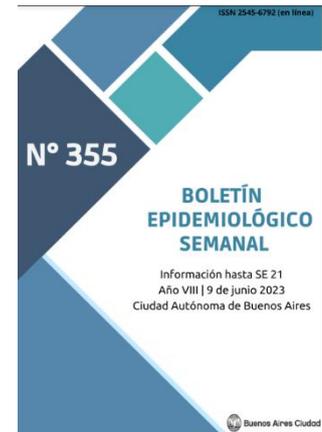
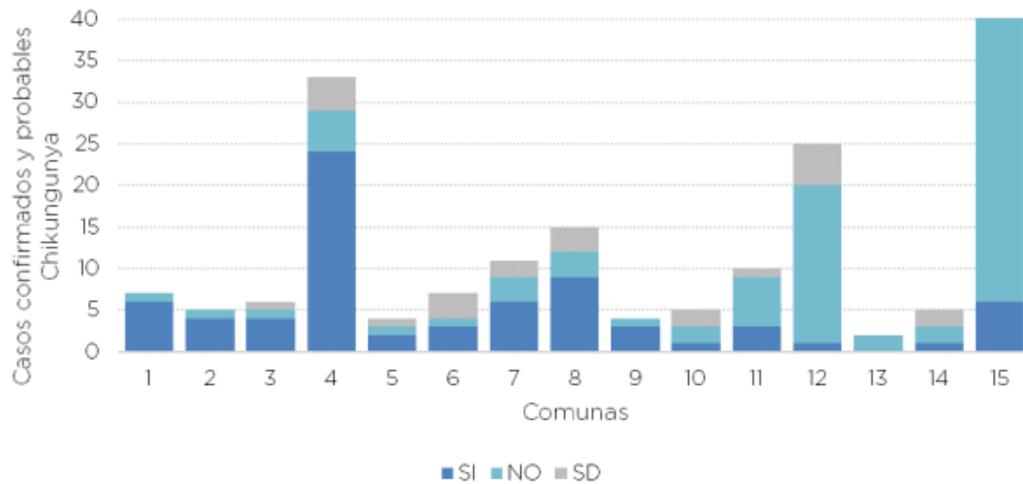


Gráfico 10. Casos confirmados y probables de Chikungunya por comuna según antecedente de viaje. Residentes de la CABA. SE 27 de 2022 a SE 23 2023 (n=181*)



Fuente: SNVS^{2.0}
* Se excluyen los desconocidos

Más información en:

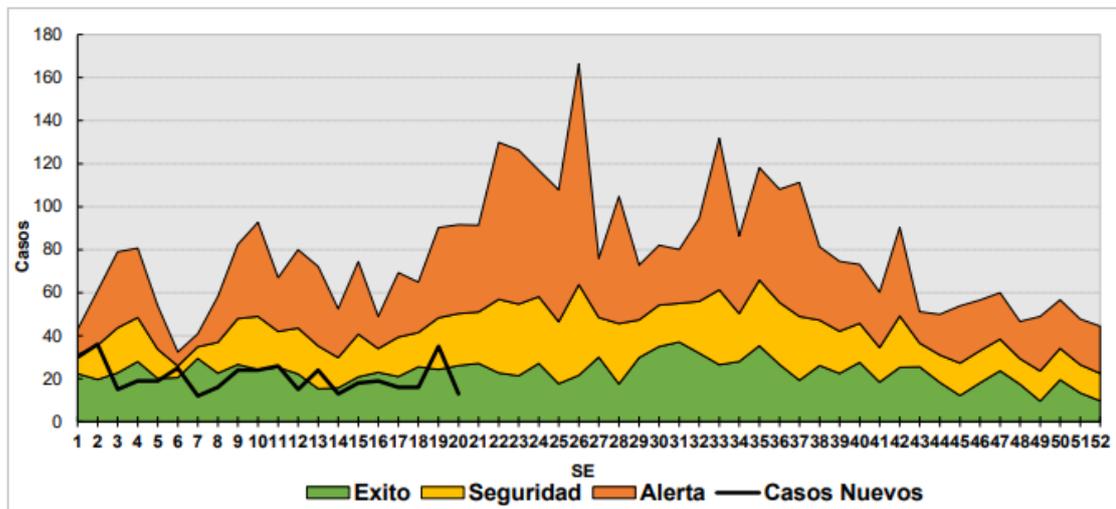
<https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2023>

JUJUY: NEUMONÍAS

Con respecto al número de notificaciones de Neumonías en las primeras semanas del año se ha observado un incremento de casos que se mantienen dentro de la zona de seguridad hasta SE 3. Posteriormente la notificación de casos, pasó a zona de alerta, hasta SE 5, con un descenso de casos hasta SE 12. En SE 13, se ha vuelto a situar en la zona de alerta y posteriormente ha estado en la zona de alerta hasta SE 18, donde se ha vuelto a la zona de seguridad. A partir de SE 19, se ha observado un notable descenso en los casos.



Fig. 16: Corredor Endémico Semanal de Neumonía 2023. Pcia. De Jujuy. Históricos 5 años: 2018 a 2022.



Fuente Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS2.0, 2.023.

Más información en:

http://www.msaludjujuy.gov.ar:8081/SisEpi/archivos/boletines/Boletin_N4_2023.pdf

SALTA: COQUELUCHE

En la Provincia de Salta se notificaron 241 casos de coqueluche en lo que va del año. Desde SE 18, se observa un aumento en el número de casos positivos llegando a un pico máximo en SE 22.

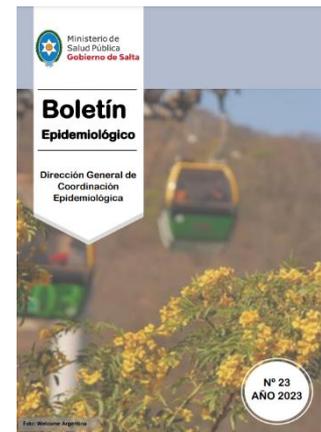


GRÁFICO 6. CASOS POSITIVOS DE COQUELUCHE POR SE. AÑO 2023. PROVINCIA DE SALTA



FUENTE: SNVS 2.0

Más información en:

http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/documentos/boletin_232023.pdf

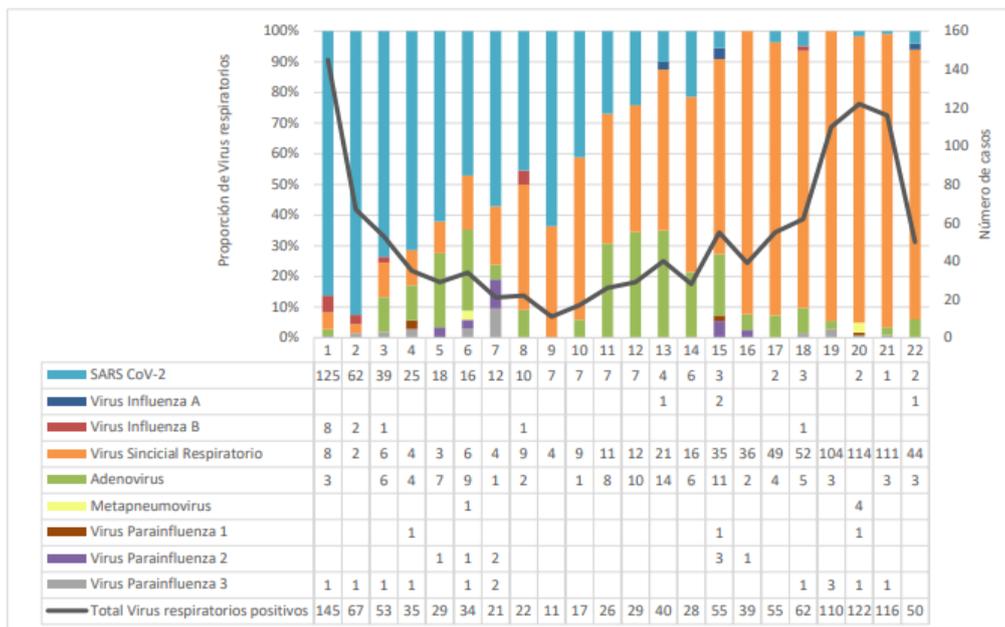
SANTA FE: VIGILANCIA DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS DE IMPORTANCIA CLÍNICA EN PACIENTES INTERNADOS

El siguiente análisis se realiza considerando la notificación de virus respiratorios bajo el grupo de eventos “Infecciones respiratorias virales en pacientes internados”, modalidad agrupada/numérica semanal.

En la SE 1 del 2023 se observa la máxima detección de casos de Sars-CoV-2, en las semanas siguientes comienza a descender, pero con una circulación ininterrumpida. En todas las semanas transcurridas del 2023 se detecta muestras positivas de VSR, observándose un ascenso en las últimas semanas, entre SE 16-22 se registra valores de porcentaje de positividad que oscilan en un rango de 52.2 a 78.6%. También se detecta en menor proporción la circulación de otros virus respiratorios con el siguiente orden de frecuencia: Adenovirus, Parainfluenza e Influenza. En el siguiente gráfico se muestra la distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados con IRA según semanas epidemiológicas.



Gráfico 7: Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados con IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 22 – Año 2023. (N=1166)



Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del SNVS 2.0 – Notificación agrupada: Infecciones respiratorias virales – Internados.

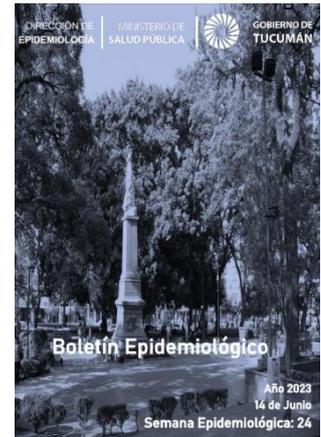
Más información en:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/273256/1421951/file/BOLETIN-PROVINCIA-SANTAFE-SE22-2023.pdf>

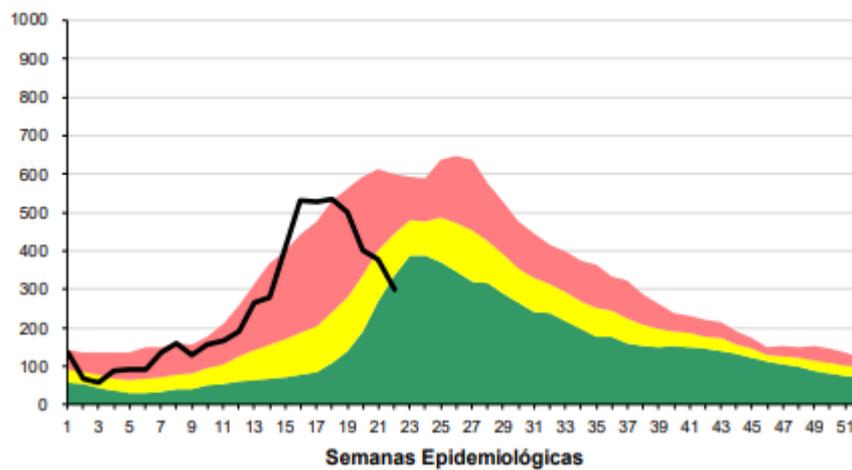
TUCUMÁN: BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS

La Bronquiolitis afecta sobre todo a los niños menores de dos años; la edad pico se encuentra entre los tres y seis meses. Es una enfermedad común y algunas veces grave. La causa más frecuente es el virus sincitial respiratorio (VSR). Más de la mitad de los bebés están expuestos a este virus en su primer año de vida. No existe una vacuna que prevenga esta enfermedad. En 2012 y 2016 la Provincia cursó epidemias de importante magnitud en relación a otros años.

En la semana epidemiológica 22 se notificaron 299 casos de bronquiolitis.



**Corredor endémico de Bronquiolitis - SE 22
Provincia de Tucumán Año 2023**



Más información: direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA



GUÍA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS – ACTUALIZADA EN JUNIO 2023

Se encuentra publicada la actualización 2023 de la **Guía de vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas**, donde se presenta la estrategia de vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas virales, coqueluche, infecciones invasivas por *S. pneumoniae* y *H. influenzae*; recomendaciones de vacunación para la prevención de infecciones por dichos agentes, de tratamiento antiviral para la Influenza así como recomendaciones para la prevención y control para la población general, en entornos de servicios de salud y residencias para adultos mayores.

Este documento es producto del trabajo conjunto y del consenso de los equipos de la Dirección de Epidemiología, la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles, la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, la Dirección de Salud Perinatal y Niñez, la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, la Dirección de Personas Adultas y Mayores, la Dirección Nacional de Calidad de Servicios de Salud y Regulación Sanitaria y la Coordinación de Zoonosis del Ministerio de Salud de la Nación, junto a los Servicios de Virosis Respiratorias y de Bacteriología Clínica del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" y el Instituto Nacional de Epidemiología (INE) de la ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

Guía de vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-05/guia-vigilancia-ira_2023.pdf

VIGILANCIA DE INTERNACIONES POR IRAS EN EL SNVS

Se encuentra disponible el instructivo para la **Vigilancia de internaciones por Infecciones Respiratorias Agudas en el SNVS** cuyo objetivo es fortalecer el monitoreo de forma oportuna y comparable de la dinámica de la gravedad por infecciones respiratorias agudas a través de establecimientos seleccionados.

La vigilancia de internaciones por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en establecimientos seleccionados forma parte del mosaico de estrategias que involucran la vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas en Argentina en el momento actual. Se basa en la necesidad de monitorear el impacto de las infecciones respiratorias agudas (IRAs) en el sistema de salud, particularmente en lo que hace a la internación en sala general, unidades de cuidados intensivos y necesidades de asistencia respiratoria mecánica.

Vigilancia de internaciones por IRAs en el SNVS

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/vigilancia-de-internaciones-por-iras-en-el-snvs>

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD – ACTUALIZACIÓN 2023

En el actual contexto de circulación de virus Influenza, SARS-CoV-2 y otros virus respiratorios es importante que los establecimientos de salud adopten las medidas necesarias para el cuidado del personal sanitario y para sostener el funcionamiento de los servicios.

En este sentido, surge como fundamental la organización de los establecimientos en relación a los aspectos que se mencionan en el documento **“Recomendaciones para la prevención de infecciones respiratorias agudas en establecimientos de salud – Diciembre 2022, actualización mayo 2023”**, elaborado por la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles y el Instituto Nacional de Epidemiología de la ANLIS Carlos Malbrán.

Recomendaciones para la prevención de infecciones respiratorias agudas en establecimientos de salud – Diciembre 2022, actualización mayo 2023

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-05/prevencion-infecciones-respiratorias-establecimientos-salud-mayo-2023.pdf>

*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina