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

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA

26

NÚMERO 660
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, Agostina 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 Lucia 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 Ferrer[1], Natalia Chuard1 y Vicente Rea Pidcova[1].

Informe dengue y otros arbovirus:

Maria Pia Buyayisqui, Irene Oks, María Fernanda Martín Aragón, Daniela Elena Guma, Soledad Castell, Dalila Rueda, Federico M. Santoro y Silvina Moisés. Contó además con la contribución de María Alejandra Morales[2] , Cintia Fabbri[3]; Victoria Luppo[3], Yael Provecho[3] Teresa Strella[4] 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 Pontoriero[5] y Josefina Campos[6].

Informe especial *Streptococcus pyogenes:*

Fiorella Ottonello, Abril Joskowicz y Florencia Pisarra, Lucia Cipolla[7] y Mónica Prieto[7], Teresa Strella[8] y Analia Rearte[9]

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:

Bacterióloga observando características de aislamiento invasivo de *S. Pyogenes* para iniciar proceso de secuenciación del genoma. Aportada por el Servicio de Bacteriología Especial del INEI ANLIS Malbrán.

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 Servicio de Bacteriología Especial, INEI-ANLIS
8 Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles.
9 Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estrategica

CONTENIDO

Staff de la Dirección de Epidemiología 3

Autores de este boletín 4

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES 6

Vigilancia de influenza aviar 7

EVENTOS PRIORIZADOS 12

Vigilancia de dengue y otros arbovirus 13

Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 25

INFORMES ESPECIALES 49

Streptococcus pyogenes (Estreptococo del grupo A) 50

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 62

Buenos Aires: Vigilancia etiológica de las IRAS 64

Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Vigilancia de pacientes internados 65

Jujuy: Vigilancia de enfermedades respiratorias 66

Salta: Neumonía 67

Santa Fe: Meningoencefalitis 68

ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES 69

Actualización epidemiológica – Dengue en la Región de las Américas – OPS 70

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA 73

Guía de vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas – Actualizada en junio 2023 74

Recomendaciones para la prevención de infecciones respiratorias agudas en establecimientos de salud – Actualización 2023 75

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS 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 ningúnsigno 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 contaminados[10].

Es importante destacar que la enfermedad no se transmite a las personas por el consumo decarne 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 desdeel 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 muestreosen 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 fin de identificar de manera temprana los posibles eventos de transmisión en la interfase humano-animal.

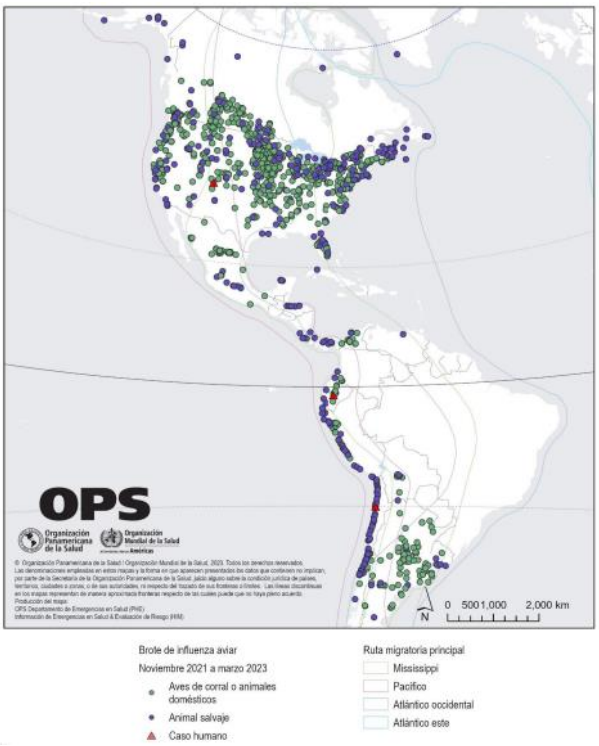
[10] OPS: Actualización epidemiológica: Brotes de Influenza Aviar causados por Influenza A(H5N1) en la Región de las Américas. 17/5/2023

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 05/07 se han informado 100 brotes de la enfermedad en aves en 17 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	7	1	16	24
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			1	1
TIERRA DEL FUEGO				
TUCUMAN				
TOTAL	**18**	**7**	**75**	**100**

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

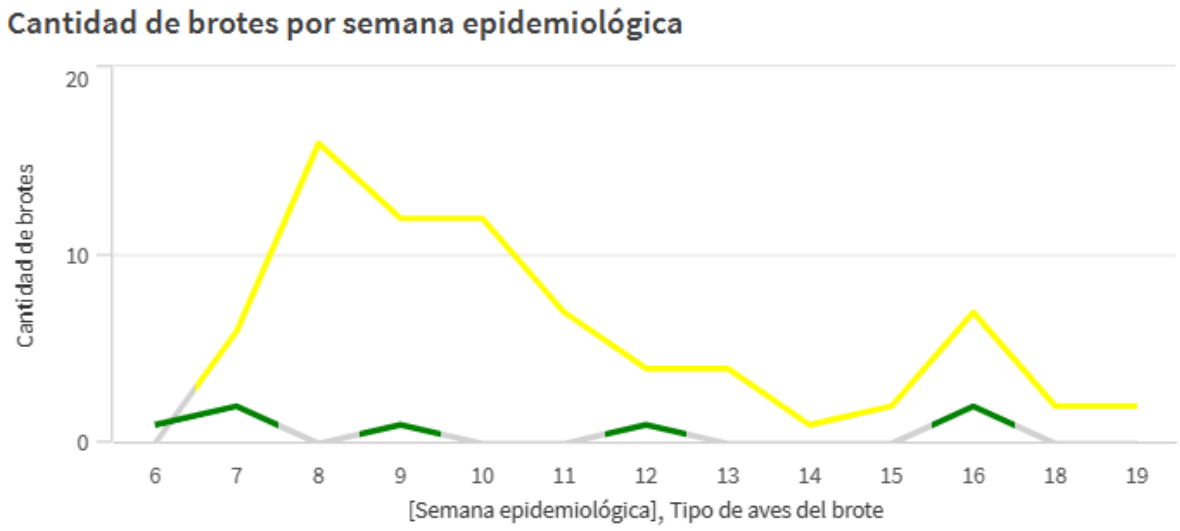


Gráfico 2: Brotes de IAAP en aves de corral por semana epidemiológica Argentina.

Fuente: SENASA [Influenza aviar | Argentina.gob.ar](#)[11]

VIGILANCIA DE LA INTERFASE HUMANO-ANIMAL

Las personas en riesgo de contraer infecciones son aquellas expuestas, directa o indirectamente, 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 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

[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.

[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

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 20 casos sospechosos, todos los cuales han sido estudiados por los Centros Nacionales de Influenza. A la fecha se ha descartado la infección por Influenza A(H5N1) en 20 de ellos, por lo tanto, no se registran casos humanos en el país.

Tabla 2. Expuestos en seguimiento y casos sospechosos de Influenza Aviar según resultado por provincia. Argentina. Actualizado al 04/07/2023.

Jurisdicción de carga	Personas expuestas		Casos sospechosos	
	En seguimiento	Finalizó seguimiento	Sospechosos en estudio	Descartados
NACIÓN				1
BUENOS AIRES	12	77		10
CHUBUT	10	31		3
CORDOBA		37		
CORRIENTES	5	7		
ENTRE RIOS	1			
FORMOSA		11		
LA PAMPA		5		
MENDOZA		2		
NEUQUEN	2	25		3
RIO NEGRO	2	39		2
SALTA	1	4		1
SAN LUIS		5		
SANTA CRUZ		6		
SANTA FE	6	39		
TOTAL	**39**	**288**	**0**	**20**

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

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 2 de julio de 2023. El período de análisis de esta edición es el comprendido entre la SE 31/2022 (31 de julio) hasta la SE 26/2023 de la temporada 2022-2023.

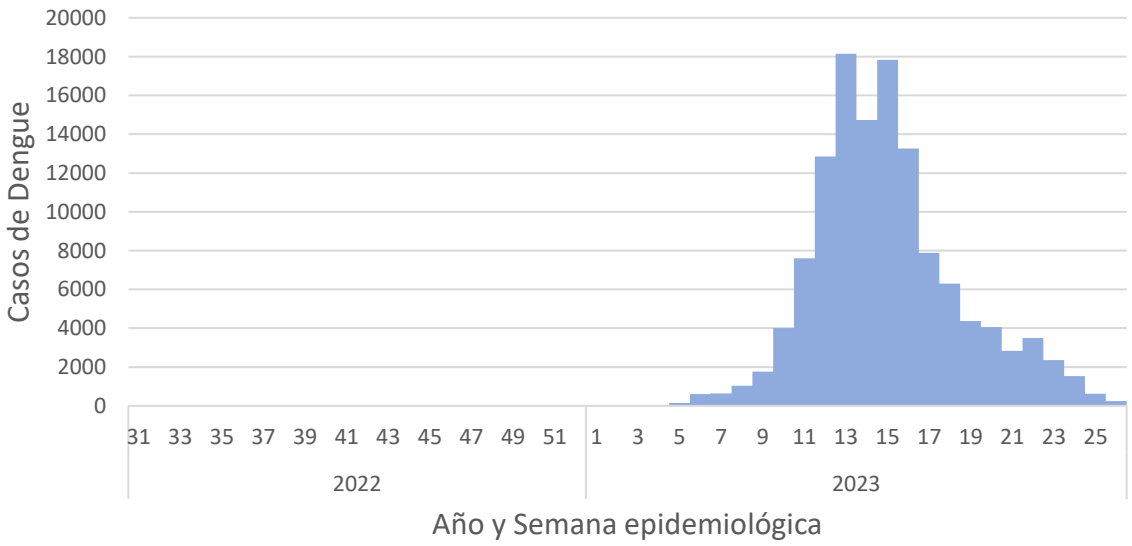
El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de dengue y otros arbovirus se realiza por temporada, entendiendo por tal un período de 52 semanas desde la SE 31 a la 30 del año siguiente, para considerar en conjunto los meses epidémicos.

SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

Hasta la SE 26/2023 se registraron en Argentina **126.431** casos de dengue: **118.089** autóctonos, **1.398** importados y **6.944** en investigación[13].

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 26/2023, Argentina.

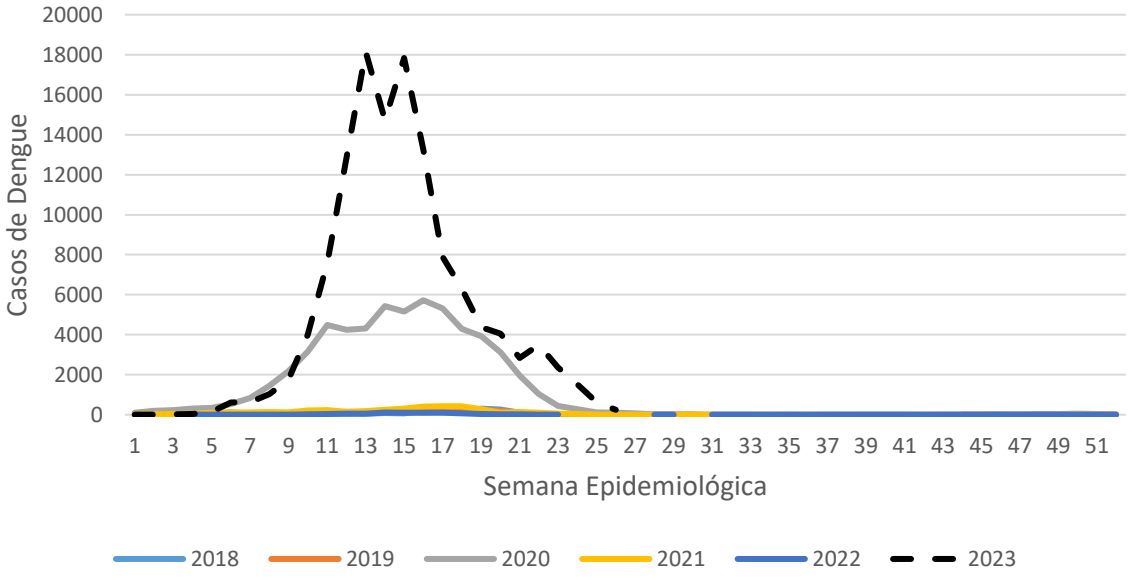


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

[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 ocurrida 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 sucedida en el año 2020, coincidiendo en la estacionalidad. En esta temporada los casos se concentraron entre las semanas 8 a 16, con pico en la SE 13 y, un posterior descenso paulatino a partir de la SE 17 (Gráfico 2).

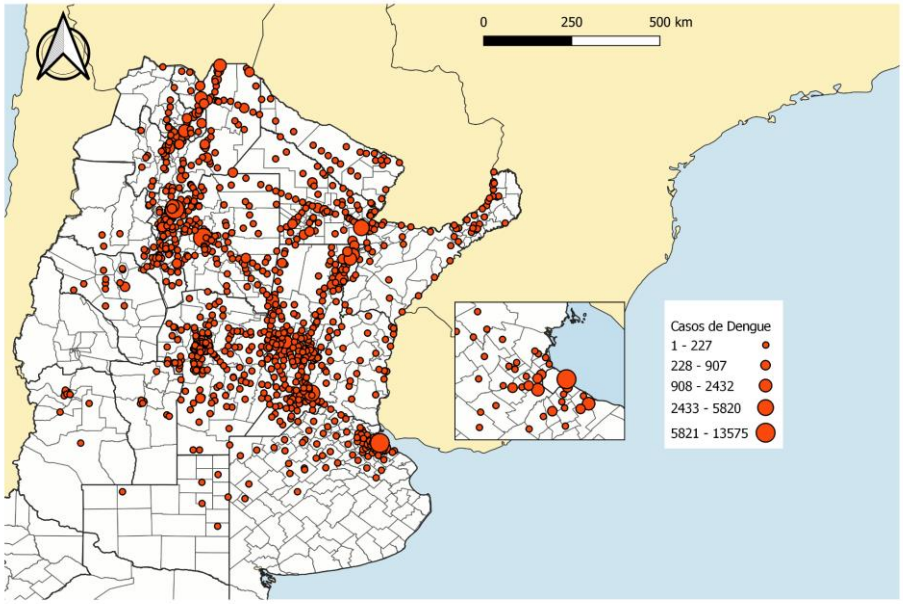
Gráfico 2. Casos de dengue por SE según año. 2018 a 2023 Argentina.



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).

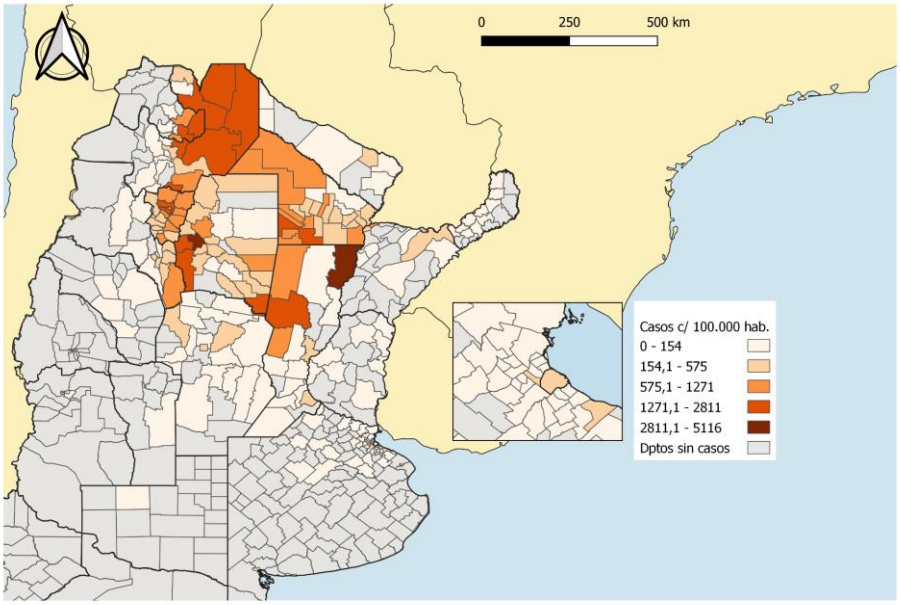
En cuanto a la distribución espacial, **18 jurisdicciones** han confirmado la circulación autóctona de dengue: todas las de la región **Centro** (Buenos Aires, CABA, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe); todas las de la región **NOA** (Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán); todas las de la región **NEA** (Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones), San Luis y Mendoza en la región **Cuyo** 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 26/2023.



Fuente: Dirección Epidemiología sobre datos del SNVS 2.0 al día 02-07-2023

Mapa 2. Tasa de dengue autóctono cada 100.000 hab. según departamento de residencia. Argentina. SE 31/2022 a SE 26/2023



Fuente: Dirección Epidemiología sobre datos del SNVS 2.0 al día 02-07-2023

Tabla 1. Casos de dengue según antecedente de adquisición de la infección y total de notificaciones investigadas para dengue. SE 31/2022 a 26/2023.*

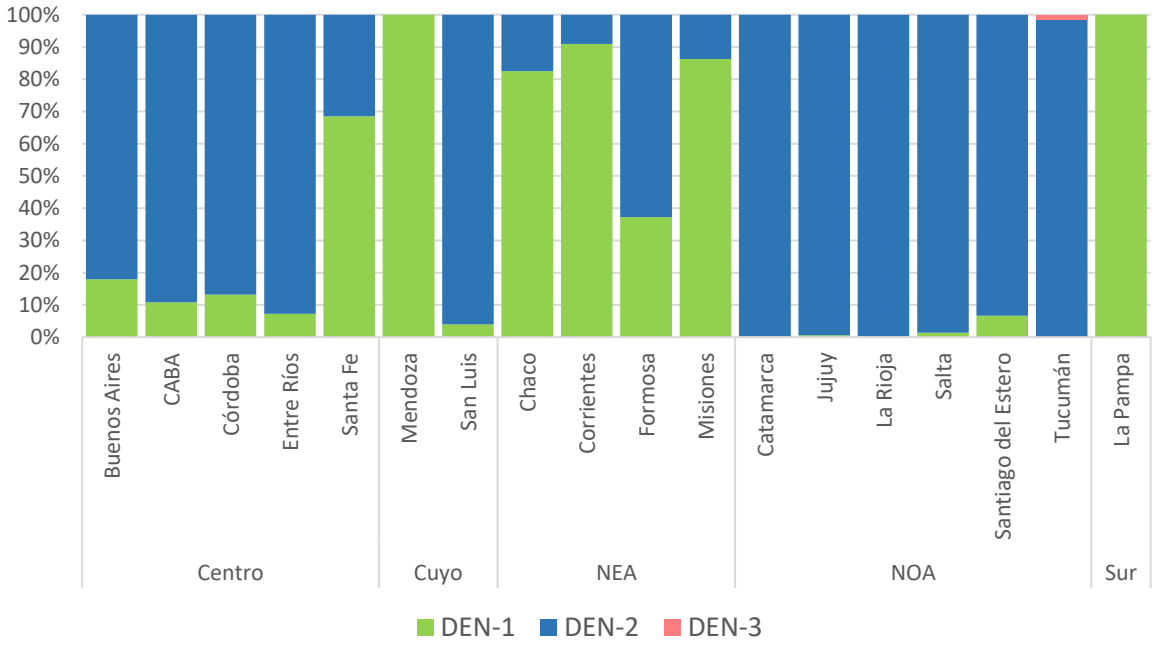
Provincia	Autóctonos	En Investigación*	Importados	Total casos dengue	Notificaciones totales
Buenos Aires	8936	1072	250	10.258	21.238
CABA	12518	104	299	12.921	21.918
Córdoba	7398	664	70	8.132	13.573
Entre Ríos	448	86	28	562	1.501
Santa Fe	20155	1377	33	21.565	26.571
Centro	49.455	3.303	680	53.438	84.801
Mendoza	2	20	26	48	138
San Juan	0	3	5	8	51
San Luis	23	16	25	64	149
Cuyo	25	39	56	120	338
Chaco	9686	15	11	9.712	12.326
Corrientes	1074	238	15	1.327	2.758
Formosa	387	77	23	487	2.785
Misiones	150	81	21	252	2.449
NEA	11.297	411	70	11.778	20.318
Catamarca	855	88	150	1.093	2.157
Jujuy	4624	906	75	5.605	7.828
La Rioja	345	53	13	411	1.145
Salta	12724	1901	205	14.830	21.556
Santiago del Estero	15137	138	6	15.281	18.199
Tucumán	23626	93	12	23.731	30.068
NOA	57.311	3.179	461	60.951	80.953
Chubut	0	0	6	6	22
La Pampa	1	1	29	31	65
Neuquén	0	5	30	35	61
Río Negro	0	1	12	13	23
Santa Cruz	0	4	25	29	66
Tierra del Fuego	0	1	29	30	43
Sur	1	12	131	144	280
Total PAIS	118.089	6.944	1.398	126.431	186.690

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 la tabla del presente informe se observa una discrepancia entre el número de casos autóctonos en la jurisdicción de Formosa (58 casos menos) respecto de los publicados en el informe de la semana anterior. Esta diferencia obedece a un error en el procesamiento de los mismos, el cual fue subsanado para esta edición.**

Hasta el momento se registró en el país circulación predominante de DENV-2 identificándose en el 80,19% de los casos subtipificados; seguido de DENV-1, en el 19,77%; 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 detectaron casos 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.

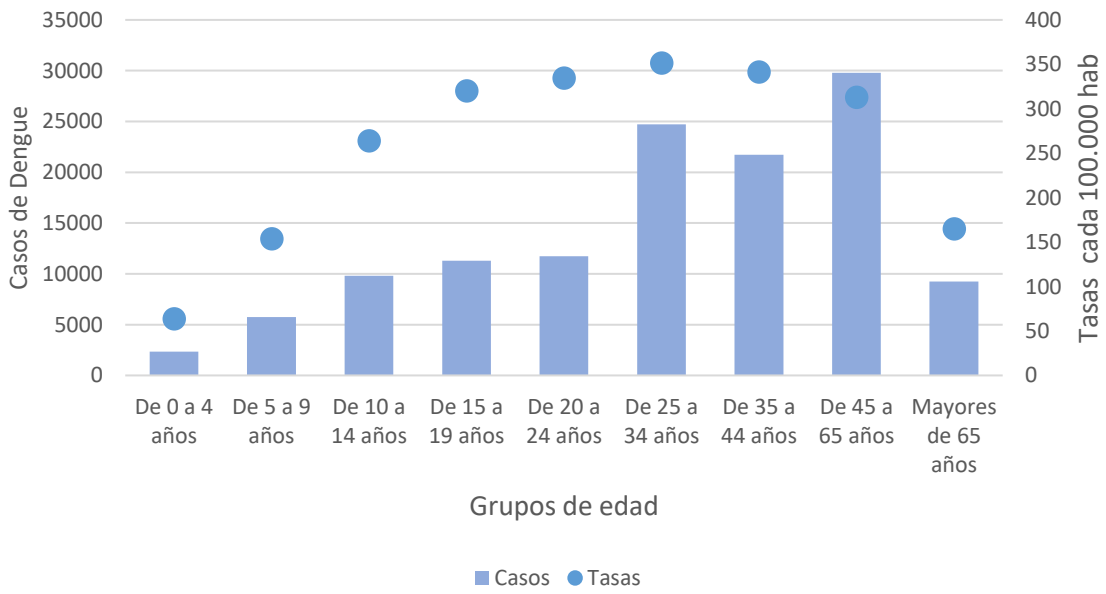
Gráfico 3. Distribución proporcional de serotipos en casos autóctonos según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 31/2022 a SE 26/2023. N=12.987.



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.

La incidencia acumulada a nivel país en población general hasta la SE 26 fue de 271,5 casos cada 100.000 habitantes, con valores que superan los 300 en población entre 15 y 65 años con menor afectación en niños menores de 10 años y personas mayores de 65 años.

Gráfico 4. Casos y tasas de dengue según grupos de edad. SE 31/2022 a SE 26/2023. Argentina.

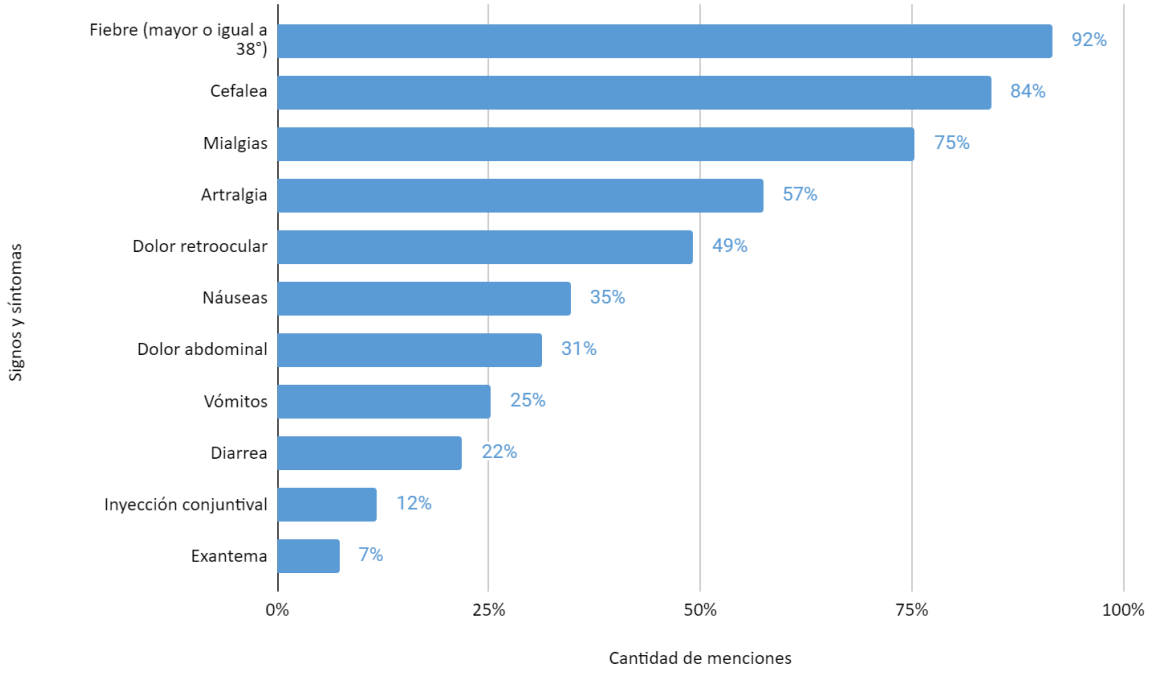


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente del Sistema Nacional de

Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Los signos y síntomas más frecuentes entre los casos notificados[14] fueron fiebre, cefalea, mialgias, artralgias y dolor retroocular, seguidos de náuseas, dolor abdominal, vómitos y diarrea.

Gráfico 5. Signos y síntomas más frecuentes en casos de dengue. SE 31/2022 a SE 26/2023. (n=60.898)[15]



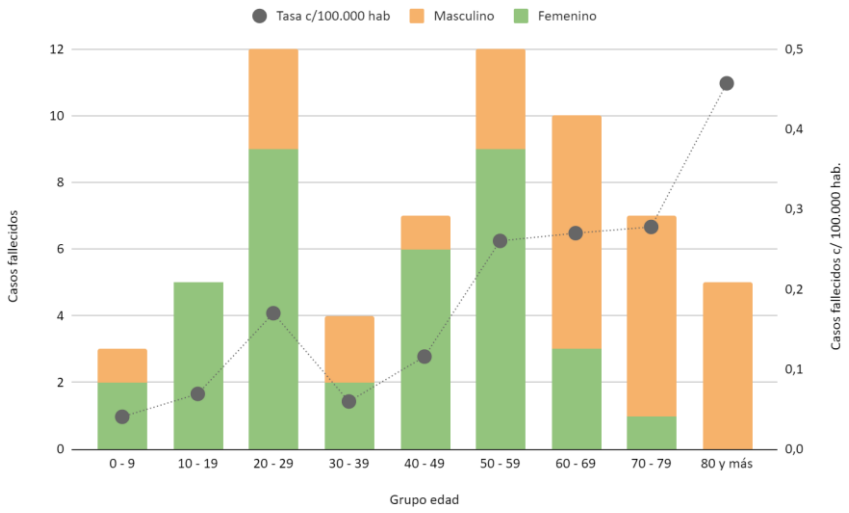
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

No se notificaron nuevos casos fallecidos durante la SE 26. Con 65 casos fallecidos notificados hasta la SE 26/2023, la letalidad se ubica en el 0,05%. El 57% de los casos fallecidos correspondieron a personas de sexo legal femenino y el 43% 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.

[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.

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

Gráfico 6. Casos fallecidos según sexo, edades decenales y tasas c/100.000 hab. SE 31/2022 a SE 26/2023 (n=65).



Fuente: Dirección Epidemiología sobre datos del SNVS 2.0

En 36 casos fallecidos se registraron una o más comorbilidades siendo las más frecuentes obesidad, diabetes y enfermedad neurológica crónica, mientras que 18 casos no poseían comorbilidades y en 11 no se registraron datos.

Del total de casos fallecidos, en 35 se pudo identificar el serotipo involucrado: 26 serotipo DENV-2 y 9 serotipo DEN-1 (Tabla 2).

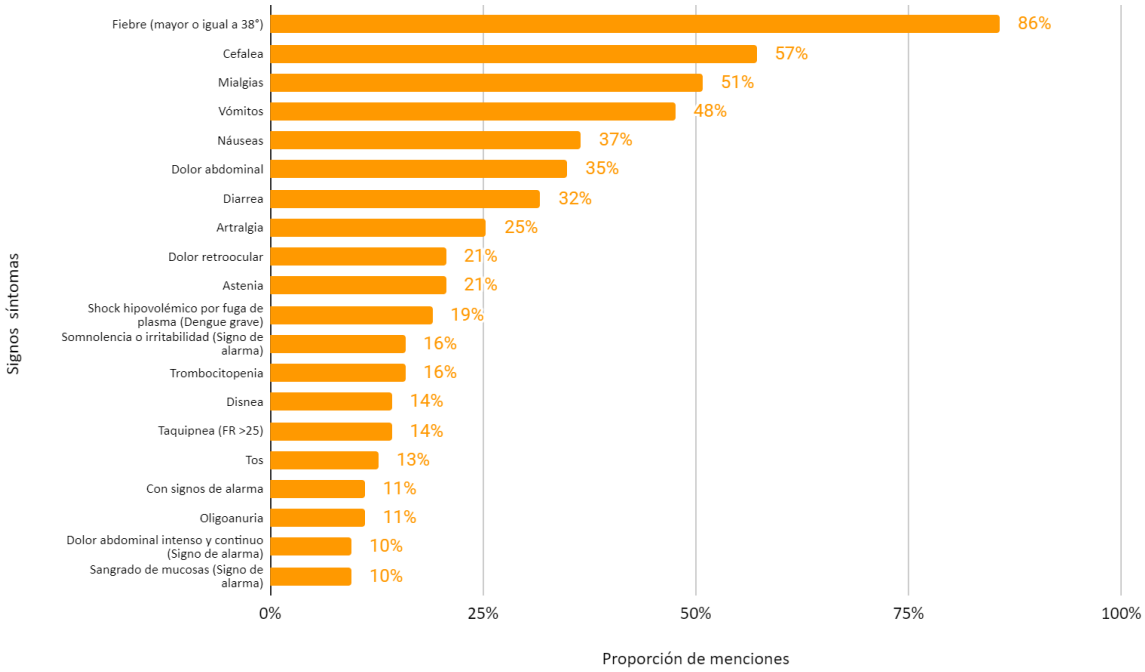
Tabla 2. Casos fallecidos según identificación de serotipo por jurisdicción. Argentina. SE1 a SE26 de 2023.

Provincia	DEN-1	DEN-2	Sin identificación de serotipo	Total
Buenos Aires		2	1	3
CABA		3	5	8
Córdoba	2	1	0	3
Entre Ríos		1	0	1
Santa Fe	5	2	2	9
Centro	**7**	**9**	**8**	**24**
Chaco			1	1
Corrientes			1	1
NEA	**0**	**0**	**2**	**2**
Jujuy		3	8	11
Salta		6	8	14
Santiago del Estero	2	1	2	5
Tucumán		7	2	9
NOA	**2**	**17**	**20**	**39**
Total PAIS	**9**	**26**	**30**	**65**

Fuente: Dirección Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0

En cuanto a los signos y síntomas, se reportaron datos en 63 casos fallecidos, siendo los más frecuentes: fiebre, cefalea, mialgias, vómitos, náuseas, dolor abdominal y diarrea.

Gráfico 7. Frecuencia de Signos y síntomas más frecuentes en casos fallecidos (n=63)[16]. SE1 a SE25 de 2023.



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

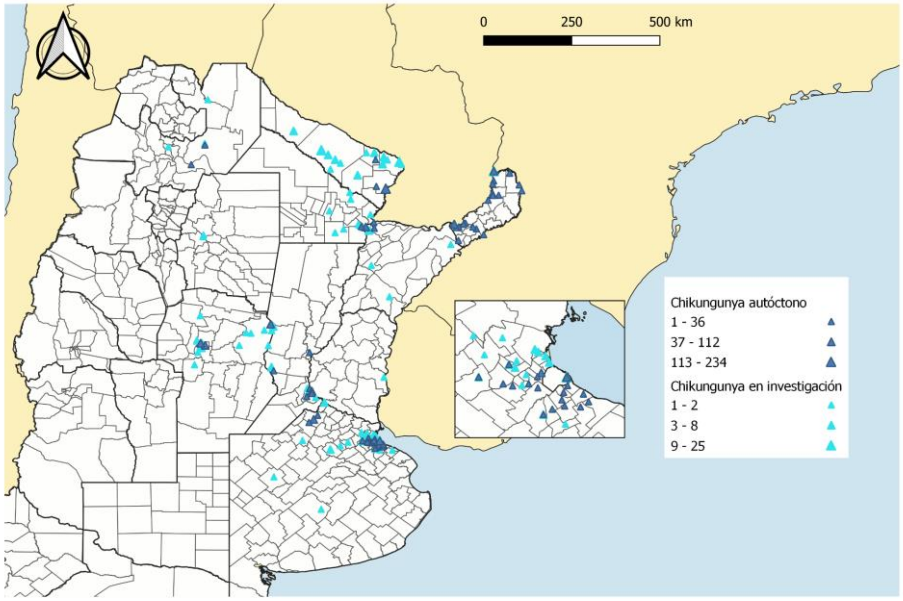
[16] Se excluyen dos casos fallecidos de dengue sin datos referidos a signos y síntomas.

SITUACIÓN DE CHIKUNGUNYA EN ARGENTINA

Hasta la SE 26/2023 se registraron en Argentina **2.209** casos de fiebre chikungunya, de los cuales son **1.593** autóctonos, **328** son importados y **288** se encuentran en investigación[17].

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.

Mapa 3. Casos de chikungunya según antecedente de viaje y localidad de residencia. Argentina. SE 31/2022 a SE 26/2023.



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

[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.

Tabla 3. Casos de fiebre chikungunya por provincia según antecedente de viaje. SE 31/2022 a 26/2023.

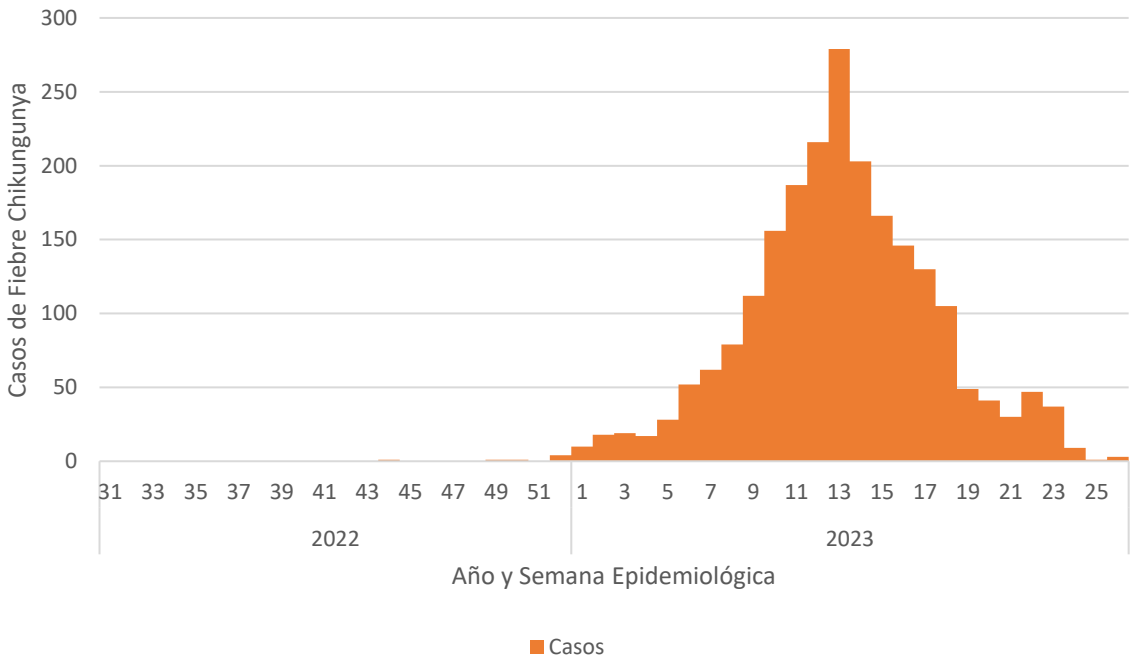
Provincia	Autóctonos*	En investigación*	Importados*	Total casos de Chikungunya	Casos sospechosos investigados
Buenos Aires	480	66	124	670	4.298
CABA	101	2	68	171	743
Córdoba	182	21	9	212	2.371
Entre Ríos	0	1	0	1	31
Santa Fe	128	9	11	148	1.539
Centro	891	99	212	1.202	8.982
Mendoza	0	1	2	3	14
San Juan	0	0	0	0	1
San Luis	0	0	1	1	22
Cuyo	0	1	3	4	37
Chaco	36	12	8	56	553
Corrientes	126	10	11	147	250
Formosa	238	112	53	403	2.032
Misiones	286	48	39	373	752
NEA	686	182	111	979	3.587
Catamarca	0	0	0	0	4
Jujuy	0	1	0	1	260
La Rioja	0	0	0	0	28
Salta	16	3	0	19	161
Santiago del Estero	0	2	0	2	13
Tucumán	0	0	0	0	81
NOA	16	6	0	22	547
Chubut	0	0	0	0	2
La Pampa	0	0	0	0	11
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	3
Sur	0	0	2	2	27
Total PAIS	1.593	288	328	2.209	13.180

Fuente: Dirección Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0

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

[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)

Gráfico 8. Casos de Chikungunya por SE epidemiológica. SE 31/2022 a SE 26/2023, Argentina.



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

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.

OTROS ARBOVIRUS

De la SE 31/2022 hasta la SE 25/2023, 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 25 se reportaron 2 casos fallecidos ambos residentes de Entre Ríos.

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 29/06/2023[19].

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.

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

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 23 del 2023 se registraron 91.857[20] casos confirmados y probables de chikungunya y 266 fallecidos, durante el mismo período del año previo se reportaron 37 casos. Hasta la SE 23 se reportaron 5.874 casos de dengue y 5 fallecidos, a diferencia de los 225 casos registrados para dicho período en 2022. No se presentan casos de zika.

Perú: A la SE 24 de 2023 se reportaron 161.471 casos de dengue y 287 fallecidos, triplicando el valor de casos observados para el 2022 hasta dicha semana. Hasta la misma semana se registraron 364 casos de chikungunya y 34 casos de zika, presentando en relación al mismo período en 2022 una variación de 116 y 21 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.

[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 26/2023

741

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana epidemiológica (SE) 26. De estos, 477 corresponden a dicha semana considerando la fecha de inicio de síntomas o la fecha mínima del caso [21].

0,2% ↑

Variación de casos confirmados según la fecha mínima del caso en SE 26 respecto a la SE 25 (diferencia de 1 caso).

8,40%

Positividad para SARS-CoV-2 por RT-PCR en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 26.

12,12% ↑

Positividad para VSR en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 26.

31,91% ↓

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 26.

52,69% ↑

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

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, metapneumovirus, parainfluenza y adenovirus.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 26/2023

- ✔ Entre SE01-25 de 2023 se registraron 446.121 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 76.331 casos de Neumonía, 96.813 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 8992 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✔ La positividad calculada para la SE26/2023 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio es de 8,40% para SARS-CoV-2, 31,91% para Influenza y VSR 12,12%, entre las muestras analizadas por rt-PCR.

[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.

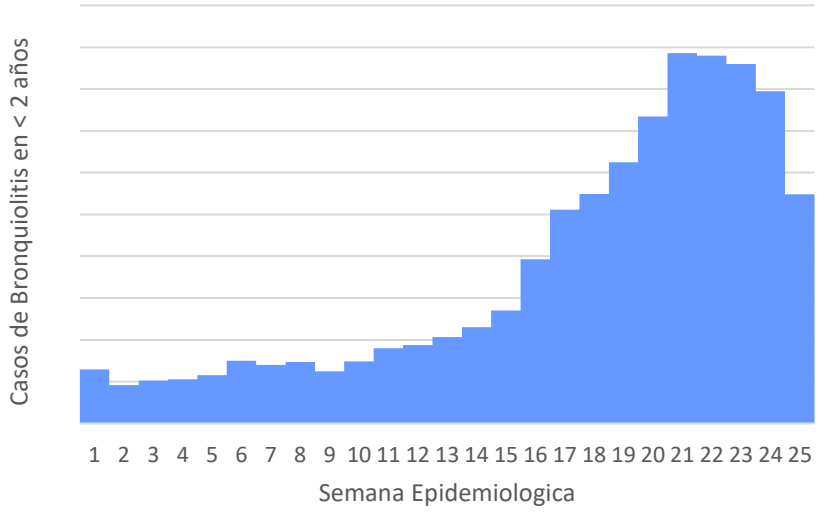
- ✔ Entre los casos hospitalizados, para la SE26/2023 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2 fue de 4,37%, influenza fue de 27,40% y VSR 70,99%. En comparación con la semana previa, en la SE26 la positividad presenta un ascenso tanto para influenza como para VSR.

BRONQUIOLITIS

Entre las semanas 01-25 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 96.813 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 6635,9 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de Bronquiolitis en menores de dos años entre las semanas 1 y 25 del año 2023 en establecimientos con regularidad mayor al 90% muestra una tendencia ascendente con aumento progresivo del número de casos desde la semana 11 que se acelera entre semana 16 y 21. Por cuarta semana consecutiva se registra un descenso de casos notificados respecto a la SE21.

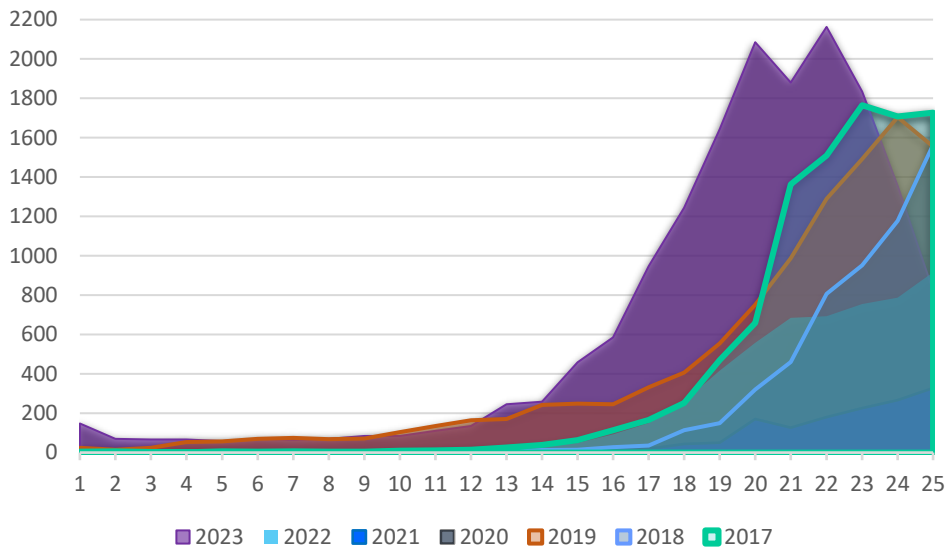
Gráfico 1: Casos de Bronquiolitis en < 2 años notificados por establecimientos con regularidad ≥90%. SE1-25. Año 2023 Argentina.



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.

Así mismo, si se comparan los casos de VSR (uno de los principales agentes asociados a casos de bronquiolitis) acumulados entre SE1 y 25 de 2023 con lo notificado en el mismo período de los últimos años, se verifica que en el año en curso se registró hasta el momento un número de casos 52,69% mayor al registrado para el mismo período del 2019, año con el mayor número de casos de los últimos 6 años. Esta diferencia se observa particularmente entre las semanas 15 y 21.

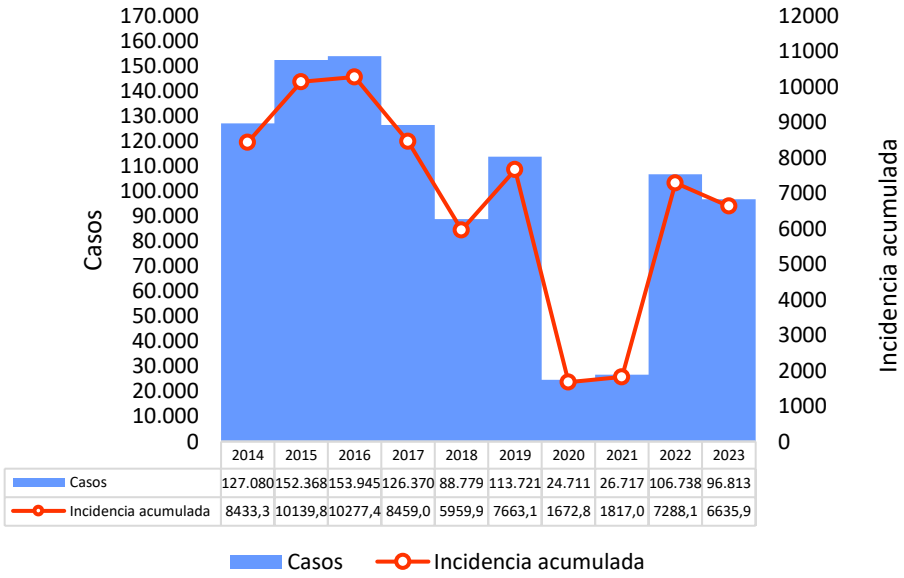
Gráfico 2: VSR según semana epidemiológica. SE1 a SE25. Total país. Año 2017-2023 Argentina



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

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. SE25.Total país. Año 2014-2023 Argentina.

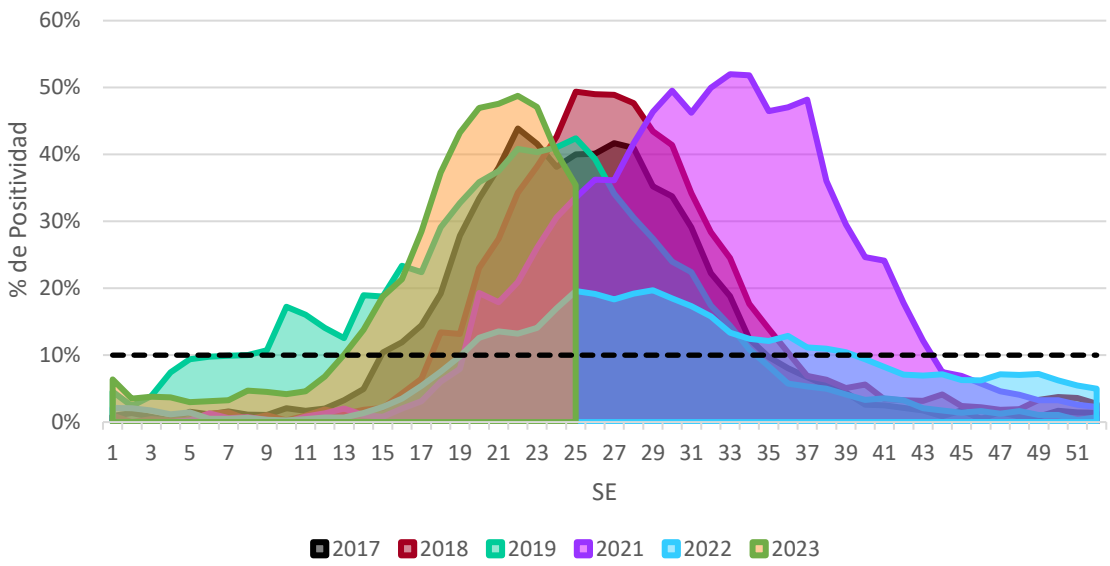


	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Casos	127.080	152.368	153.945	126.370	88.779	113.721	24.711	26.717	106.738	96.813
Incidencia acumulada	8433,3	10139,8	10277,4	8459,0	5959,9	7663,1	1672,8	1817,0	7288,1	6635,9

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

Si se analiza la actividad de VSR medida a partir del porcentaje de positividad[22], 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 semanas). Se detecta un incremento la positividad para VSR con un ascenso rápido entre semanas 13 a 19 y una pendiente menos pronunciada a partir de semana 20, alcanzando el valor máximo de 48,76% en la SE22. Posteriormente, los valores fueron descendiendo paulatinamente, con una positividad de 35,44% en la SE25, valor inferior a lo registrado en 2018 Y 2019 para la misma SE.

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



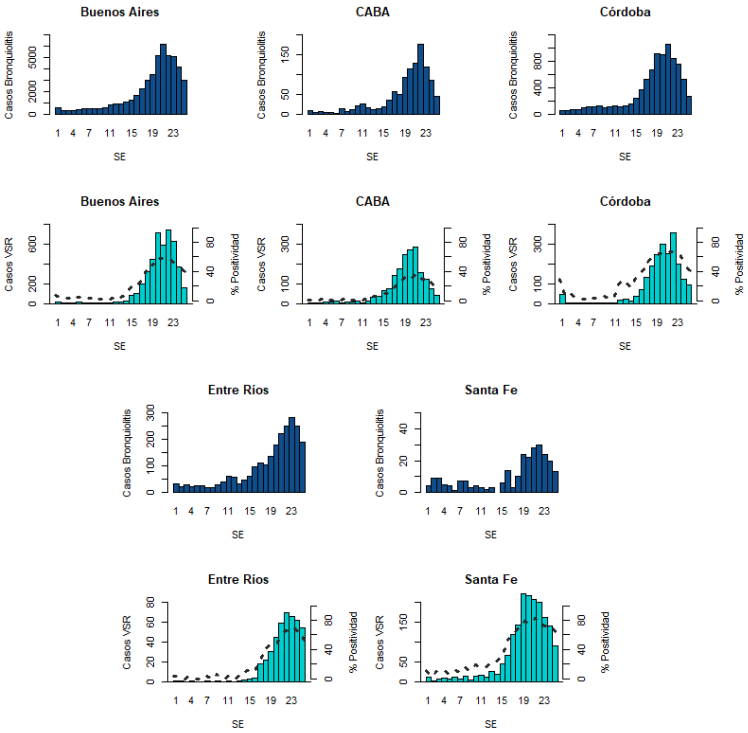
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) SIVILA y SNVS 2.0

Respecto a la situación en las jurisdicciones, la mayoría de ellas experimentaron un aumento de notificaciones de bronquiolitis entre las SE10-15. En varias provincias el máximo de casos se registró en las SE20 a 22, con una posterior inversión de la pendiente de la curva epidémica. Sin embargo, en algunas jurisdicciones de Cuyo, Noroeste y Sur o bien permanecen en una pendiente en ascenso o bien no presentan todavía un descenso claro en las últimas semanas. Asimismo, las notificaciones agrupadas de laboratorio de detecciones de VSR presentan en la mayoría de las provincias la misma tendencia que las bronquiolitis, aunque en algunas jurisdicciones no se puede identificar esa relación.

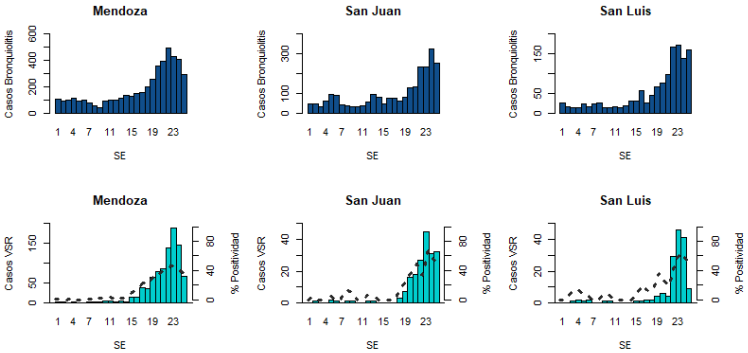
[22] Se considera el comienzo de la circulación estacional a partir de dos semanas consecutivas con al menos 10% de positividad.

Gráfico 5: Casos de bronquiolitis, VSR y % de Positividad por SE y por provincia – SE01-25. Año 2023.

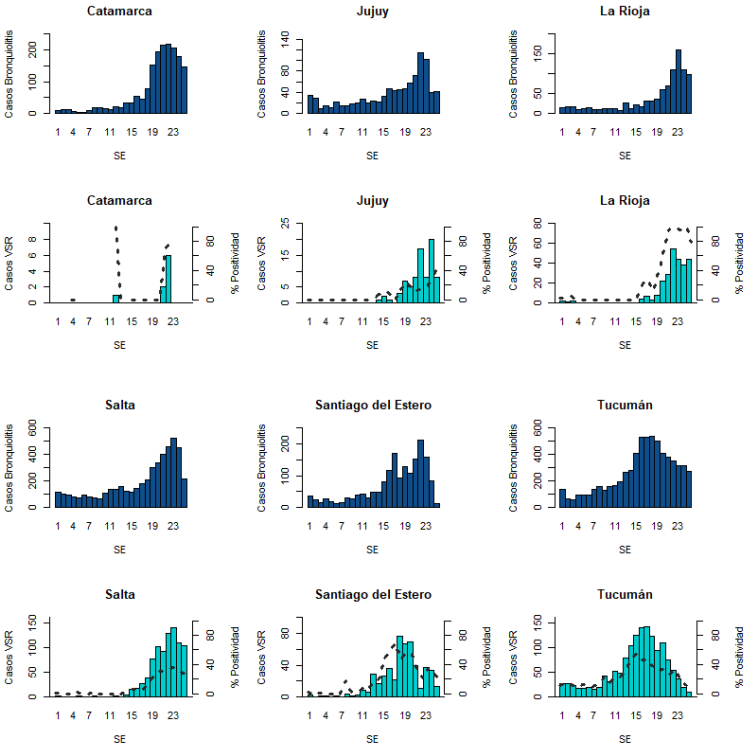
REGIÓN CENTRO



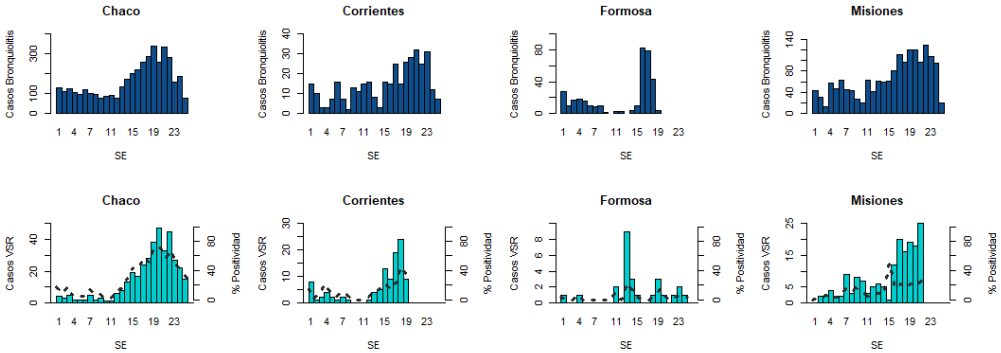
REGIÓN CUYO



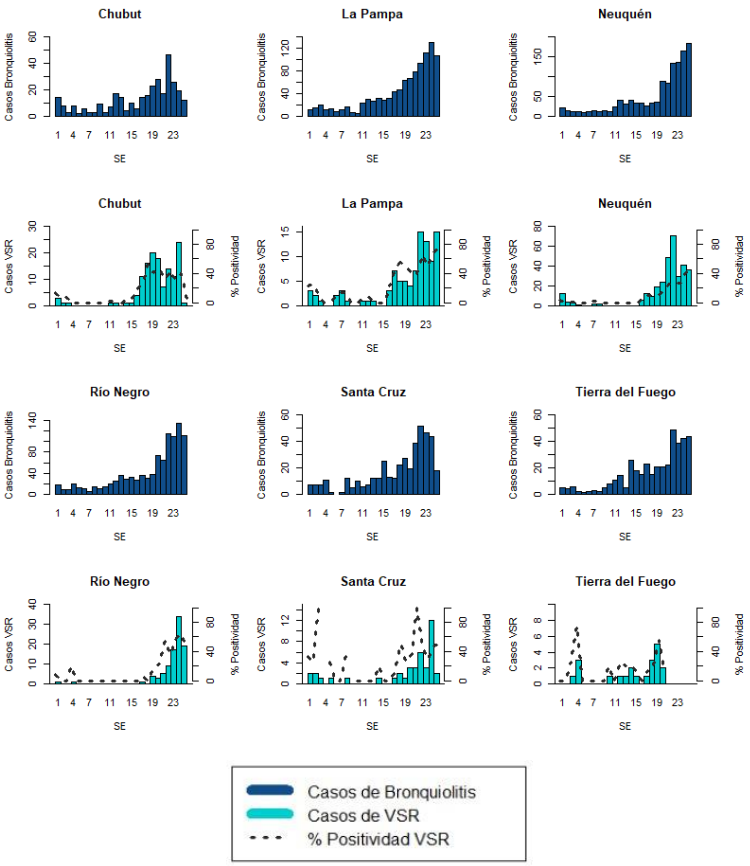
REGIÓN NOA



REGIÓN NEA



REGIÓN SUR



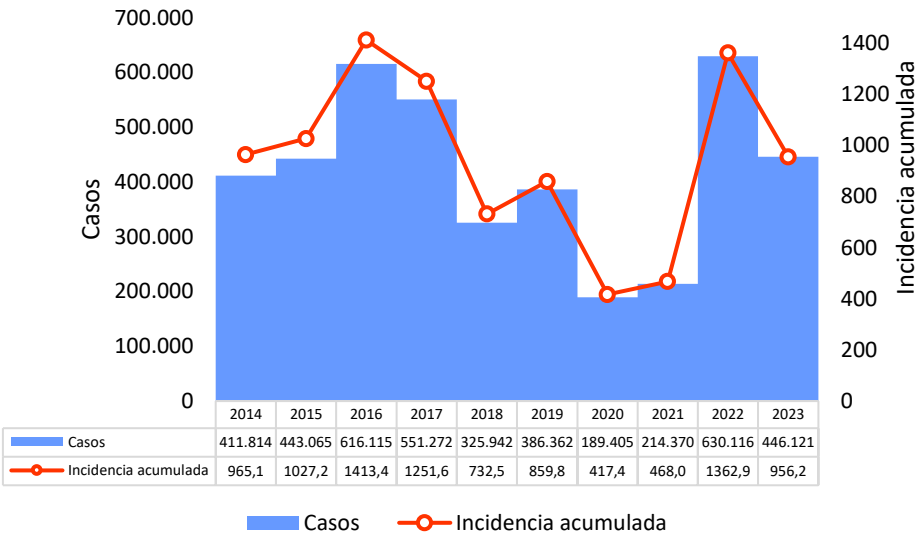
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) SIVILA y SNVS 2.0

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre la SE01-25 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 446.121 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 956,2 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 25 semanas del período 2014-2023, se observa que el mayor número de notificaciones se registra para el año 2022 (cuando se registraron 630.116 casos), seguido por los años 2016 y 2017, mientras que las notificaciones de ETI en las primeras 25 semanas de 2023, superan a las registradas en resto de los años históricos analizados.

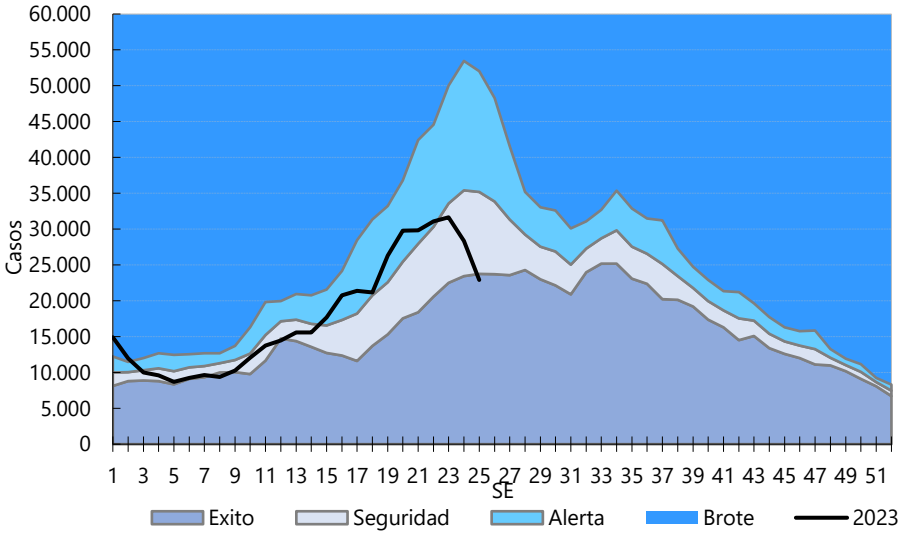
Gráfico 6: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. SE25. Total país. Año 2014-2023 Argentina.



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

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país se encuentran entre la zona de brote en las dos primeras semanas de 2023, posteriormente se ubican en zona de seguridad y oscilan entre ésta y los niveles esperados hasta la SE13. A partir de la SE14, se registra un ascenso que alcanzó la zona de alerta en SE15-22. En las SE23 y 24 las notificaciones descienden, y en SE25 se ubican nuevamente en niveles esperados.

Gráfico 7: Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Corredor endémico Semanal - 5 años: 2015 a 2019. SE01-25 de 2023. Argentina.



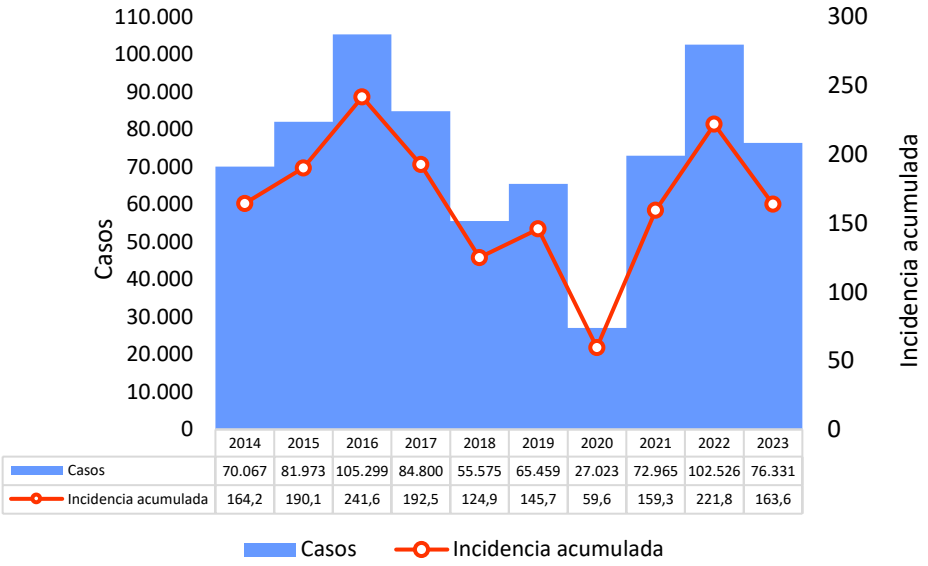
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

Entre las SE01-25 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 76.331 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 163,6 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las semanas 1 a 25 del período 2014-2023, se observa que el año con mayor número de notificaciones fue 2016, seguido por 2022~~ y 2017~~. En relación al mismo período en años históricos, en la presente temporada el número de casos registrados es menor respecto a los años 2015 a 2017 y 2022; mientras que en comparación con los años 2014 y 2018 a 2021, se notificaron un mayor número de neumonías en el corriente año.

Gráfico 8: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. SE25. Total país. Año 2014-2023 Argentina.[23]



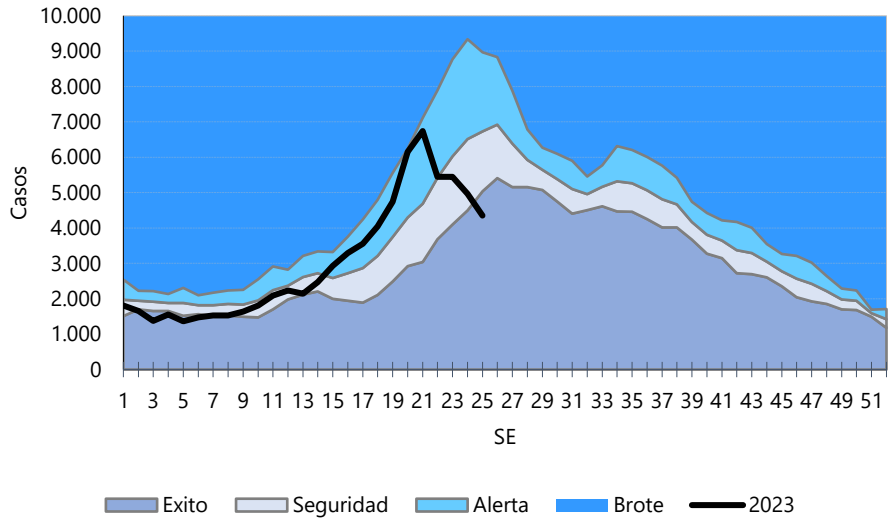
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Casos	70.067	81.973	105.299	84.800	55.575	65.459	27.023	72.965	102.526	76.331
Incidencia acumulada	164,2	190,1	241,6	192,5	124,9	145,7	59,6	159,3	221,8	163,6

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

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, excepto en SE07. En las SE 09-14 ascienden a la zona de seguridad y luego presentan un nuevo ascenso a partir de SE15 que alcanza la zona de alerta, con el máximo nivel de notificaciones en SE21. A partir de ese momento, los casos de neumonía registran un descenso, ubicándose en SE25 en los niveles esperados.

[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 9: Neumonía: Corredor endémico Semanal. 5 años: 2015 a 2019. SE01-25 de 2023. Argentina.

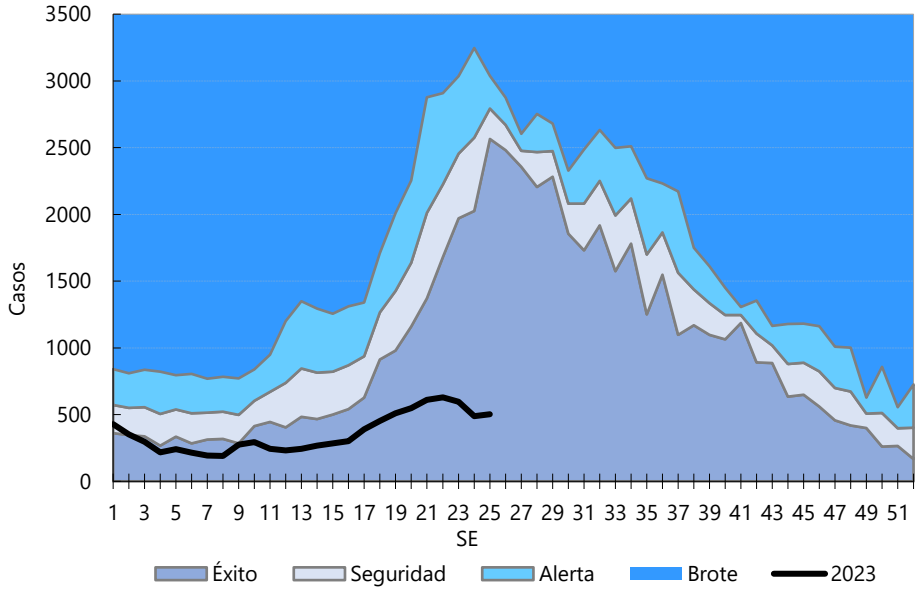


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

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 SE03-25.

Gráfico 10: Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Corredor endémico Semanal. 5 años: 2015 a 2019. SE01-25 de 2023. Argentina.

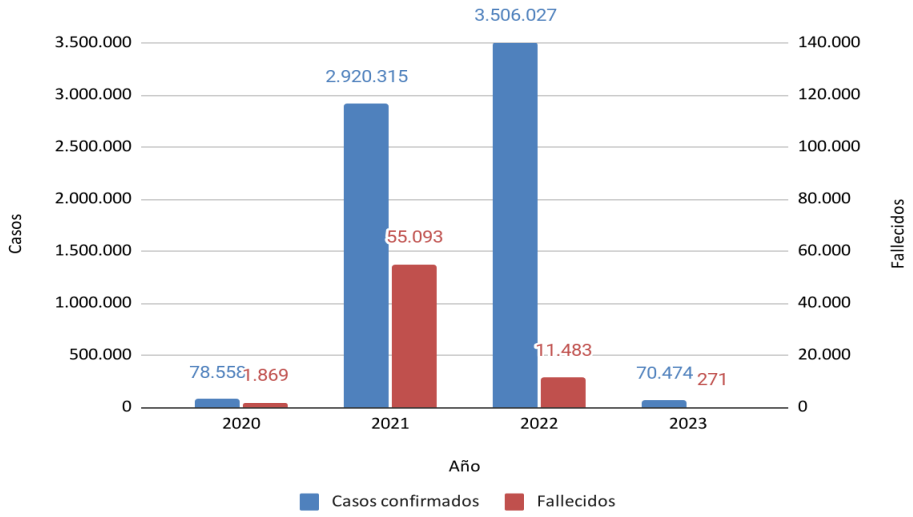


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

COVID-19

Los casos acumulados de Covid-19 hasta la semana 26 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.

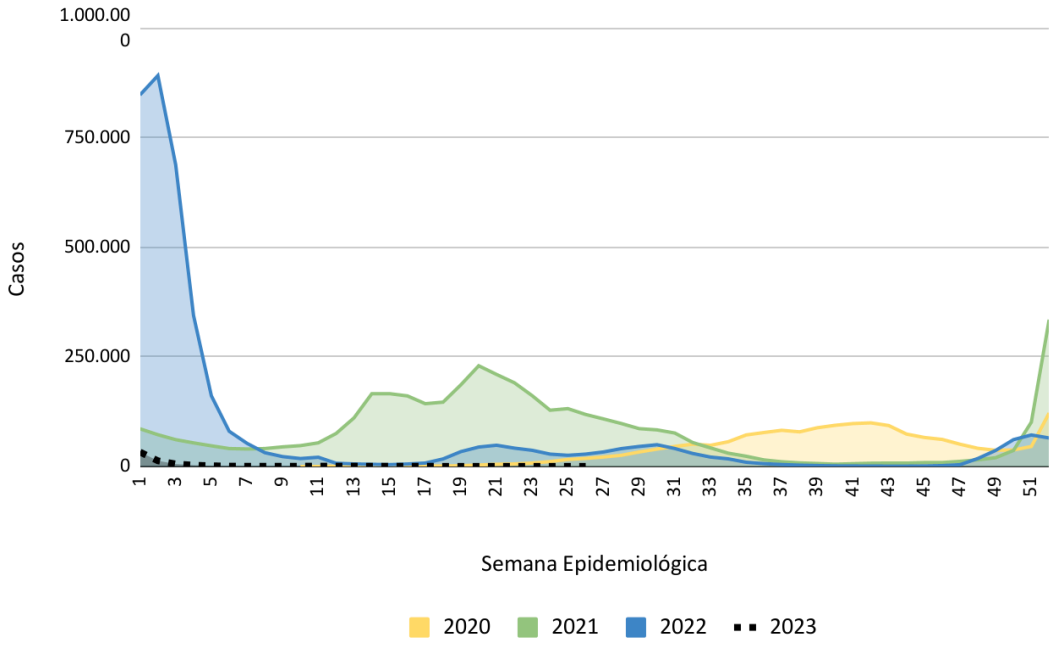
Gráfico 11: COVID-19: Casos y fallecidos acumulados SE1 a SE26, según año. 2020-2023. Argentina.



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

Del mismo modo, los casos confirmados por semana epidemiológica muestran un comportamiento establemente bajo durante las 26 semanas del año en curso.

Gráfico 12: COVID-19: Casos por semana epidemiológica, según año. 2020 a 2023. Argentina.



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

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 SE26/2023 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 28.878, 14.153y 10.735 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente.

Para la SE26/2023, el porcentaje de resultados positivos entre las muestras analizadas por rt-PCR en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio es de 8,40%, 31,91% y 12,12% 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 32,34% en la SE25; 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. Entre las SE20-24 los valores superaron ese valor, con un máximo de 14,75% en SE22, ubicándose en 12,12% en la SE26.

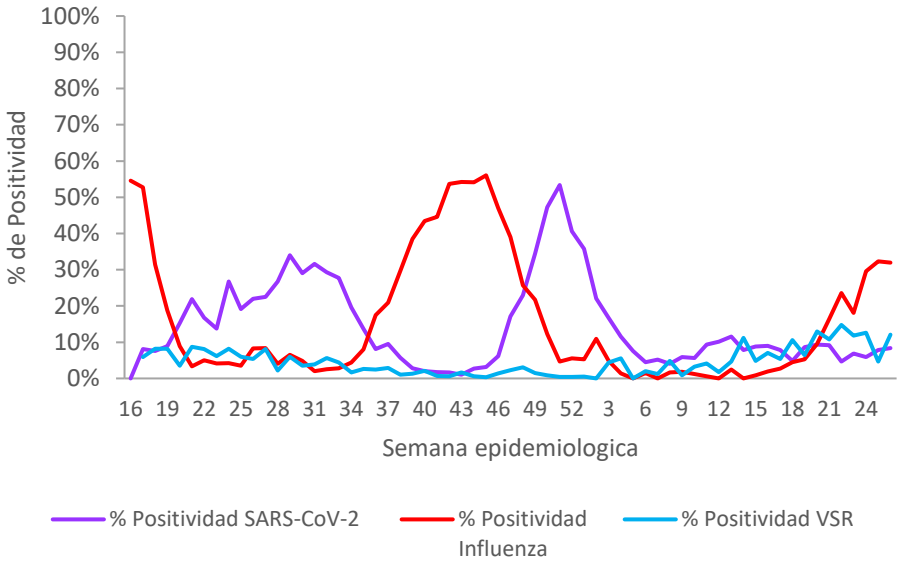
Asimismo, el porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 continúa presentando valores bajos luego del último ascenso en SE51/2022, superando en algunas semanas el 10%, con un valor de 8,40% en SE26.

Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16/2022 a SE26/2023. Estrategia UMAs. Argentina.

INDICADORES UMA	Última semana			SE16/2022 – SE26/2023		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	491	49	9,98%	158.686	45.587	28,73%
SARS-CoV-2 por PCR	119	10	8,40%	28.878	6.085	21,07%
Influenza	94	30	31,91%	14.153	2.562	18,10%
VSR	33	4	12,12%	10.735	424	3,95%

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

Gráfico 13. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16/2022 a SE26/2023.[24]



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

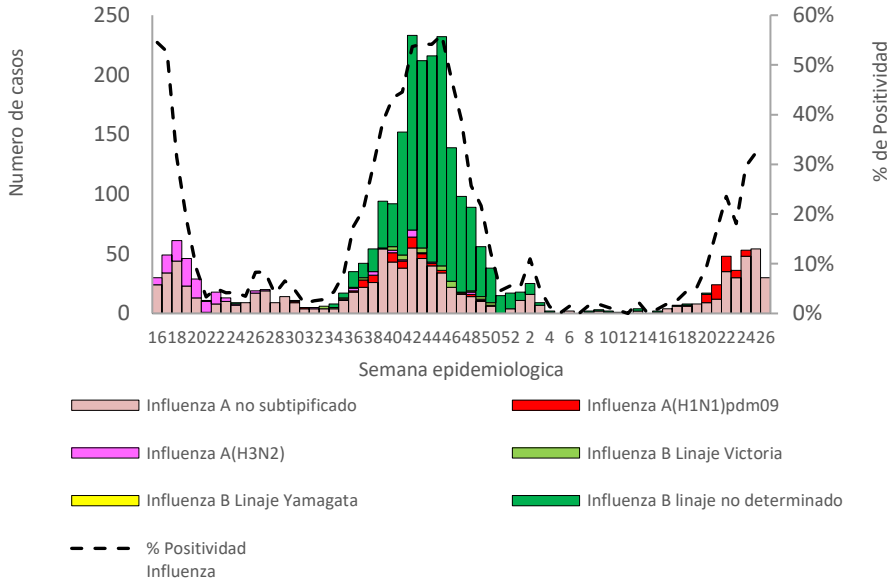
En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=2.562), 1224 (47,78%) fueron positivas para Influenza A y 1.338 (52,22%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 222 muestras cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A (H3N2) (n=125) e Influenza A (H1N1) pdm09 (n=97). De los casos de influenza B detectados entre la SE16/2022 y la SE26/2023, 33 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 1.305 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje. Como puede observarse en el Gráfico 14 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.

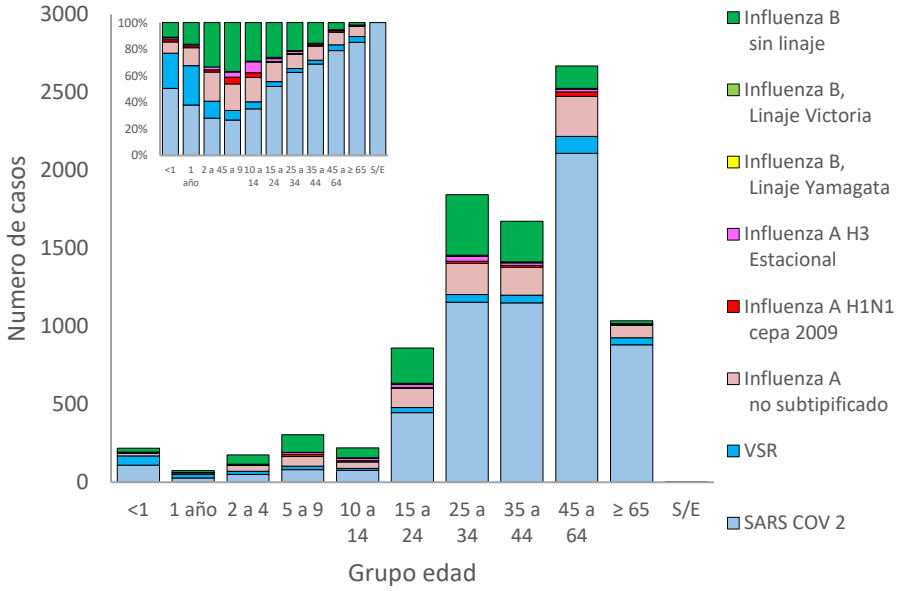
Gráfico 14. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16/ 2022 a SE26/2023 Estrategia UMAs. Argentina.



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

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

Gráfico 15. 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 26/2023. Estrategia UMAs. Argentina.



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

VIGILANCIA DE SARS COV-2, INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS

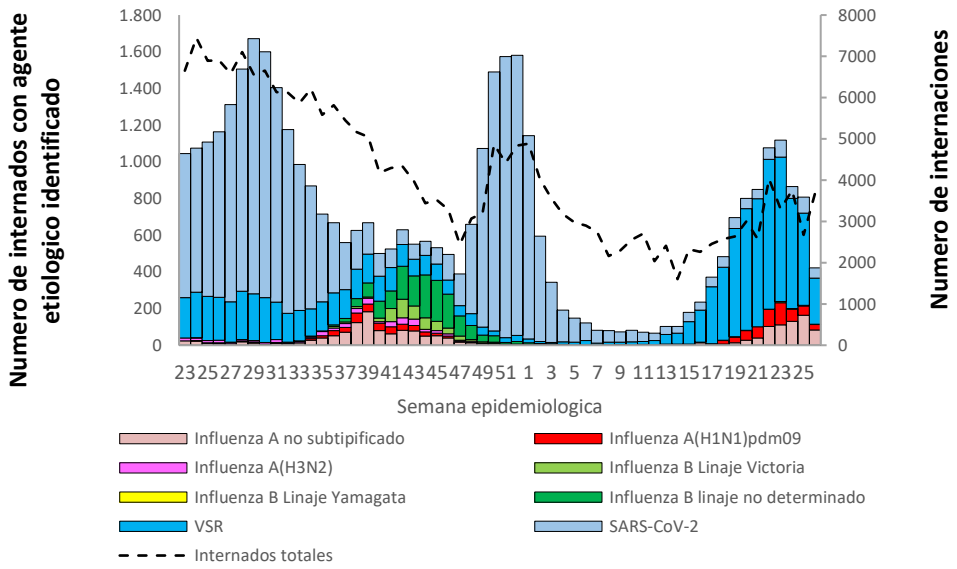
En términos acumulados, entre la SE23/2022 a SE26/2023, se notificaron 198.902 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 23.822 fueron positivas (porcentaje de positividad 11,98%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 31.928 muestras para virus influenza con 5.366 detecciones positivas (porcentaje de positividad 16,81%). De las mismas, 3.194 fueron influenza A y 2.172 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 1.323 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 921 (69,61%) son influenza A (H1N1) pdm09 y 402 (30,39%) son influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 1.678 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 494 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 29.548 muestras estudiadas para VSR registrándose 10.622 con resultado positivo (porcentaje de positividad 35,95%). La positividad para VSR entre las muestras analizadas en casos hospitalizados presentó un ascenso desde la SE13, alcanzando el máximo de 75,13% en SE21, con un valor de 70,99% en la SE26.

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, alcanzando su valor máximo en la SE22.

Gráfico 16. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23/2022 a SE26/2023.

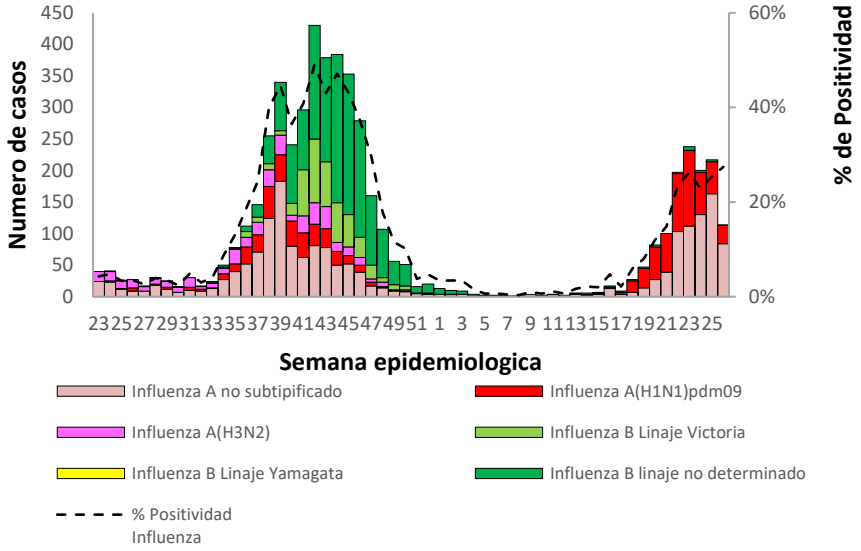


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS$^{2.0}$.

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 13,11% a 48,92%, con una disminución a partir de SE45, situándose en 4,71% en SE52.

En lo que va de 2023, el porcentaje de positividad osciló en niveles por debajo del 10% hasta la SE19, posteriormente la positividad presenta una tendencia ascendente, alcanzando 27,40% en SE26. Los casos de influenza registrados corresponden a influenza A, principalmente A (H1N1), con algunas detecciones positivas para influenza B sin linaje.

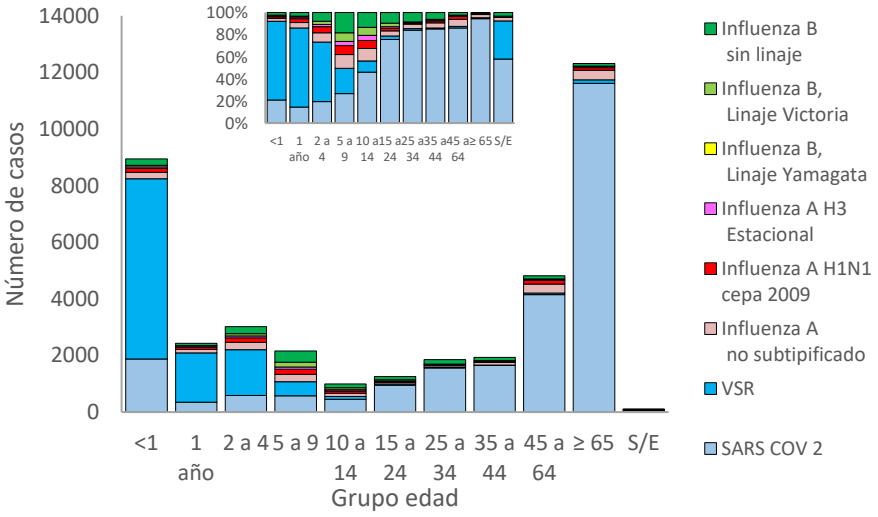
Gráfico 17. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE23/2022 a SE26/2023. Argentina.



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

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

Gráfico 18. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23/2022 a SE26/2023. Argentina.



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

Entre las SE 01-26 del año 2023, se registraron 18 personas fallecidas con diagnóstico de influenza.[25]

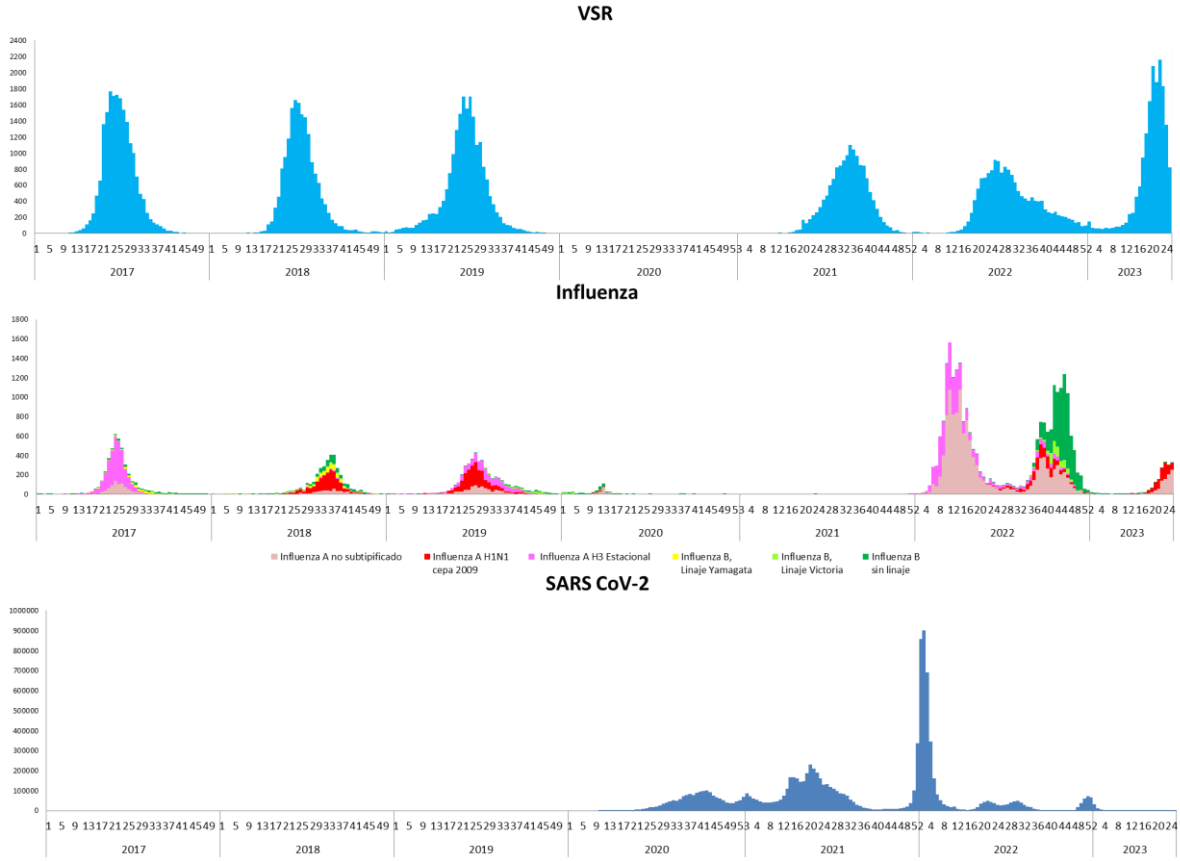
VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS

En el momento actual se verifica un aumento paulatino de casos de influenza en contexto de circulación de VSR, que presentó una actividad estacional adelantada durante el año 2023. Cabe destacar que, tal como se describe previamente, si bien a nivel país la curva de casos de VSR dejó de aumentar, las tendencias son heterogéneas entre jurisdicciones, registrándose un amesetamiento de notificaciones en alguna de ellas y una curva aún ascendente en algunas otras. 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.

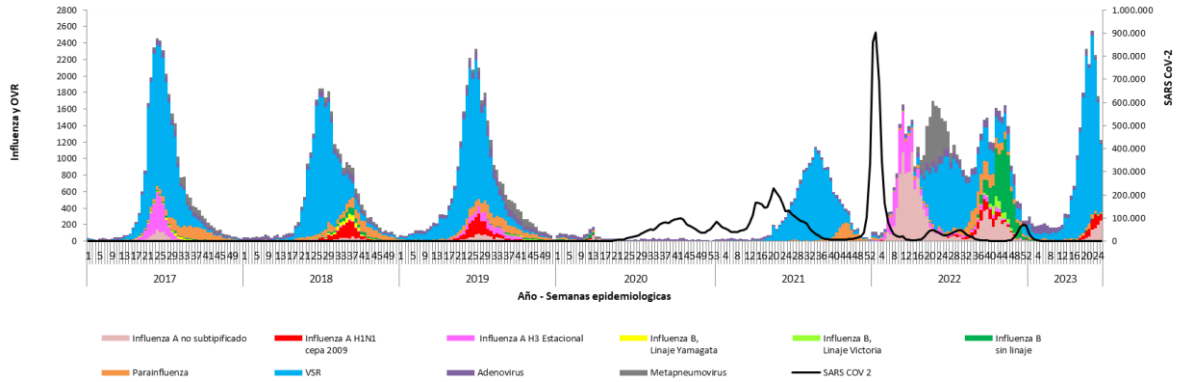
[25] Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, hasta SE22 se considera la fecha de apertura del caso. A partir de la SE23/2022 y en concordancia con el cambio de la estrategia de vigilancia de virus respiratorios se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

Gráfico 19. VSR, Influenza y SARS CoV-2. Años 2017- 2022. SE25 2023.



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

Gráfico 20. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2022. SE25 2023.

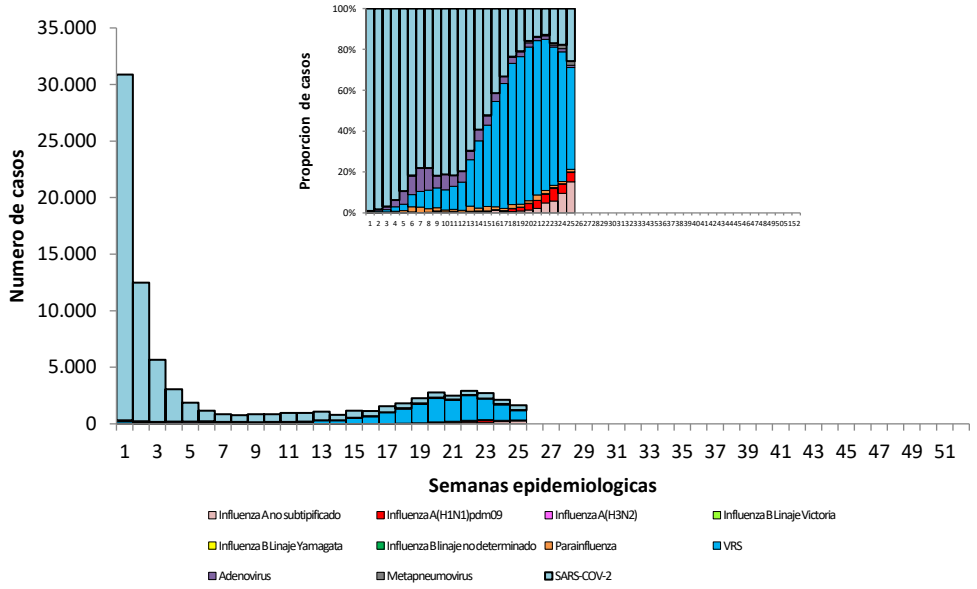


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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 SE22 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 SE25 se detecta circulación de virus respiratorios en orden de frecuencia: VSR, SARS CoV-2. influenza y otros virus respiratorios.

Gráfico 21. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad SE01 a SE25 de 2023.

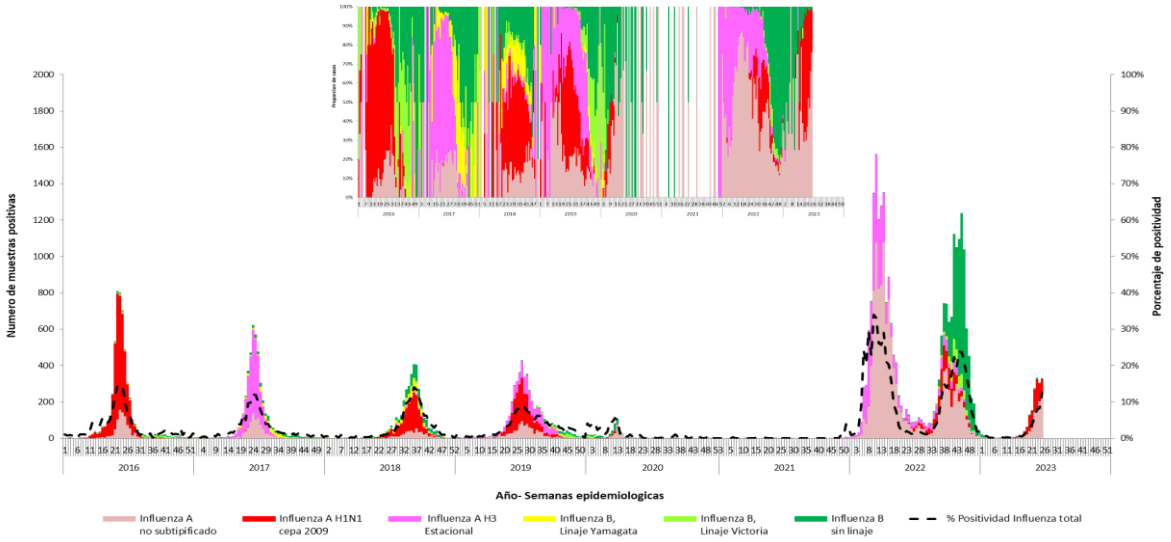


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS$^{2.0}$.

En 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. 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 12,63% durante la SE25 de 2023.

Gráfico 22. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica. Años 2016 a 2022. SE25 de 2023. Argentina.



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

INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

A nivel mundial, del 29 de mayo al 25 de junio de 2023, se reportaron a GISAID 13.152 secuencias de SARS-CoV-2. Actualmente, la OMS está monitoreando 2 variantes de interés (VOI), XBB.1.5 y XBB.1.16, y seis variantes bajo seguimiento (VUM) y sus linajes descendientes.23 Las VUM son: BA.2.75, CH.1.1, XBB, XBB.1.9.1, XBB.1.9.2 y XBB.2.3.

A nivel mundial, XBB.1.5 se ha informado en 114 países. En la semana epidemiológica 18 XBB.1.5 representó el 41,6% de las secuencias en comparación con un 50,4% registrado en la semana epidemiológica 14.

Su prevalencia ha ido disminuyendo continuamente. En la semana epidemiológica 23, XBB.1.5 represento el 19,8% de las secuencias en comparación con el 32,1% registrado en la semana 19. La evaluación de riesgos actualizada para XBB.1.5 sugiere que no presenta riesgos adicionales para la salud pública en comparación con otras variantes circulantes.

Se ha notificado XBB.1.16 en 89 países. En la semana 23, XBB.1.16 representó el 20,5% de las secuencias, frente al 15,7% en la semana 19. Su prevalencia ha superado la de XBB.1.5 en la semana 23. El análisis de los datos disponibles indica que los países con una prevalencia previa baja de XBB.1.5 han experimentado un aumento significativo en la prevalencia de XBB.1.16, mientras que los países que tenían una alta prevalencia de XBB.1.5 informaron una baja circulación de XBB.1.16.

Entre las VUM, XBB, XBB.1.9.2 y XBB.2.3 han mostrado tendencias crecientes en las últimas semanas. Otras VUM muestran tendencias decrecientes durante el mismo período de informe. [26]

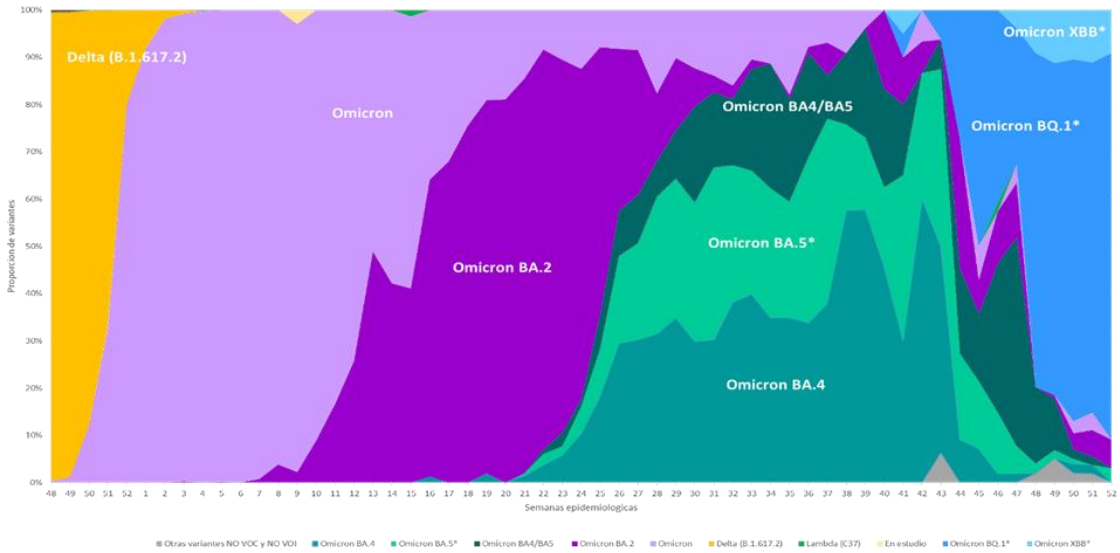
En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación

[26] https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---29-june-2023.

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 11-21 de 2023, se observa que BQ.1* se detecta en 1/146 muestras analizadas, XBB* en 144/146 y BA.5 en 1/146 muestras. (*Indica la inclusión de linajes descendientes).[27],[28]

Gráfico 23: Distribución porcentual de variantes identificadas según SE de fecha de toma de muestra. SE48/2021- SE04/2023.Total país[29].



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

[27] 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.

[28] 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.

[29] Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS[30]

América del Norte: La actividad de influenza ha permanecido en niveles bajos. Durante las 4 últimas semanas epidemiológicas (SE) los virus influenza predominantes han sido B/Victoria, con circulación en menor medida deinfluenza A (mayoritariamente A(H1N1)pdm09). La actividad del VSR se ha mantenido en niveles bajos. La actividad del SARS-CoV-2 ha disminuido, aunque continúa circulando en niveles moderados. Los casos de enfermedad tipo influenza (ETI) e infección respiratoria aguda grave (IRAG) han presentado una tendencia decreciente, siendo la mayor parte de estos asociados a SARS-CoV-2 y en menor medida a influenza.

Caribe: La actividad de la influenza ha mostrado una tendencia decreciente. Durante las últimas 4 semanas epidemiológicas, los virus predominantes de la influenza han sido B/Victoria, con menor circulación de la influenza A (principalmente A(H1N1)pdm09). La actividad del VSR ha permanecido baja. La actividad del SARS-CoV-2 ha mostrado un incremento en las últimas 4 SE y actualmente se encuentra en niveles intermedios de circulación. Los casos de ETI e IRAG han mostrado un incremento debido a casos SARS-CoV-2 positivos seguido de influenza en menor medida.

América Central: La actividad de influenza ha mostrado un incremento pronunciado en las últimas 4 SE con niveles altos de circulación. Durante las últimas 4 semanas epidemiológicas, los virus predominantes de influenza han sido del tipo A, principalmente A(H1N1)pdm09, con circulación concurrente en menor medida de influenza A(H3N2) e influenza B/Victoria. La actividad de VSR ha permanecido baja. La actividad de SARS-CoV-2 ha permanecido baja. La actividad de ETI se ha mantenido baja, la actividad de IRAG ha presentado un incremento con la mayoría de los casos asociados a influenza. En Costa Rica se han observado niveles de positividad de influenza extraordinarios, sin embargo, los nieves de ETI e IRAG se han mantenido bajos con la mayoría de los casos asociados a influenza. En Honduras se han alcanzado niveles altos-extraordinarios en los porcentajes de positividad de influenza en las últimas semanas con actividad en descenso y niveles moderados de en los casos de IRAG siendo la totalidad de los estos debido a influenza. En Nicaragua y Panamá también se ha observado un incremento en la positividad de influenza con niveles moderados de intensidad en ambos países.

Países Andinos: La actividad de la influenza se mantiene estable a niveles bajos. Durante las 4 últimas SE los virus influenza predominantes han sido influenza A, mayoritariamente A(H1N1)pdm09, con circulación en menor medida de influenza B/Victoria. La actividad del VSR ha mostrado un descenso manteniéndose en niveles medios de circulación. El SARS-CoV-2 ha presentado un incremento circulando en niveles moderados. La actividad de IRAG ha mostrado un ligero incremento con la mayoría de los casos asociados a influenza y en menor medida VSR y SARS-CoV-2 . La actividad de ETI ha mostrado una tendencia decreciente con la mayoría de los casos asociados a influenza.

Brasil y Cono Sur: La actividad de la influenza ha disminuido a niveles moderados de circulación. Durante las últimas 4 semanas epidemiológicas, los virus predominantes de la influenza han sido principalmente A(H1N1) pdm09, con circulación simultánea del virus de la influenza B/Victoria. La actividad del virus VSR ha presentado un descenso en las dos últimas SE situándose en niveles moderados de circulación. La actividad del SARS-CoV-2 ha permanecido baja. Después de alcanzar un pico, tanto la actividad de IRAG como la de ETI han disminuido en las últimas 4 SE, siendo la mayoría de los casos positivos a VSR e influenza. En Chile, se han observado niveles extraordinarios de actividad de ETI, con la mayoría de los casos relacionados con VSR e influenza, esta actividad ha presentado un descenso en las últimas SE situándose en niveles altos. También se han detectado niveles moderados de actividad de IRAG en Chile, siendo el VSR la causa más común entre los casos positivos, esta actividad también ha presentado un descenso en la última SE, situándose actualmente

[30] Tomado de: Reporte de Influenza SE24 de 2023 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2023. OPS-OMS, disponible en https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza

en niveles epidémicos. En Paraguay, se ha observado un nivel extraordinario de actividad de IRAG, siendo el VSR la causa principal entre los casos positivos, seguido de influenza y en menor medida SARS-CoV-2. En Uruguay se ha detectado un incremento en la actividad de IRAG situándose en niveles epidémicos-moderados, siendo la mayoría de los casos asociados a VSR seguido de influenza.

INFORMES ESPECIALES

STREPTOCOCCUS PYOGENES (ESTREPTOCOCO DEL GRUPO A)

Streptococcus pyogenes, también conocido como Streptococcus del grupo A, es una bacteria Gram-positiva y es la causa bacteriana más frecuente de faringitis aguda. Comúnmente origina distintas infecciones cutáneas como impétigo, celulitis, y escarlatina; sin embargo, en ocasiones, puede presentarse como una forma grave o enfermedad invasiva, que puede causar condiciones potencialmente mortales, siendo responsable de más de 500.000 muertes anuales en todo el mundo. El reservorio es el humano, formando parte de la flora normal. Las personas pueden ser portadoras asintomáticas.

La transmisión ocurre por contacto directo por el contacto con una herida en una persona infectada o a través de gotitas eliminadas con la tos, los estornudos o al hablar.

El período de incubación para la enfermedad varía de acuerdo a la presentación clínica, entre 1 a 3 días. La faringitis se diagnostica mediante cultivos bacterianos y se trata con antibióticos. El tratamiento de elección es la penicilina. Su eficacia clínica se basa en la excelente sensibilidad que presentan a este antibiótico todas las cepas del agente causal. El tratamiento adecuado con antibiótico transcurridas las primeras 24 horas elimina la capacidad de propagación, permitiendo la reincorporación a las actividades habituales. La higiene de las manos y la higiene personal pueden ayudar a controlar la transmisión.

En raras ocasiones, la infección puede conducir a una enfermedad invasiva, potencialmente mortal, como fascitis necrosante, síndrome de shock tóxico estreptocócico y otras infecciones graves, así como enfermedades posinmunes, como glomerulonefritis posestreptocócica, fiebre reumática aguda y cardiopatía reumática.

En el presente informe se actualiza la situación epidemiológica en Argentina en base a los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud hasta la SE 26 de 2023.

SITUACIÓN INTERNACIONAL

El 8 de diciembre de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que al menos cinco Estados miembros de la región europea (Francia, Irlanda, los Países Bajos, Suecia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda) habían reportado un aumento en el número de casos de enfermedad invasiva por estreptococo del grupo A (*Streptococcus pyogenes*). También se ha informado en algunos de estos países, un aumento en las muertes relacionadas a este evento. Los niños menores de 10 años representan el grupo de edad más afectado. Reportan que el aumento observado puede reflejar un inicio temprano de la temporada de este tipo de infecciones coincidiendo con un aumento de la circulación de virus respiratorios y del riesgo de que se produzcan coinfecciones víricas, lo que puede aumentar a su vez el riesgo de desarrollar una enfermedad invasiva por estreptococos del grupo A. Plantean en este mismo comunicado que el riesgo de infección invasiva entre la población general es bajo en la actualidad.

El 19 de diciembre la OPS, informó sobre casos de enfermedades causadas por estreptococo del grupo A en Uruguay. Como resultado de la vigilancia intensificada que incluye la búsqueda activa y retrospectiva de casos, se identificaron 21 casos ingresados en centros de salud de ocho departamentos del país por complicaciones debidas a la forma clínica invasiva de la bacteria. Respecto a la evolución, ocho de los casos fallecieron, cuatro adultos (69 a 79 años) y cuatro niños de 1 a 7 años inmunocompetentes.

El Reino Unido ha emitido el 29 de julio del 2023 un informe en donde se evidencia que la tasa de notificaciones de infección por *S. Pyogenes* continúa en aumento con una tendencia de incidencia semanal ligeramente superior a lo esperado en la temporada (semanas 37 a 46, 2022 a 2023).

Informan también, que la tasa de infección (en niños menores de 10 años) es superior a lo informado en los años anteriores a la pandemia de COVID-19, pero sustancialmente más alta que en los últimos 2 años.

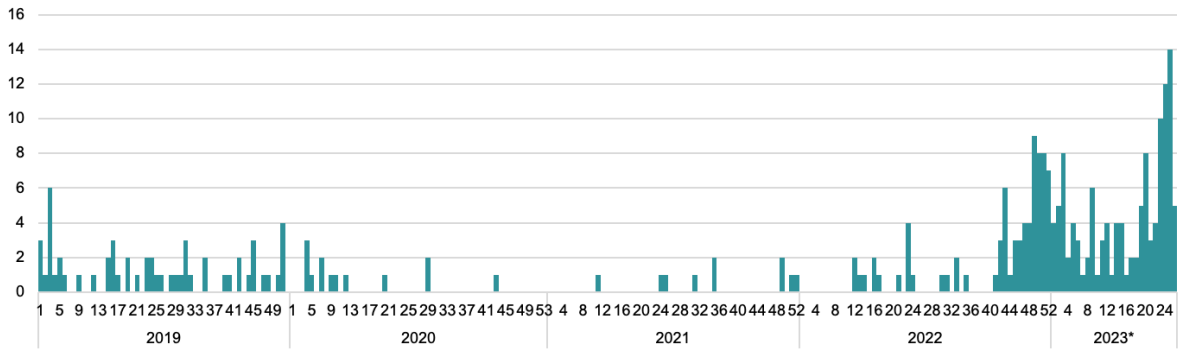
SITUACIÓN NACIONAL HASTA SE 26

- Desde la SE1 a la SE 26/2023 se notificaron al SNVS 118 casos confirmados de infección invasiva por *Streptococcus Pyogenes.* Ese número representa un aumento del 281% respecto de 2019.
- El aumento se registra en los tres eventos donde se notifica *S.pyogenes* (Meningoencefalitis, Infecciones Respiratorias Agudas Bacterianas y Otras infecciones invasivas bacterianas).
- En las primeras 26 semanas de 2023 se notificaron 16 casos fallecidos de infección invasiva por *Streptococcus Pyogenes.*
- Las provincias con mayor cantidad de casos confirmados en 2023 acumulados hasta la SE 26 son Buenos Aires (35), Santa Fe (20), Chubut (10) y Tierra del Fuego (10).
- La vigilancia de laboratorio no ha revelado nuevos linajes invasivos emergentes hasta la fecha, tampoco hubo evidencia de circulación ni diseminación de los clones invasivos M1uk, emm 3 y emm 89 responsables de incremento repentino de enfermedad invasiva en los EEUU, Canadá, Reino Unido y Europa. No hubo cambios significativos en la prevalencia de tipos emm individuales, grupos emm o perfiles de virulencia.

La vigilancia de *S.pyógenes* comenzó en Argentina a partir de una alerta emitida en 2018. En relación a los casos confirmados de infección invasiva por *S. pyogenes* para los años anteriores (2019-2022), el mayor número de casos se registró en 2022 con 75 casos reportados. En el 2023 hasta las SE 26 se observan 118 casos, siendo el número mayor a los registrados en los años anteriores.

Con respecto a los casos confirmados de infección invasiva por *S. pyogenes* se observa que las notificaciones fueron continuas a partir de la SE 41 del 2022 al corriente año 2023. En el periodo mencionado, se observa un aumento desde la SE 42 y un pico hacia el final de año en la SE 49 del 2022 (n=9). En cuanto al 2023 se observa un segundo incremento a partir de la SE 23 con un pico en la SE 25 (n=14). (Gráfico 1)

Gráfico 1. Casos confirmados de infección invasiva por *S. pyogenes* según semana epidemiológica y año. Período 2019-2023* (n=271).



**Año 2023 hasta SE 26 cerrada.*

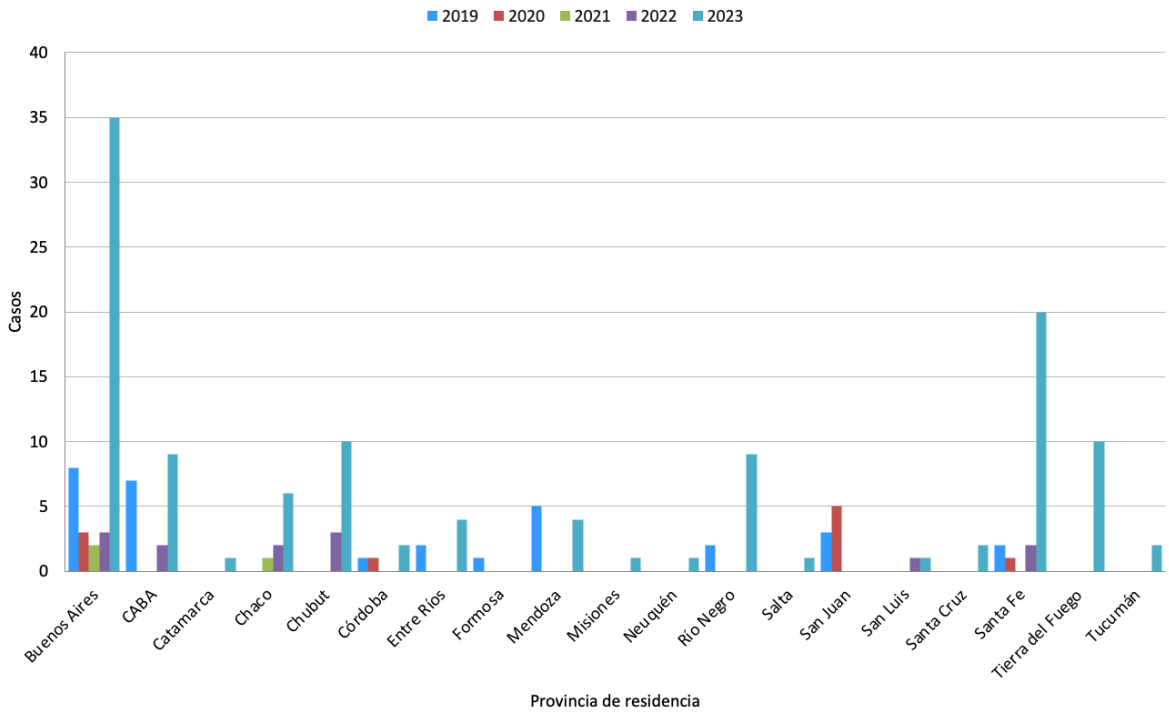
Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En relación a la distribución de casos de acuerdo a la jurisdicción de residencia en el período SE 1 a 26 del año 2023, las provincias que presentaron mayor número de casos fueron: Buenos Aires, Santa Fé, Tierra del Fuego, Chubut y CABA. Cabe destacar que las siguientes jurisdicciones: Catamarca, Misiones, Neuquén, Salta, Santa Cruz, Tierra del Fuego y Tucumán, presentaron casos en 2023 y no habían registrado notificaciones en el período 2019-2022. (Gráfico 2 y Tabla 1).

Tanto la OPS como la OMS en sus comunicados, deja planteada una posible relación entre el aumento de *S. pyogenes* (observado en países de Europa y Uruguay) con un aumento de la circulación de virus respiratorios y del riesgo de que se produzcan coinfecciones víricas. Esto podría aumentar a su vez, el riesgo de desarrollar una enfermedad invasiva por estreptococos del grupo A.

En Argentina, el comienzo del incremento de casos a fines de 2022 para el evento de *S.Pyógenes* coincide con un aumento de la circulación de virus respiratorios para el mismo año. Sin embargo, no se observa esta relación en el inicio del año 2022 que registró también una elevada circulación viral, principalmente de virus Influenza. De los casos fallecidos, en 1 caso se registró coinfección con SARS-CoV-2 y Virus Sincicial Respiratorio. En los 15 restantes no está registrado el estudio de virus respiratorios.

Gráfico 2. Casos confirmados de infección invasiva por *S. pyogenes* según provincia de residencia y año. Período SE 1 a SE 26, 2019-2023 (n=175).



** Un caso no posee registro de provincia de residencia, se le asigna la provincia de carga (CABA para el 2019).*

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

Tabla 1. Casos confirmados y fallecidos de infección invasiva por *S. pyogenes* según año y provincia de residencia. Período SE 1 a SE 26, 2019-2023.

Provincia de residencia	Año hasta la semana 26									
	2019		2020		2021		2022		2023	
	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos
Buenos Aires	8	2	3		2		3	1	35	4
CABA*	7						2	1	9	
Catamarca									1	
Chaco					1		2		6	
Chubut							3		10	2
Córdoba	1		1						2	
Entre Ríos	2	1							4	
Formosa	1									
Mendoza	5								4	1
Misiones									1	
Neuquén									1	
Río Negro	2								9	2
Salta									1	
San Juan	3		5							
San Luis							1		1	1
Santa Cruz									2	
Santa Fe	2		1	1			2		20	3
Tierra del Fuego									10	3
Tucumán									2	
Total general	**31**	**3**	**10**	**1**	**3**	**0**	**13**	**2**	**118**	**16**

** Un caso no posee registro de provincia de residencia, se les asigna la provincia de carga, CABA para el 2019.*

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

En el año 2023, desde la SE 1 hasta la SE 26 se notificaron al SNVS 2.0 un total de 118 casos confirmados de enfermedad invasiva por *S.pyogenes*: 107 casos notificados en el evento "Otras infecciones invasivas", 3 en "Meningoencefalitis bacteriana", y 8 en "Infección respiratoria aguda bacteriana" (Tabla 2).

Tabla 2. Casos confirmados de infección invasiva por *S. pyogenes* según evento y año. Período 2019-2023* (n=271).

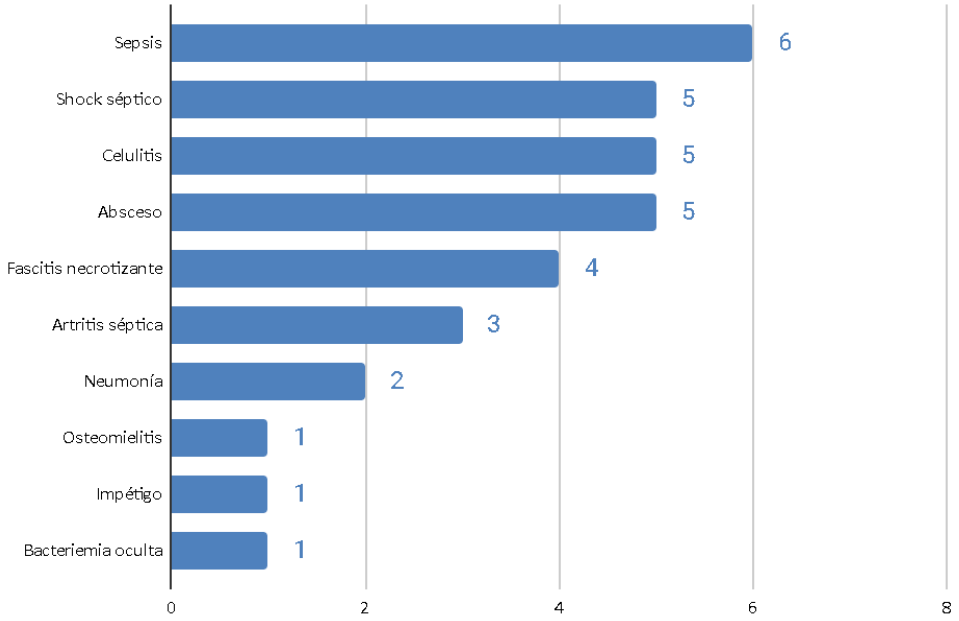
Año	Otras infecciones invasivas	Meningoencefalitis bacterianas - Streptococcus pyogenes	Infecciones respiratorias agudas (streptococcus pyogenes - hemolítico grupo A)	Total
2019 Año cerrado	44	2	9	55
2020 Año cerrado	5	2	6	13
2021 Año cerrado	9	1		10
2022 Año cerrado	66	4	5	75
2023 Parcial a SE26	107	3	8	118
Suma total	**231**	**12**	**28**	**271**

**Año 2023 hasta SE 26 cerrada.*

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

En relación a los eventos notificadores de *S.Pyogenes* para el período analizado del 2023, del total de los casos confirmados en el evento "Otras infecciones invasivas bacterianas" (n=107), solo 33 presentan el dato del diagnóstico referido consignado. Los estadios clínicos que se presentaron con mayor frecuencia son: sepsis, shock séptico, celulitis y absceso. (Gráfico 3).

Gráfico 3. Casos confirmados de infección invasiva por *Streptococcus Pyogenes* al evento "otras infecciones invasivas bacterianas" según diagnóstico referido. SE 1 a 26 de 2023 (n=33*).

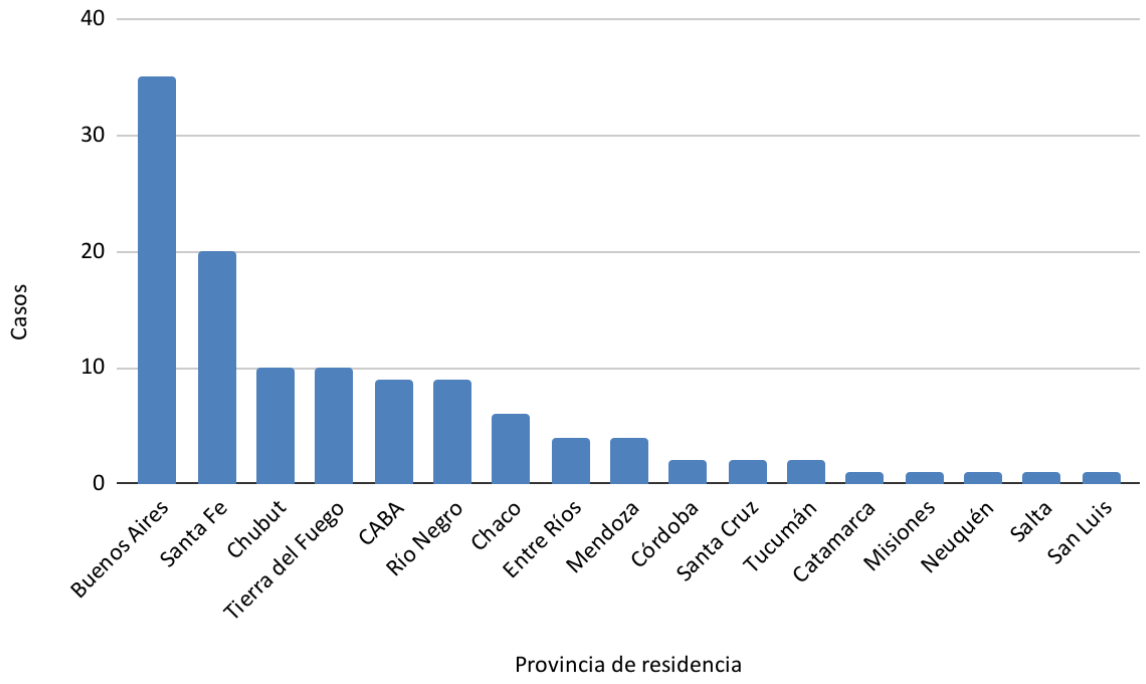


**74 casos no presentaban datos reportados sobre estadio clínico.*

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

Hasta SE 26 del corriente año, 17 jurisdicciones notificaron casos confirmados de infección invasiva por *S. pyogenes*: Buenos Aires (35), CABA (9), Catamarca (1), Chaco (6), Chubut (10), Córdoba (2), Entre Ríos (4), Mendoza (4), Misiones (1), Neuquén (1), Río Negro (9), San Luis (1), Salta (1), Santa Cruz (2), Tierra del Fuego (10), Santa Fé (20) y Tucumán (2). (Gráfico 4)

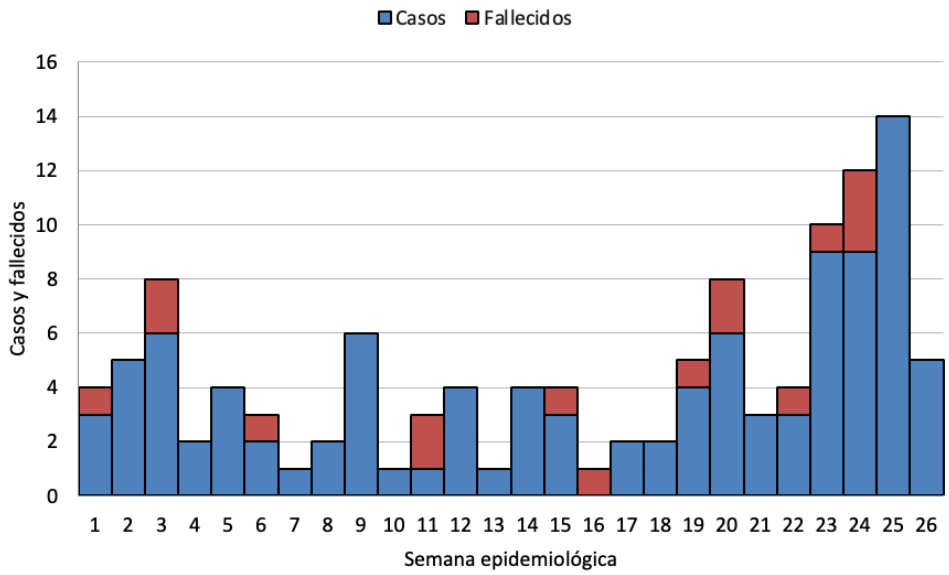
Gráfico 4. Distribución de casos confirmados de infección invasiva por *S. pyogenes*, según provincia de residencia. SE 1 a 26 de 2023 (n=118).



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

En lo que refiere a la curva epidemiológica del 2023, se puede observar que todas las semanas registran casos confirmados de infección invasiva por S.pyogenes con un aumento de los mismos, en las últimas semanas analizadas y un pico en la SE 25 de 14 casos (Gráfico 5).

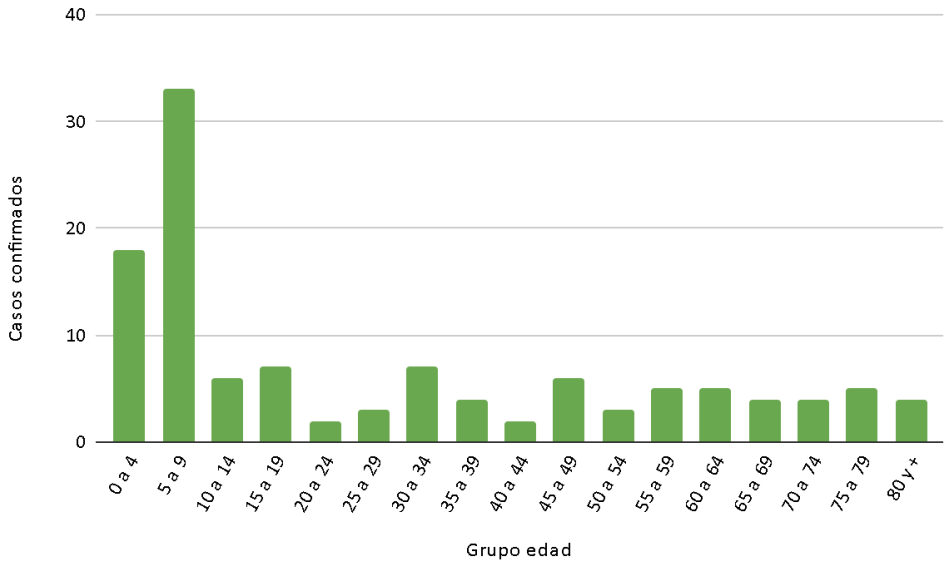
Gráfico 5. Casos confirmados y fallecidos de infección invasiva por *S. pyogenes* según semana epidemiológica. SE 1 a 26 de 2023 (n=118).



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

En cuanto a la edad de los casos confirmados en el año 2023, la edad mínima fue 0 años y la máxima 83 años, con una mediana de 16 años (Gráfico 6). Del total de casos confirmados, 51 (43,2%) fueron menores de 10 años. En relación al sexo, se notificaron 50 casos de sexo legal femenino y 68 de sexo legal masculino.

Gráfico 6. Casos confirmados de infección invasiva por *S. pyogenes* según grupo de edad. SE 1 a 26 de 2023 (n=118).



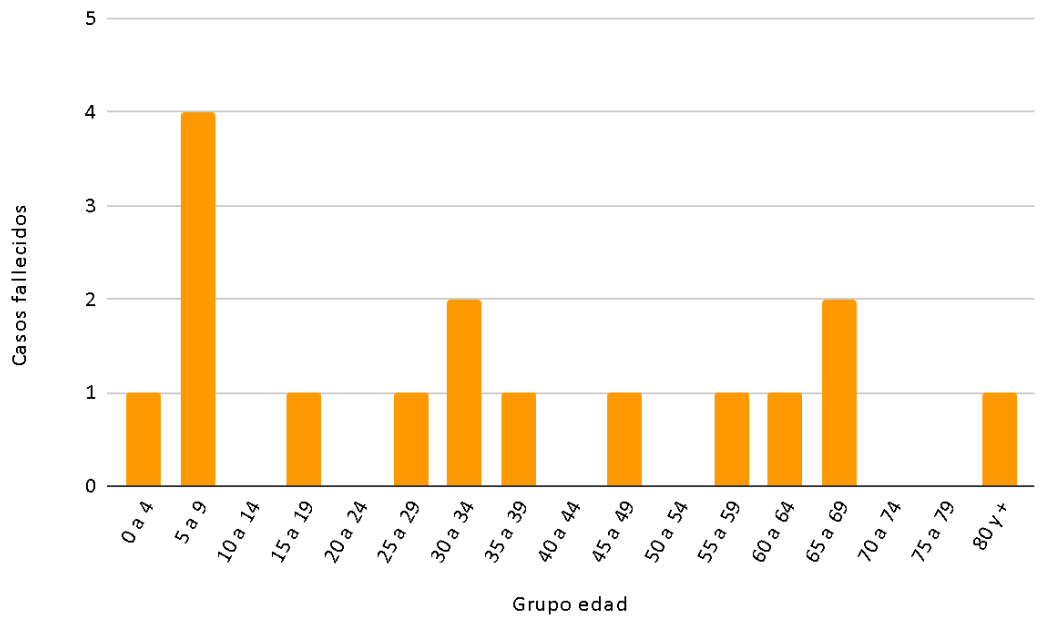
Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En relación a los fallecidos con diagnóstico confirmado de infección invasiva por *S. pyogenes*, en el año 2023 se notificaron en el SNVS 16 casos correspondientes a las siguientes provincias: Buenos Aires (4), Chubut (2), Mendoza (1), Río Negro (2), San Luis (1), Santa Fe (3) y Tierra del Fuego (3). (Tabla 1).

Del total de casos fallecidos, un caso corresponde al evento “Meningoencefalitis bacterianas” y 15 casos al evento “Otras infecciones invasivas bacterianas”. De este último evento, los diagnósticos referidos más frecuentes son: el shock séptico y la fascitis necrotizantes.

Respecto de las edades de los casos fallecidos, se puede observar una mayor frecuencia en el grupo etario de 5 a 9 años, seguido del grupo de 65 a 69 años. Con una mediana de edad de 31,5 años (Gráfico 7).

Gráfico 7. Casos fallecidos confirmados de infección invasiva por *S. pyogenes* según grupo de edad. SE 1 a 26 de 2023 (n=16).



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

Del total de fallecidos con diagnóstico confirmado de infección invasiva por *S. pyogenes* (n=16), tres (3) casos tenían registradas las siguientes comorbilidades: inmunosupresión por medicamento, inmunodeficiencia por enfermedad reumatológica y un caso con doble registro de comorbilidad con enfermedad cardíaca y alcoholismo.

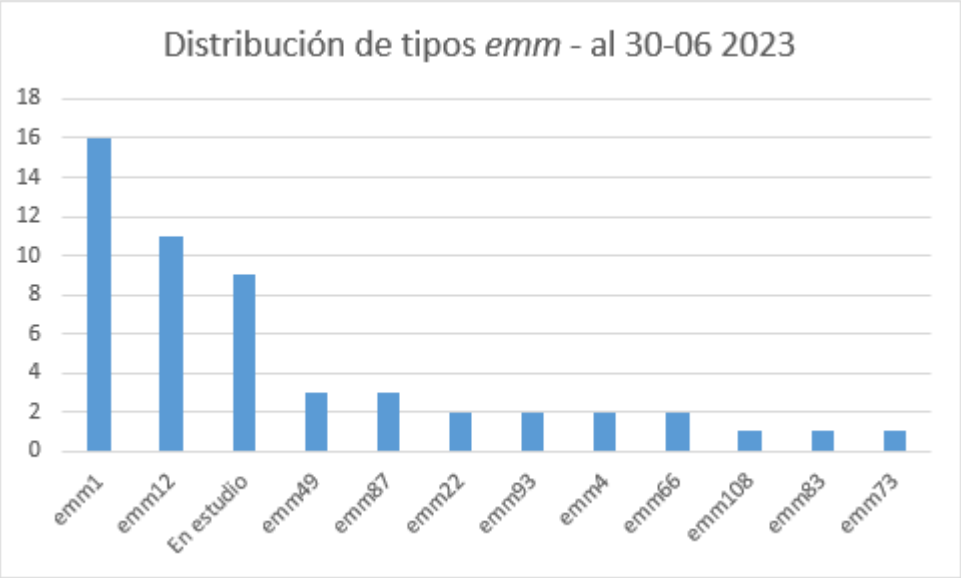
Estudios realizados en el LNR

A partir del uso de las herramientas de secuenciación genómica, desde el LNR se ha podido realizar la vigilancia de los clones circulantes de S. pyogenes en nuestro país. De acuerdo a la distribución de tipos emm obtenidos desde el año 2018 se observa que el tipo emm1-secuencio tipo 28, es el más representado y, como ocurre en el mundo, el más frecuentemente asociado a enfermedad invasiva.

A partir de la inclusión de la vigilancia de formas invasivas de casos de S. pyogenes en el Sistema Nacional de Vigilancia de Salud (SNVS) en el año 2022 se observó un aumento en el número de aislamientos en las muestras derivadas No obstante, se observa el mismo comportamiento en la distribución de tipos emm respecto de años anteriores, con predominio del tipo emm1 secuencio tipo 28.

Del total de muestras recibidas con aislamientos de S. pyogenes en el LNR durante el primer semestre del año 2023, se muestra la distribución de tipos emm en el siguiente gráfico:

Gráfico 8: Distribución de tipos *emm* de *S. pyogenes* asociados a cuadros invasivos.



En este período se sigue evidenciando que el tipo emm1 secuenciotipo 28 es el prevalente, seguido por el tipo *emm12*. No obstante, debido a la existencia de clones hipervirulentos dentro de los clones emm1, se realizó el análisis del viruloma de los aislamientos circulantes en nuestro país para la vigilancia y detección ante la aparición de un nuevo linaje y dee acuerdo al análisis de genes de virulencia por WGS de los genes de superantígenos *speA*, *speG*, *speJ* y *smeZ1*, en los aislamientos emm1-secuenciotipo 28 derivados desde 2018 hasta la actualidad se detecta el mismo perfil de virulencia.

En la mayor fracción de las cepas emm1 que circulan en nuestro país se observa ausencia del e el gen del superantígeno *speC*, que se da por la adquisición de un nuevo fago que codifica los superantígenos *ssa* y *speC* lo que produce un linaje altamente invasivo, descripto en Inglaterra en el año 2020. **Por lo tanto y hasta la fecha, no hay evidencia de emergencia de este linaje invasivo M1uk en nuestro país. (Lynkey et al., 2019).**

RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

Vigilancia y notificación

Objetivo:

Reconocer y monitorear el comportamiento y las características de las infecciones invasivas por *S. pyogenes* en la Argentina.

Definiciones y clasificaciones de caso de infección invasiva por *S. pyogenes*

Caso confirmado: Todo caso de meningitis, neumonía u otra enfermedad invasiva en el que se identifique *S. pyogenes* en un sitio normalmente estéril.

Notificación:

En el momento actual y en el marco de la ley 15.465 de Eventos de Notificaciòn Obligatoria y la actualización del manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de enfermedades de 2022 que prevé la notificación de otros eventos de importancia para la salud pública además de los definidos de manera regular, las infecciones invasivas por *S. pyogenes* constituyen eventos de notificación obligatoria.

Más información sobre los procedimientos para la notificación en ANEXO 1.

Modalidad de notificación: Nominal dentro de las 24 horas ante caso confirmado al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0).

Información crítica a consignar:

Es importante incluir en la notificación la información sobre la forma de presentación clínica, antecedentes de la enfermedad actual, comorbilidades y antecedentes epidemiológicos, así como las muestras analizadas, determinaciones y resultados obtenidos.

Derivación a laboratorios de referencia:

- Derivar los aislamientos de *Streptococcus pyogenes* provenientes de infecciones invasivas (no se deben remitir aislamientos de sitios no estériles como hisopados de fauces) al Servicio Bacteriología Especial del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" (y realizar la derivación virtual a través del SNVS) el cual confirmará identificación y determinación del tipo M y derivará los aislamientos pertinentes al Servicio Antimicrobianos (INEI-ANLIS) para estudios de sensibilidad complementarios.
- Los laboratorios institucionales deberán estudiar la sensibilidad a los antimicrobianos de los aislamientos invasivos con las metodologías habituales. El Servicio Antimicrobianos (INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán") realizará estudios de sensibilidad complementarios de acuerdo a los perfiles fenotípicos preliminares y el criterio que se establezca en base a los perfiles circulantes.

Manejo de casos

- Tras el diagnóstico microbiológico, se debe instaurar tratamiento antibiótico apropiado.
- Garantizar las medidas preventivas habituales dispuestas por el equipo de control de infecciones (respiratorias y/o de contacto según corresponda) a nivel institucional así como la adecuada higiene hospitalaria.
- Todos los contactos estrechos de un caso de enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes* deben ser informados de los signos y síntomas de la enfermedad.
- Se aconseja a los contactos de los casos que consulten rápidamente ante la aparición de síntomas: fiebre, dolor de garganta, dolor muscular localizado, o cualquier otra manifestación de infección por *Streptococcus pyogenes*.

RECOMENDACIONES A AL POBLACIÓN:

Los síntomas de la faringitis son los siguientes:

- Dolor de garganta, fiebre, cefaleas, dolor abdominal, náuseas y vómitos, enrojecimiento de faringe y amígdalas, mal aliento, ganglios aumentados de tamaño en el cuello.

Los síntomas más frecuentes de la escarlatina son:

- Garganta roja y adolorida, fiebre (38.3 °C o más), erupción color rojo con textura de papel de lija, piel de color rojo intenso en los pliegues de axila, codo e ingle, recubrimiento blancuzco sobre la lengua o el fondo de la garganta, lengua "aframbuesada", dolor de cabezas, náuseas o vómitos, inflamación de los ganglios, dolores en el cuerpo.
- Ante la presencia de algunos de estos síntomas es importante consultar al médico/pediatra para realizar el diagnóstico oportuno y evitar la automedicación con antibióticos.

En todos los casos:

- Las personas enfermas deben evitar la concurrencia a lugares públicos (trabajo, escuela) y restringir los contactos hogareños.
- Promover la vacunación antigripal en la población objetivo, así como su coadministración con vacunas COVID19 y otras.
- No automedicarse ni promover la automedicación. En el caso de recibir indicación médica de tratamiento antibiótico, completar el esquema (no acortar ni abandonar los tratamientos anticipadamente).
- La utilización inadecuada de los antibióticos promueve la resistencia bacteriana, y atenta contra su efectividad en el futuro.
- Lavarse las manos frecuentemente
- No compartir objetos de uso personal: cubiertos, vasos, toallas.
- Ventilar adecuadamente y de forma regular los ambientes

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

INTRODUCCIÓN

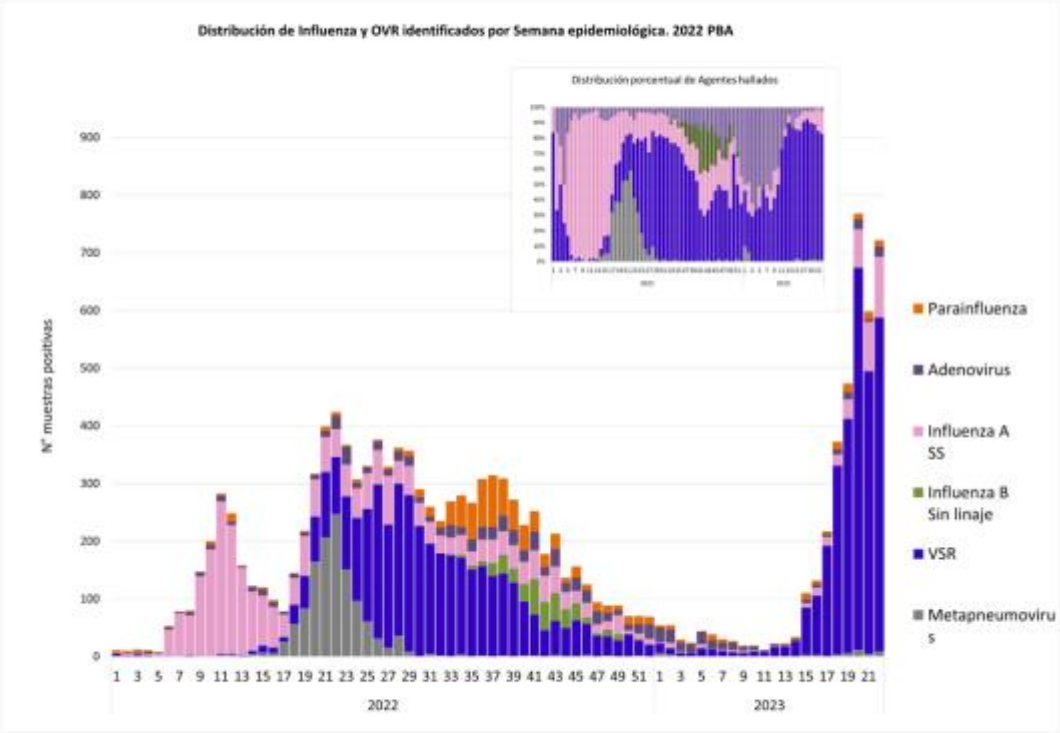
En esta sección se encuentra una selección de eventos analizados por los distintos equipos provinciales en sus respectivos boletines epidemiológicos. El análisis de información epidemiológica en todos los niveles es un indicador importante de la calidad del proceso de la vigilancia epidemiológica. La 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 descriptas en dichos boletines con el propósito de apoyar la difusión de los mismos desde el nivel nacional y dirigir al lector hacia dichos boletines para acceder a la información completa sobre las mismas.

BUENOS AIRES: VIGILANCIA ETIOLÓGICA DE LAS IRAS

A través de la estrategia de vigilancia laboratorial agrupada en población pediátrica internada se observa un aumento paulatino en el número de muestras positivas para OVR desde la SE11, más pronunciado a partir de la SE 15. El mismo ocurre principalmente a expensas de la circulación de Virus sincicial respiratorio (VSR), que se adelanta temporalmente respecto a la temporada 2022. Desde la SE 20 se observa un aumento de la presencia de Influenza A. Los principales agentes etiológicos identificados en las últimas 6 semanas son VSR, Adenovirus, Parainfluenza e Influenza A.

Gráfico 11. **Distribución de Influenza y OVR identificados por SE. PBA, SE 1/ 2021-SE 22/2023**

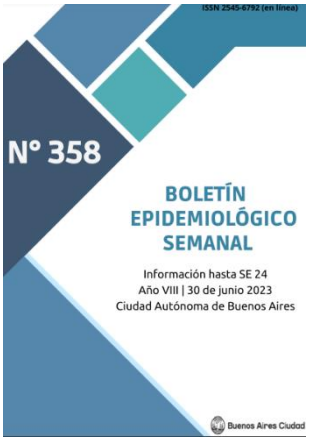


Fuente: SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

Para más información:

https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2023/07/Bolet%C3%ADn-epidemiol%C3%B3gico_24.pdf

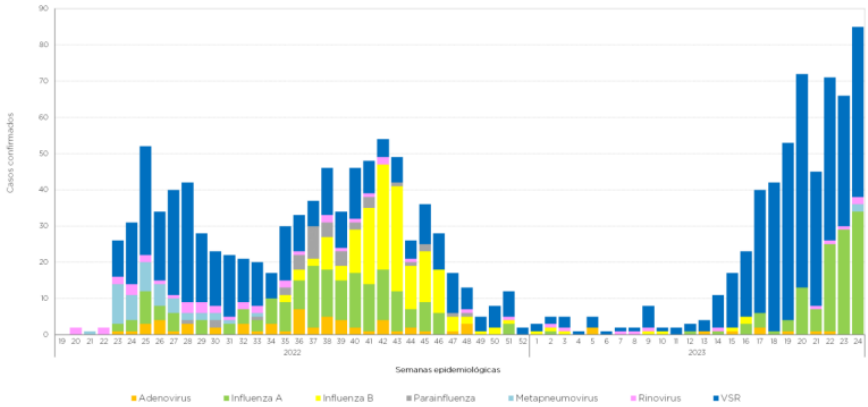
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: VIGILANCIA DE PACIENTES INTERNADOS



En el primer gráfico se presentan los aislamientos de los virus de los pacientes internados residentes de CABA sin incluir SARS COV-2. Los mayores aislamientos dentro de los pacientes internados son de VSR, que además se adelanta un par se semanas en comparación de años anteriores. En las últimas semanas se observa un marcado aumento de aislamientos de Influenza A.

En el segundo gráfico se muestran los casos con aislamiento de SARS COV-2 en pacientes internados residentes de la ciudad.

Gráfico 18. Casos notificados Internados con diagnóstico etiológico (sin SARS COV-2). Residentes de CABA. SE 19-2022 a SE 24 2023. n=1454



Fuente: SNVS2.0

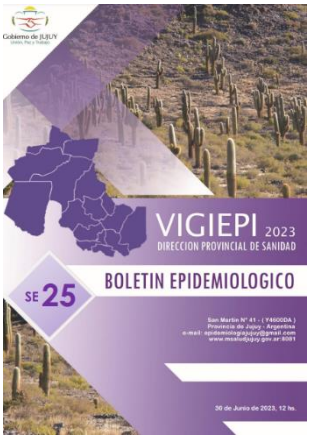
Gráfico 19. Casos Internados con diagnóstico etiológico de SARS-CoV-2. Residentes de CABA. SE 19-2022 a SE 24 2023. N=3430

Fuente: SNVS2.0

Para más información:

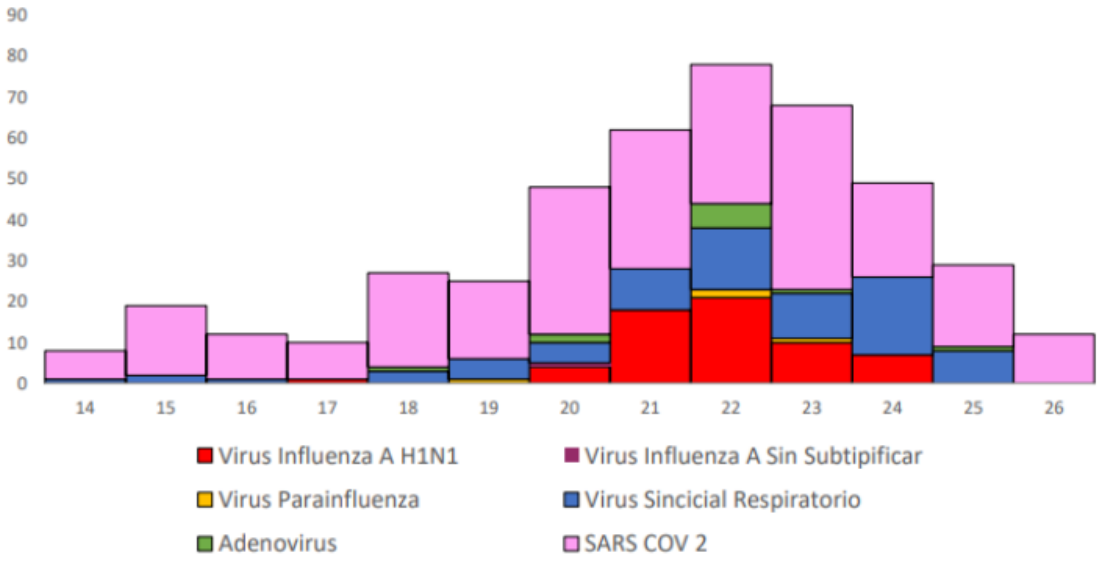
https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2023

JUJUY: VIGILANCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS



En el transcurso del año 2023, se observa un inicio de la actividad estacional, a partir de SE 18 con una pendiente ascendente. Desde SE14 es notable la circulación del virus sincicial respiratorio (VSR) siendo el más detectado, seguido por el virus de influenza AH1N1. Se puede observar también que la curva en cuanto al virus SARS-COV-2 se mantiene estable a niveles bajos.

Fig. 7. Distribución de influenza, VSR, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE 14 a SE 24 de 2023. Jujuy. N=465



Fuente: Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0, 2.023.

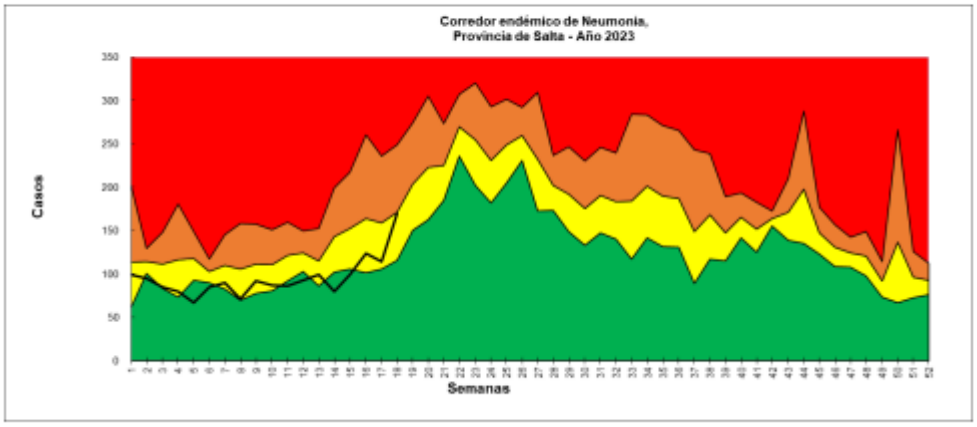
Más información en:

http://www.msaludjujuy.gov.ar:8081/SisEpi/archivos/boletines/Boletin_N8_2023.pdf

SALTA: NEUMONÍA

La neumonía presenta un ascenso de casos con respecto a la semana anterior, permaneciendo en la zona de seguridad, muy cerca de la zona de alerta.

GRÁFICO 2. NEUMONÍA. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL - 5 AÑOS: 2016 A 2022. S.E. 01 A 24 DE 2023. PROVINCIA DE SALTA.



FUENTE: SNVS 2.0

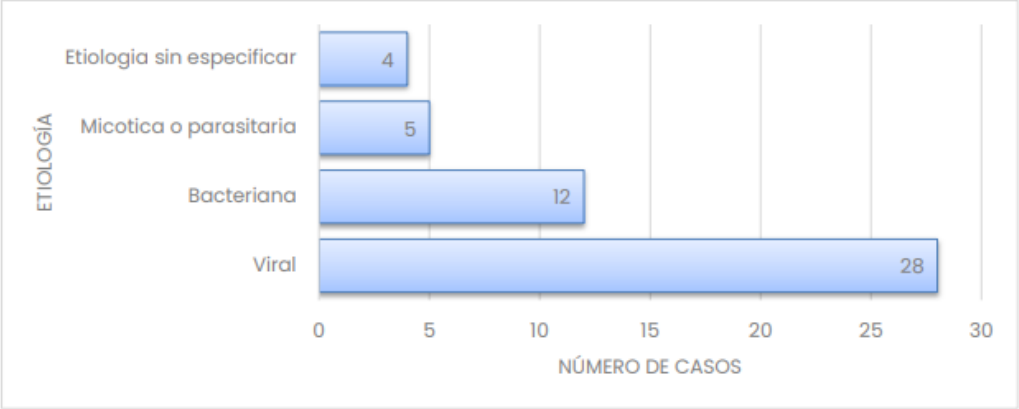
Más información en:

http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/documentos/boletin_262023.pdf

SANTA FE: MENINGOENCEFALITIS

Desde la semana epidemiológica (SE) 01 del año 2023 a la SE 25 se notificaron 225 casos para el evento de Meningoencefalitis al Sistema Nacional de Vigilancia de Salud 2.0 (SNVS 2.0) con residencia habitual en la Provincia de Santa Fe. Del total de casos notificados y residentes en la Provincia, se confirmaron 46 casos (21.8%), 142 casos (63,1%) se descartaron, 27 casos (12,0 %) se encuentran como sospechosos y 7 (3,1%) como probables. De los 46 casos confirmados, 12 (24.5%) fueron de origen bacteriano, 28 (57,1%) de origen viral, 5 (10,2%) de origen micótico o parasitario y de etiología desconocida 4 (8,2%).

Tabla 2: Casos confirmado de meningitis según etiología. Provincia de Santa Fe. SE 25 de 2023



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos notificados al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA) – Sistema Nacional de Vigilancia de Salud 2.0 (SNVS 2.0).

Más información en:

https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/273590/1423194/file/BOLETIN-PROVINCIA-SANTAFE-SE25-2023.pdf

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 29 de junio y el 06 de julio del 2023.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA – DENGUE EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS – OPS

El dengue es la arbovirosis con mayor número de casos reportados en la Región de las Américas, con brotes que ocurren de manera cíclica cada 3 a 5 años. En 2019 se notificó el mayor número de casos de dengue históricamente registrado, con más de 3,1 millones de casos, incluyendo 28.203 casos graves y 1.773 muertes.

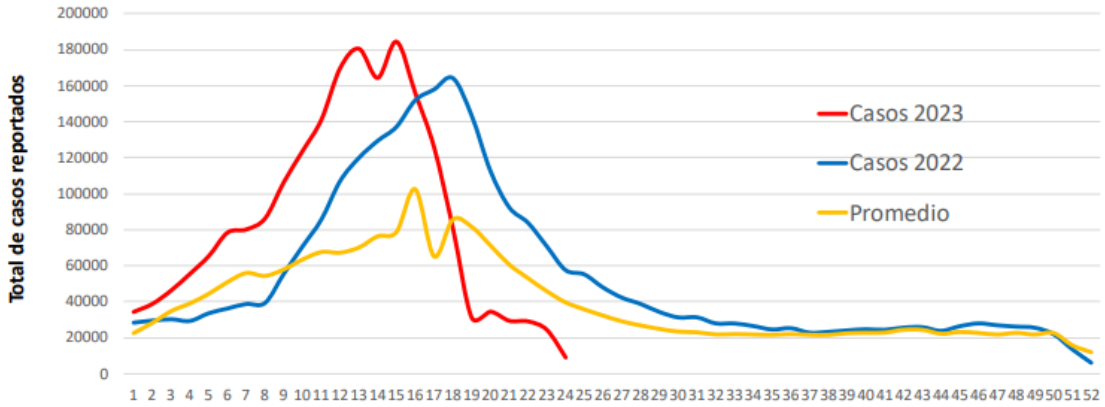
En 2022, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 52, se notificaron 2.811.433 casos de dengue y se consideró que fue el tercer año de mayor registro en el número de casos de dengue, solo superado por los años 2016 y 2019.

En 2023, entre la SE 1 y la SE 24, se notificaron un total de 2.102.848 casos de dengue, con una tasa de incidencia acumulada de 214 casos por 100.000 habitantes. Las tasas de incidencia acumulada más altas se observaron en las siguientes Subregiones: el Cono Sur con 564 casos por 100.000 habitantes, la Subregión Andina con 253 casos por 100.000 habitantes, y el Istmo Centroamericano y México con 54 casos por 100.000 habitantes. En este año, de los 2.102.848 casos de dengue notificados, 827.493 (39,3%), fueron confirmados por laboratorio y 3.201 (0,15%) fueron clasificados como dengue grave. El número más alto de casos de dengue se observó en Brasil con 1.515.460 casos, seguido por Perú con 169.504 casos y Bolivia con 133.452 casos.

Respecto al número de casos de dengue grave reportados en 2023, el mayor número de casos se observó en los siguientes países: Brasil con 654 casos, Colombia con 652 casos, Perú con 597, Bolivia con 590 casis y México con 573 casos. Adicionalmente, en el mismo periodo, se notificaron un total de 876 muertes en la Región (tasa de letalidad [TL]: 0,042%).

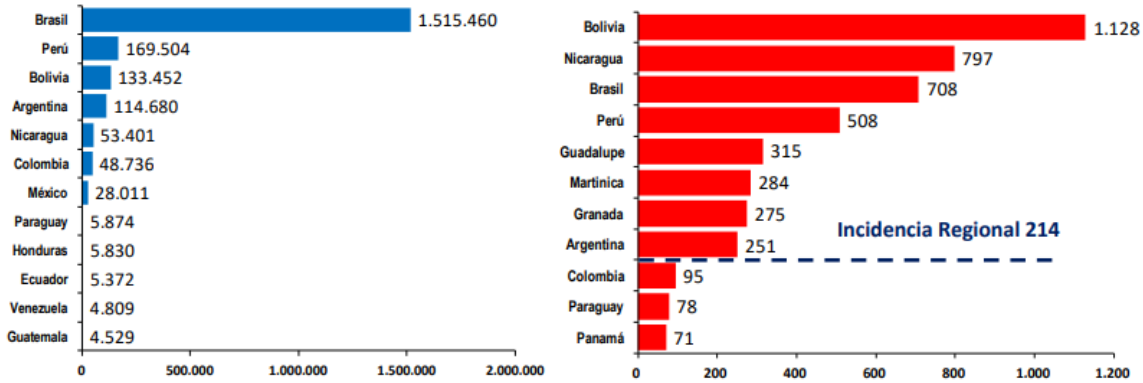
Mantener la tasa de letalidad por dengue por debajo del 0,05% es una de las metas de impacto en nuestra Región y por ello la importancia del diagnóstico clínico oportuno, la identificación temprana de signos de alarmas y el manejo y tratamiento adecuado de los pacientes, para evitar casos graves y muertes.

Figura 1. Número de casos de dengue en 2022, 2023 (hasta SE 24) y promedio de últimos 5 años - Región de las Américas.



Fuente: Datos ingresados a la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA, OPS/OMS) por los Ministerios e Institutos de Salud de los países y territorios de la Región. Disponible en: https://opendata.paho.org/es. Accedidos el 30 de junio de 2023.

Figura 2. Número de casos e incidencia acumulada* de dengue en países más afectados** en la Región de las Américas, a la SE 24 de 2023.

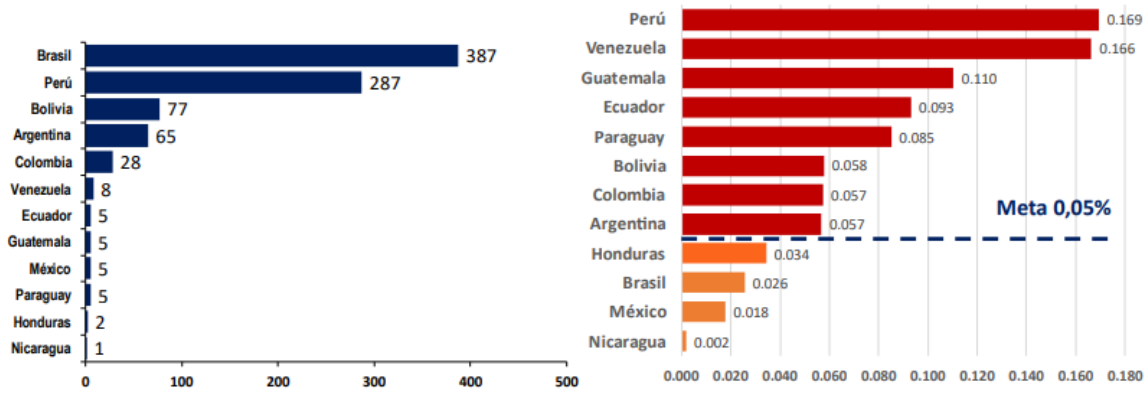


**por 100.000 habitantes.*

**países que concentran el 99% de los casos de la Región de las Américas.*

Fuente: Datos ingresados a la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA, OPS/OMS) por los Ministerios e Institutos de Salud de los países y territorios de la Región. Disponible en: https://opendata.paho.org/es. Accedidos el 30 de junio de 2023.

Figura 3. Número de defunciones y tasa de letalidad de dengue en la Región de las Américas, a la SE 24 de 2023.



Fuente: Datos ingresados a la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA, OPS/OMS) por los Ministerios e Institutos de Salud de los países y territorios de la Región. Disponible en: https://opendata.paho.org/es. Accedidos el 30 de junio de 2023.

Los cuatro serotipos del virus del dengue (DENV1, DENV2, DENV3 y DENV4) están presentes en la Región de las Américas. En 2023, hasta la SE 24, se ha detectado la circulación simultánea de todos ellos en Brasil, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México y Venezuela; mientras que, en Argentina, Panamá, Perú, y Puerto Rico circulan los serotipos DENV1, DENV2 y DENV3, y en Nicaragua los serotipos DENV1, DENV3 y DENV4.

Fuente: Alertas y actualizaciones epidemiológicas | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

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

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