



# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA  
EPIDEMIOLÓGICA

# 29

NÚMERO 662  
AÑO 2023

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA



Ministerio de Salud  
Argentina

## AUTORIDADES

### PRESIDENTE DE LA NACIÓN

DR. ALBERTO ÁNGEL FERNÁNDEZ

### MINISTRA DE SALUD DE LA NACIÓN

DRA. CARLA VIZZOTTI

### JEFA DE GABINETE

LIC. SONIA GABRIELA TARRAGONA

### SECRETARIA DE ACCESO A LA SALUD

DRA. SANDRA MARCELA TIRADO

### SUBSECRETARIA DE MEDICAMENTOS E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

DRA. NATALIA GRINBLAT

### DIRECTORA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

DRA. ANALÍA REARTE

### DIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA

MG. CARLOS GIOVACCHINI

## STAFF DE LA DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

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

### **Coordinación de Vigilancia por Laboratorios y gestión de insumos**

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

### **Secretaría, despacho y administración**

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

### **Área de Vigilancia de la Salud**

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

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

Laura Bidart, Agustina Page.

### **Área de Análisis de Información e Investigación**

Dalila Rueda, Federico M. Santoro, Silvina Moisés.

### **Área de alerta y respuesta**

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

### **Área de Comunicación**

Analí López Almeyda, Sebastián Riera.

### **Residencia de Epidemiología**

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

### **Dirección**

Carlos Giovacchini.

## AUTORES DE ESTE BOLETÍN

### **Informe Influenza aviar:**

Fiorella Otonello, Ignacio Di Pinto, Camila Dominguez, Martina Iglesias; Abril Joskowicz y Florencia Pisarra. Contó además con la contribución de Eugenia Ferrer<sup>1</sup>, Natalia Chuard<sup>1</sup> y Vicente Rea Pidcova<sup>1</sup>.

### **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<sup>2</sup>, Cintia Fabbri<sup>3</sup> y Victoria Luppó<sup>3</sup>, Yael Provecho,<sup>3</sup> Teresa Strella<sup>4</sup> y Carlos Giovacchini.

### **Alertas y actualizaciones epidemiológicas internacionales:**

Fiorella Ottonello y Martina Iglesias.

### **Informe infecciones respiratorias agudas**

Carla Voto, María Paz Rojas Mena, Dalila Rueda, Federico M. Santoro, Silvina Moisés, Daniela Guma e Irene Oks. Josefina Campos<sup>5</sup>.

### **Informe sobre muestras estudiadas para influenza y virus sincicial respiratorio recibidas en el laboratorio nacional de referencia**

Estefanía Benedetti, Martín Avaro, Mara Russo, María Elena Dattero, Ariana Chamorro, Fabián Pardón, Erika Macías, Jackeline García, Fernando Lires, Andrea Pontoriero, Daniel Cisterna y Viviana Molina.

### **Destacados en boletines jurisdiccionales:**

Claudia Ochoa y Analí López Almeyda.

### **Herramientas para la vigilancia, prevención y respuesta:**

Lucía Bartolomeu, Analí López Almeyda y Sebastián Riera.

## 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<sup>2,0</sup>), 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:

Implementación del Programa Básico de Epidemiología de Campo EPI-Ar en la provincia de Chaco. Banco de imágenes de la Dirección de Epidemiología.

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 Plataforma de Genómica, ANLIS.

## CONTENIDO

Staff de la Dirección de Epidemiología.....	3
Autores de este boletín .....	4
<b>SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES .....</b>	<b>6</b>
Vigilancia de Influenza aviar.....	7
<b>EVENTOS PRIORIZADOS .....</b>	<b>12</b>
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas .....	13
Vigilancia de dengue y otros arbovirus.....	39
<b>ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES</b>	<b>51</b>
MERS-coV – Eiratos Árabes Unidos – 24 de julio 2023 .....	52
Síndrome de Guillain-Barré– Perú –25 de julio 2023.....	54
<b>DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICIONALES .....</b>	<b>56</b>
Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Infecciones respiratorias.....	57
Jujuy: Influenza y otros virus respiratorios .....	59
Mendoza: Lesiones por causas externas.....	60
Santa Fe: Meningoencefalitis.....	63
<b>HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA</b>	<b>65</b>
Vigilancia de dengue en contexto de evaluación de la circulación viral.....	66
Instructivo para la notificación de Streptococcus pyogenes.....	70
Implementación del programa Epi-Ar en Chaco .....	72
Recomendaciones para la prevención de infecciones respiratorias agudas en establecimientos de salud – Actualización 2023 .....	73

# SITUACIONES EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES



## VIGILANCIA DE INFLUENZA AVIAR

### INTRODUCCIÓN

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

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

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

Siempre que los virus de la influenza aviar circulan entre las aves de corral, existe el riesgo de aparición esporádica de infecciones en humanos debido a la exposición a aves infectadas o ambientes contaminados<sup>6</sup>.

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

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

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

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

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

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

---

<sup>6</sup> [OPS: Actualización epidemiológica: Brotes de Influenza Aviar causados por Influenza A\(H5N1\) en la Región de las Américas. 17/5/2023](#)

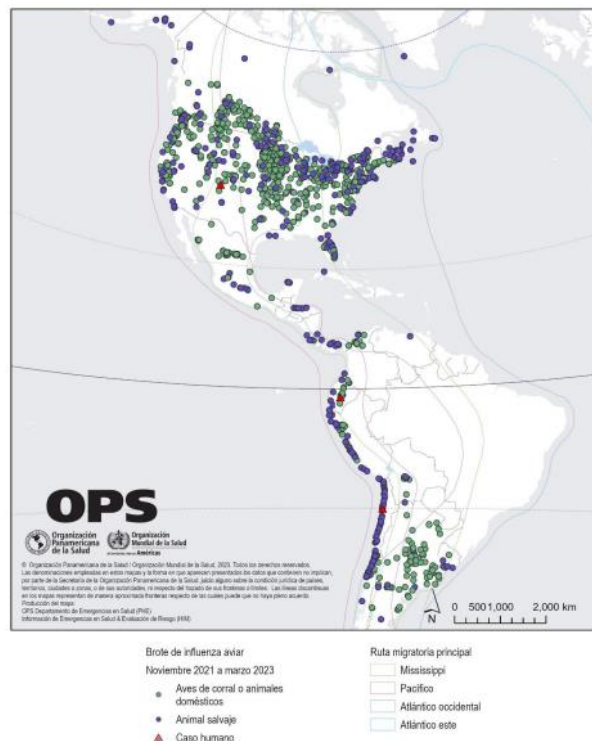
fin de identificar de manera temprana los posibles eventos de transmisión en la interfase humano-animal.

## SITUACIÓN REGIONAL

De acuerdo con la ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA SOBRE BROTES DE INFLUENZA AVIAR CAUSADOS POR INFLUENZA A(H5N1) EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS emitido por la Organización Panamericana de la Salud, la temporada epidémica de la Influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) continúa con brotes en aves de corral, en aves silvestres y mamíferos, principalmente en las Regiones de Europa, América y Asia. En el periodo epidémico actual, el subtipo A(H5N1) es el predominante y ha provocado una tasa alarmante de aves silvestres muertas y un número creciente de casos en mamíferos, tanto terrestres (incluyendo animales de compañía), como acuáticos, causando morbilidad y mortalidad, lo que aumenta la inquietud acerca de la amenaza que representa para la sanidad de los animales domésticos y silvestres, la biodiversidad y potencialmente para la salud pública

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

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



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



## SITUACIÓN NACIONAL DE BROTES DE IAAP EN AVES

Desde el 1 de febrero de 2023 -fecha en que el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) informó la primera detección en el país de IAAP producida por Influenza A (H5N1) realizada en aves silvestres, en la laguna de Pozuelos, Jujuy- hasta el 25/07/23 se han informado 101 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. Actualizado al 25/07/2023.**

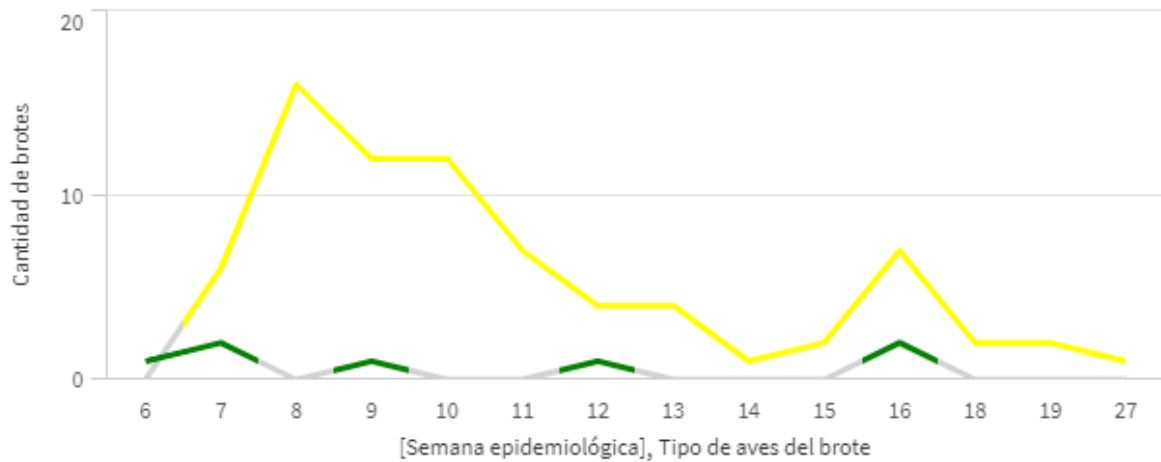
Jurisdicción	AVES CORRAL	AVES NO CORRAL		Total
	Positivo Comercial	Positivos silvestre	Positivo traspatio	
BUENOS AIRES	7	1	16	24
CABA				
CATAMARCA				
CHACO			4	4
CHUBUT	1	1	5	7
CORDOBA	1	1	19	21
CORRIENTES			2	2
ENTRE RIOS	2			2
FORMOSA			3	3
JUJUY		1		1
LA PAMPA			2	2
LA RIOJA				
MENDOZA			1	1
MISIONES				
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				
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>76</b>	<b>101</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de SENASA Influenza aviar | Argentina.gob.ar<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> 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>.

**Gráfico 1: Brotes de IAAP en aves de no corral por semana epidemiológica Argentina. Actualizado al 25/07/2023.**

**Cantidad de brotes por semana epidemiológica**



**Gráfico 2: Brotes de IAAP en aves de corral por semana epidemiológica Argentina. Actualizado al 25/07/2023.**

**Cantidad de brotes de aves de corral por semana epidemiológica**



Fuente: SENASA [Influenza aviar | Argentina.gob.ar](https://www.argentina.gob.ar/senasa/influenza-aviar)<sup>8</sup>

## 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

<sup>8</sup> 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>.

(aquellos que presenten síntomas dentro del período de seguimiento)<sup>9</sup>. A continuación, se presenta la información notificada sobre casos expuestos y sospechosos identificados y estudiados hasta la fecha.

Hasta el momento se han identificado 328 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 25/07/2023.**

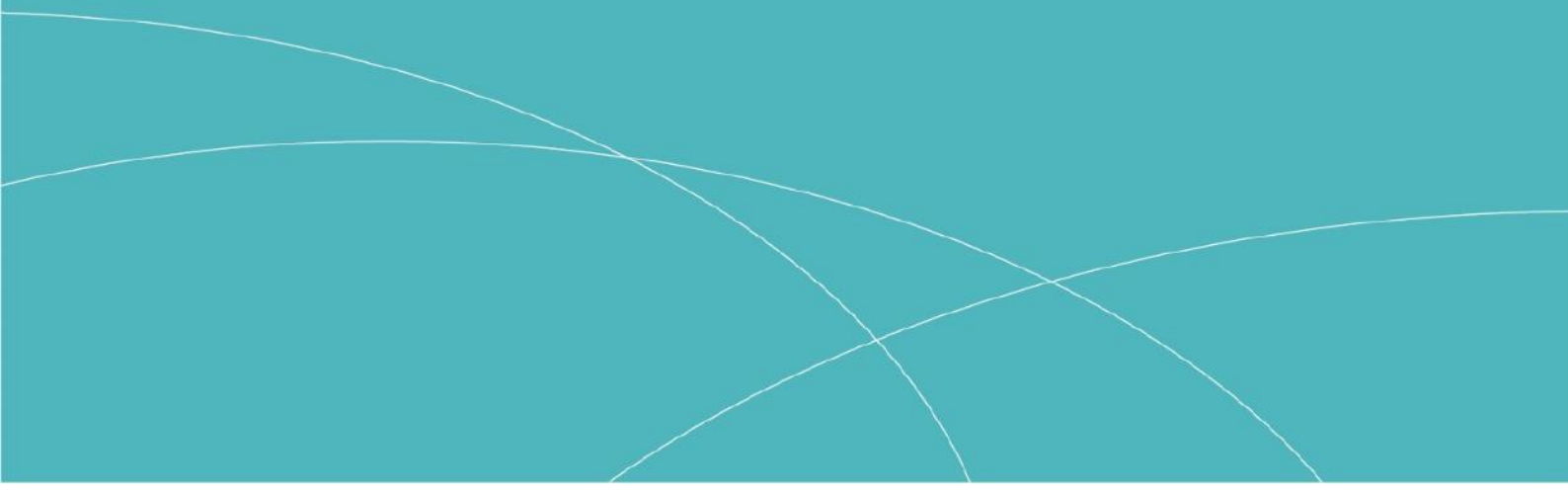
Jurisdicción de carga	Personas expuestas		Casos sospechosos	
	En seguimiento	Finalizó seguimiento	Sospechosos en estudio	Descartados
NACIÓN				1
BUENOS AIRES	12	77		10*
CHUBUT	10	31		3
CORDOBA		37		
CORRIENTES	5	7		
ENTRE RIOS	1			
FORMOSA		12		
LA PAMPA		5		
MENDOZA		2		
NEUQUEN		27		3
RIO NEGRO	2	39		2
SALTA	1	4		1
SAN LUIS		5		
SANTA CRUZ		6		
SANTA FE		45		
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>297</b>	<b>0</b>	<b>20</b>

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

\* Uno de los casos sospechosos asignado con provincia de carga CABA, fue reasignado según provincia de residencia

<sup>9</sup> Para más información consultar el documento [Influenza Aviar: Vigilancia de personas expuestas a IA y casos sospechosos de IA en humanos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud-SNVS 2.0, febrero 2023](#) y la [ficha de notificación para casos sospechosos de Influenza Aviar](#)

# EVENTOS PRIORIZADOS



## VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS


### INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE LA SE 29/2023

541

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana epidemiológica (SE) 29. De estos, 344 corresponden a dicha semana considerando la fecha de inicio de síntomas o la fecha mínima del caso<sup>10</sup>.

8

Fallecidos informados en la semana 29. De estos, 5 fallecieron en dicha semana.

33,7% 

Variación de casos confirmados de COVID-19 según la fecha mínima del caso en SE 29 respecto a la SE 28 (diferencia de 175 casos). 29.

13,43%

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

31,03%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 29.

4,55%

Positividad para VSR en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 29.

### INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 29/2023

- ✓ Entre SE01-28 de 2023 se registraron 565.446 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 93.919 casos de Neumonía, 124.610 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 10.634 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ La positividad calculada para la SE29/2023 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio es de 13,43% para SARS-CoV-2, 31,03% para Influenza y 4,55% para VSR, entre las muestras analizadas por rt-PCR.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, para la SE29/2023 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2 fue de 4,59%, influenza fue de 21,76% y VSR 31,33%.
- ✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de VSR, influenza, metapneumovirus, parainfluenza y adenovirus.
- ✓ Entre las SE 01-29 del año 2023, se registraron 52 personas fallecidas con diagnóstico de influenza.

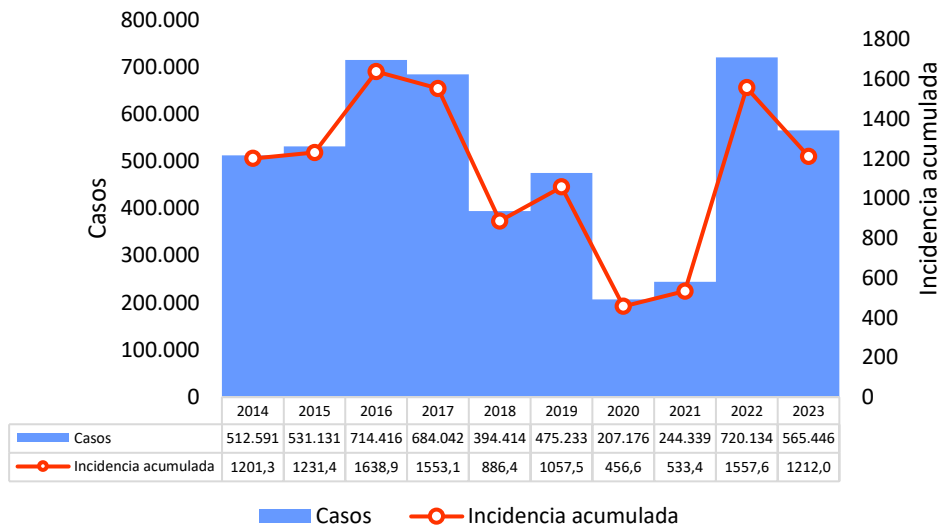
<sup>10</sup> La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

## ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre la SE01-28 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 565.446 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1212,0 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 28 semanas del período 2014-2023, se observa que el mayor número de notificaciones se registra para el año 2022 (cuando se registraron 720.134 casos), seguido por los años 2016 y 2017, mientras que las notificaciones de ETI en las primeras 28 semanas de 2023, superan a las registradas en el resto de los años históricos analizados.

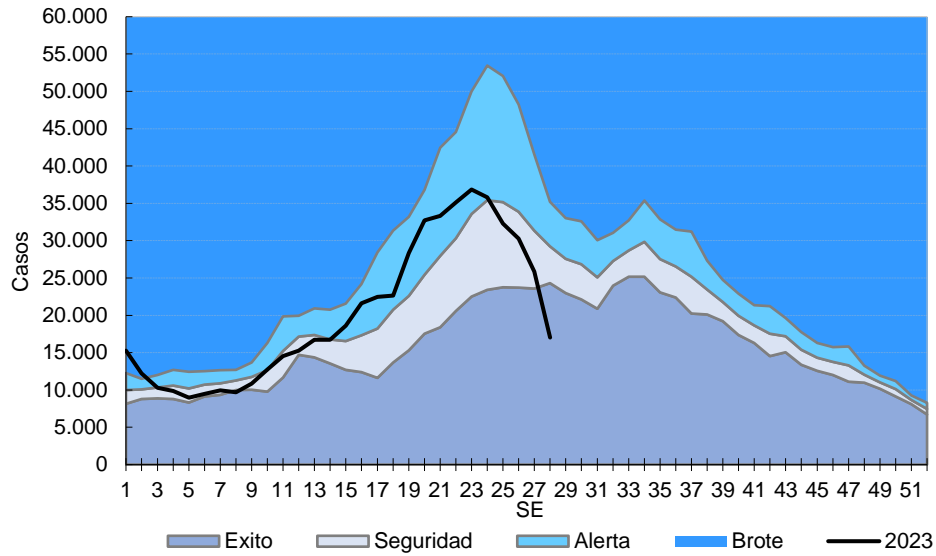
**Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. SE28. Total país. Año 2014-2023 Argentina.**



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 hasta la SE14 (excepto en SE08 descienden a zona de éxito). Posteriormente, se registra un ascenso que alcanzó la zona de alerta en SE15-24. En las SE25 a 27 las notificaciones descienden, ubicándose en SE28 en niveles esperados.

**Gráfico 4: Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Corredor endémico Semanal - 5 años: 2015 a 2019. SE01-28 de 2023. Argentina.**



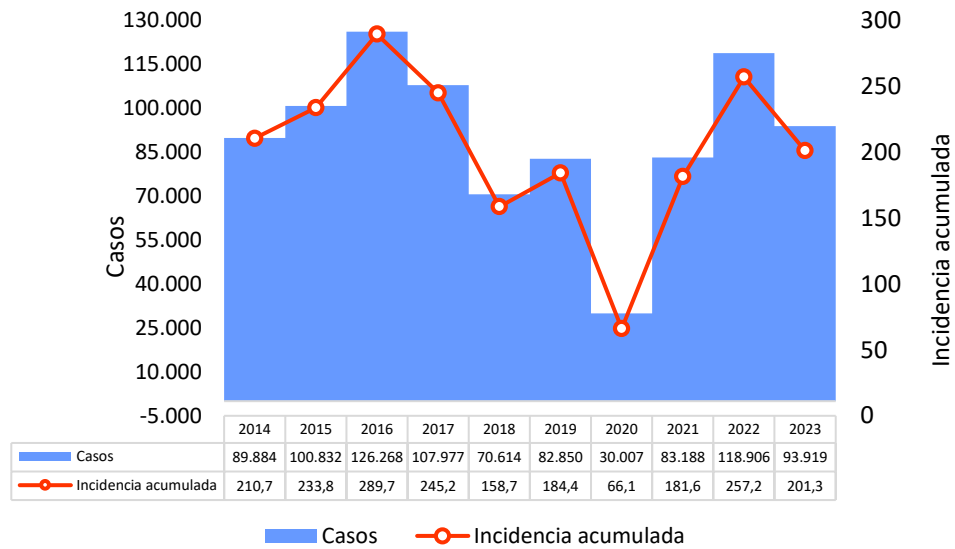
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

## NEUMONÍA

Entre las SE01-28 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 93.919 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 201,3 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las semanas 1 a 28 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 5: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. SE28. Total país. Año 2014-2023 Argentina.<sup>11</sup>**

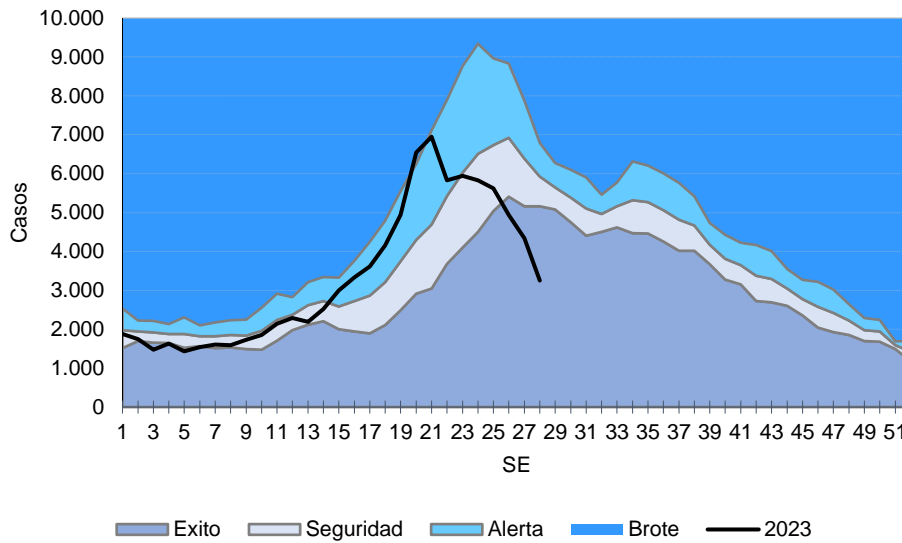


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS <sup>2.0</sup>

Las notificaciones de neumonía por semana a nivel país, se ubican en la zona de seguridad en las dos primeras semanas de 2023 y se sitúan posteriormente, entre las SE03-06, dentro de los límites esperados en relación con el comportamiento del evento en años históricos. A partir de la SE 07 comienzan a ascender, ubicándose en la zona de seguridad y luego, en SE15, en zona de alerta. Los registros de neumonías alcanzan el nivel de brote únicamente en SE20, aunque el máximo nivel de notificaciones de 2023 se registra en SE21. A partir de ese momento, se verifica un descenso en el número de casos, ubicándose a partir de SE26 en los niveles esperados.

<sup>11</sup> 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 6: Neumonía: Corredor endémico Semanal. 5 años: 2015 a 2019. SE01-28 de 2023. Argentina.**

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

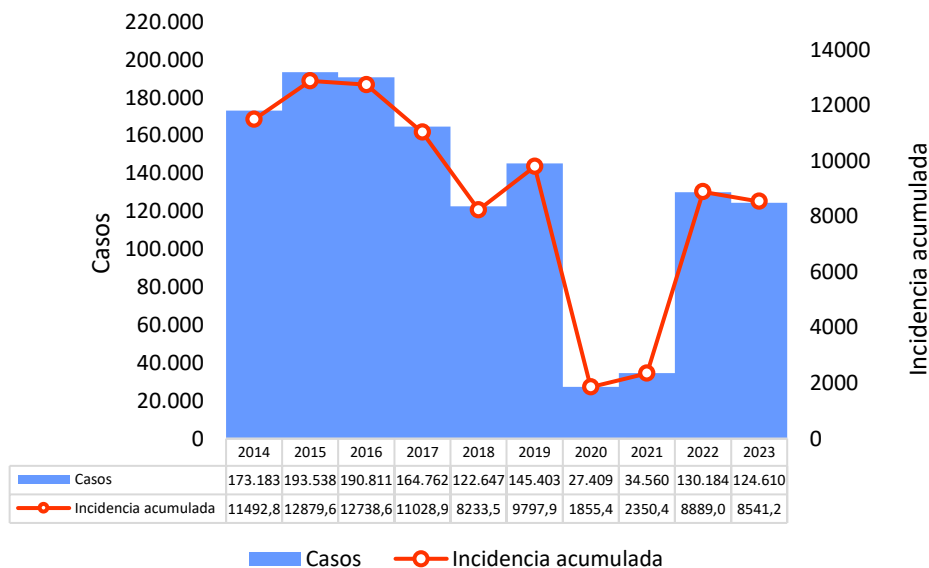
## BRONQUIOLITIS

Entre las semanas 01-28 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 124.610 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 8541,2 casos/ 100.000 habitantes.

Si se analiza el número total de notificaciones de bronquiolitis del conjunto de establecimientos notificadores a nivel país, 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.

El número de notificaciones de bronquiolitis entre las semanas 1 y 28 de los últimos nueve años muestra que los años con mayor número de notificaciones fueron 2015 y 2016, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019 respecto de años previos, con un número de notificaciones inusualmente bajo en 2020 y 2021. En 2022 se registró nuevamente un aumento de bronquiolitis, ligeramente superior a lo observado para el mismo período en el presente año.

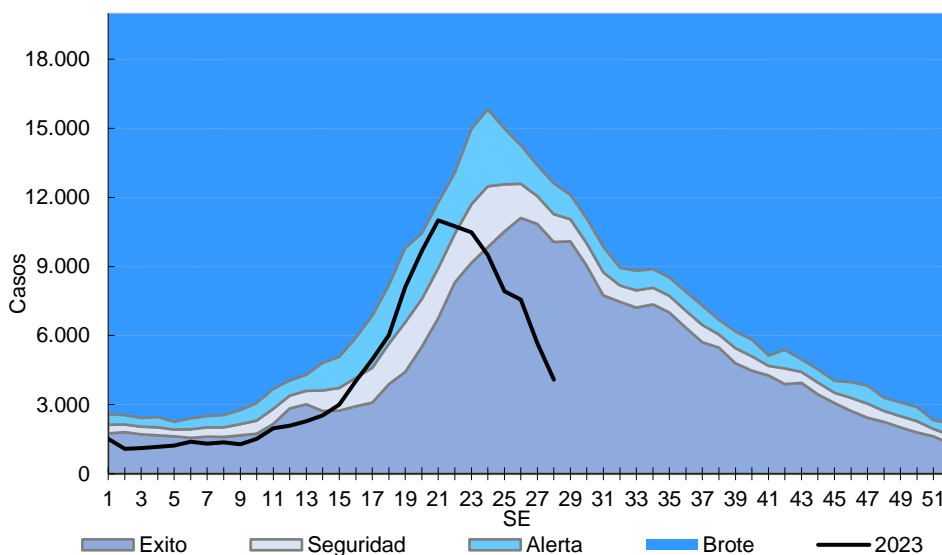
**Gráfico 7: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. SE28.Total país. Año 2014-2023 Argentina.**



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

En las SE1 a SE14 del año 2023, las notificaciones de bronquiolitis por semana se encontraron dentro de los límites esperados en comparación con el comportamiento del evento en años históricos. Posteriormente, los casos notificados aumentaron, ubicándose en niveles de seguridad en SE15 y 16, y luego en alerta entre las semanas 17 a 22, cuando alcanzaron el máximo nivel de casos. En las siguientes semanas epidemiológicas se observa un descenso, que se los ubica en niveles esperados a partir de SE24.

**Gráfico 8: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico Semanal. 5 años: 2015 a 2019. SE01-28 de 2023. Argentina.**



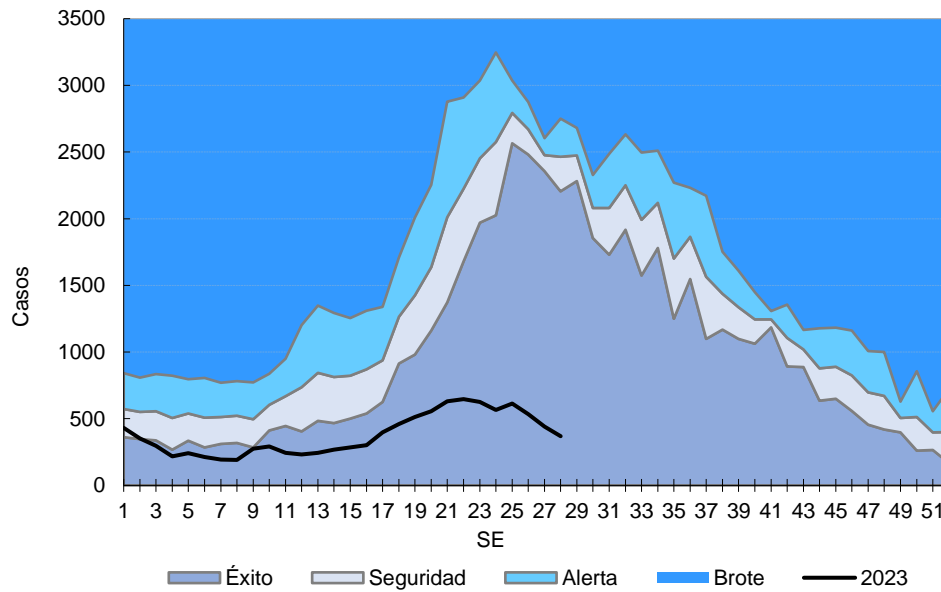
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

Para el año 2023, los casos de IRAG notificados se encuentran en la zona de seguridad en la primera semana para situarse dentro de los límites esperados en SE02-17.

## 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 SE03-28.

**Gráfico 9: Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Corredor endémico Semanal. 5 años: 2015 a 2019. SE01-28 de 2023. Argentina.**

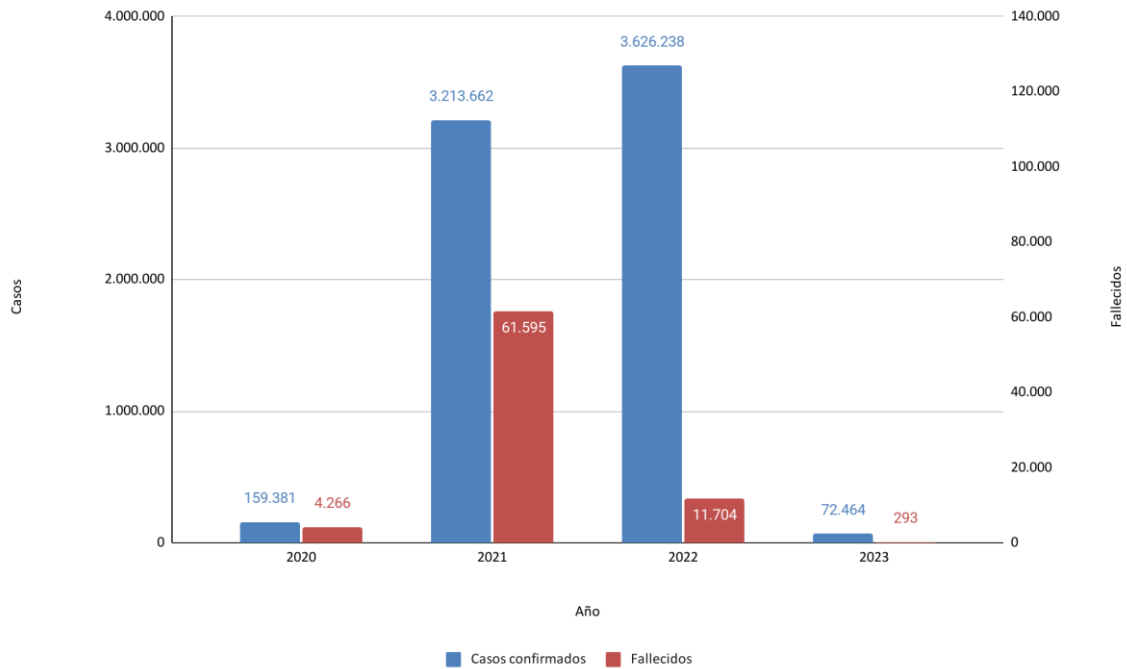


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

## COVID-19

Los casos acumulados de Covid-19 hasta la semana 29 del año 2023 se encuentran muy por debajo a lo registrado para el mismo período de los años 2021 y 2022. Se observa lo mismo para los fallecidos.

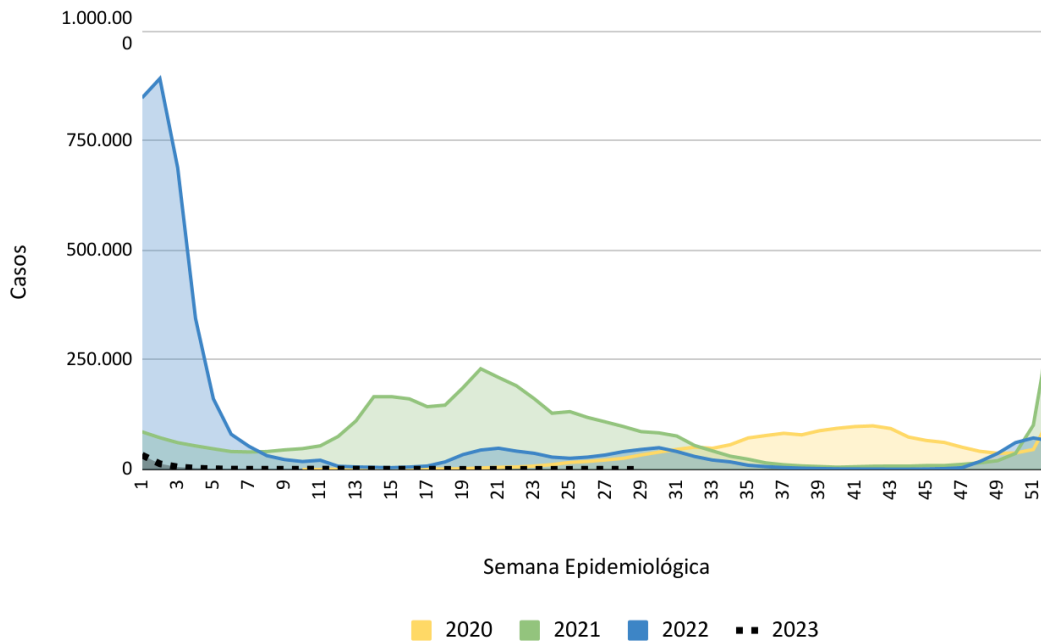
**Gráfico 10: COVID-19: Casos y fallecidos acumulados SE1 a SE29, según año. 2020-2023. Argentina.**



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

Del mismo modo, los casos confirmados por semana epidemiológica muestran un comportamiento establemente bajo durante las 29 semanas del año en curso.

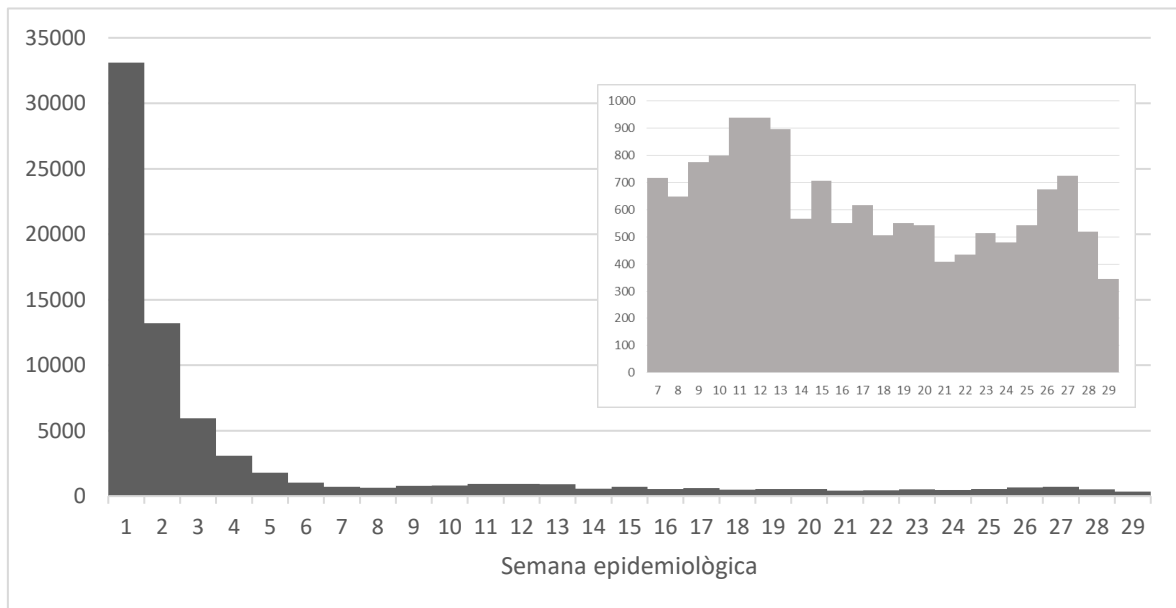
**Gráfico 11: COVID-19: Casos por semana epidemiológica, según año. 2020 a 2023. Argentina.**



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

Los casos confirmados durante 2023 descendieron desde comienzo de año. A partir de la SE7 y hasta la SE29 oscilan en un rango de 344 (el menor número de casos registrado en la SE29) a 939 registrado en la SE11 y un promedio de 626 casos semanales.

**Gráfico 12: COVID-19: Casos confirmados, SE1 a SE29 y SE7 a 29. Argentina.**



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

## 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 SE29/2023 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 29.567, 14.838 y 11.069 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente.

Para la SE29/2023, el porcentaje de resultados positivos entre las muestras analizadas por rt-PCR en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio es de 13,43%, 31,03% y 4,55% 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 31,91% en la SE27; 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 mayormente 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 14,52% en SE22, ubicándose en 4,55% en la SE29.

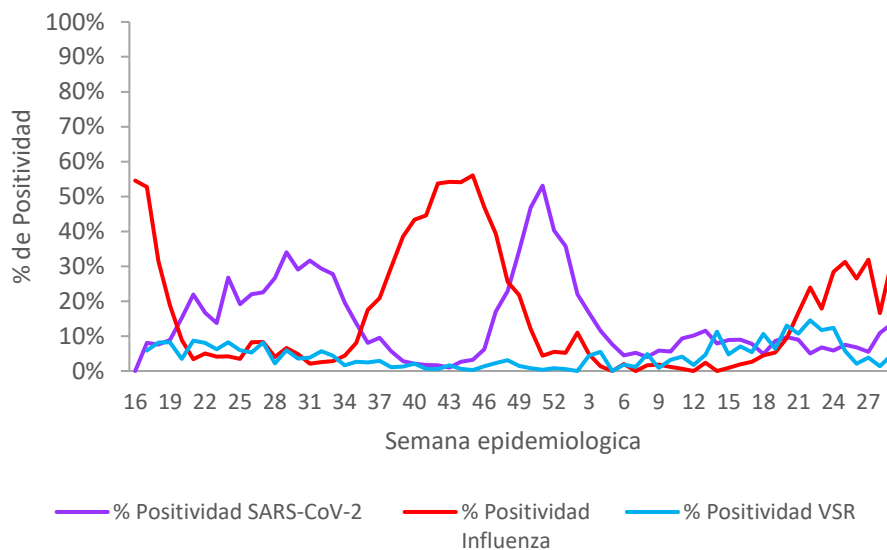
Asimismo, el porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 continúa presentando valores bajos luego del último ascenso en SE51/2022, superando en algunas semanas el 10%, con un valor de 13,43% en SE29.

**Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16/2022 a SE29/2023. Estrategia UMAs. Argentina.**

INDICADORES UMA	Última semana			SE16/2022 – SE29/2023		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	336	41	12,20%	160.828	45.819	28,49%
SARS-CoV-2 por PCR	67	9	13,43%	29.567	6.136	20,75%
Influenza	58	18	31,03%	14.838	2.717	18,31%
VSR	22	1	4,55%	11.069	430	3,88%

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 12. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16/2022 a SE29/2023.<sup>12</sup>**



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

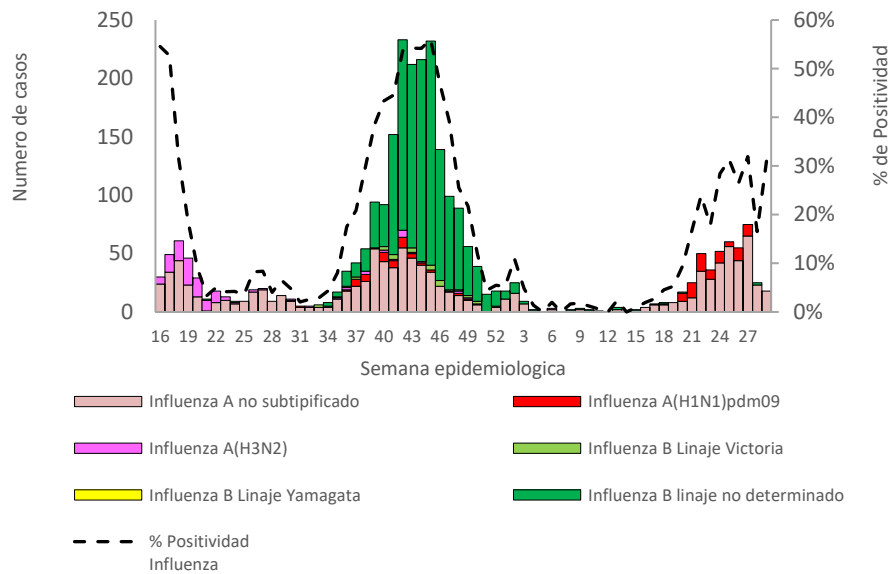
En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=2.717), 1376 (50,64%) fueron positivas para Influenza A y 1.341 (49,36%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 259 muestras cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A (H1N1) pdm09 (n=132) e Influenza A (H3N2) (n=127). De los casos de influenza B detectados entre la SE16/2022 y la SE29/2023, 33 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 1.308 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje. Como puede observarse en el Gráfico 13 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.

<sup>12</sup> Corresponde a las muestras analizadas para SARS-CoV-2, influenza y VSR por PCR.

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

**Gráfico 13. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16/ 2022 a SE29/2023 Estrategia UMAs. Argentina.**

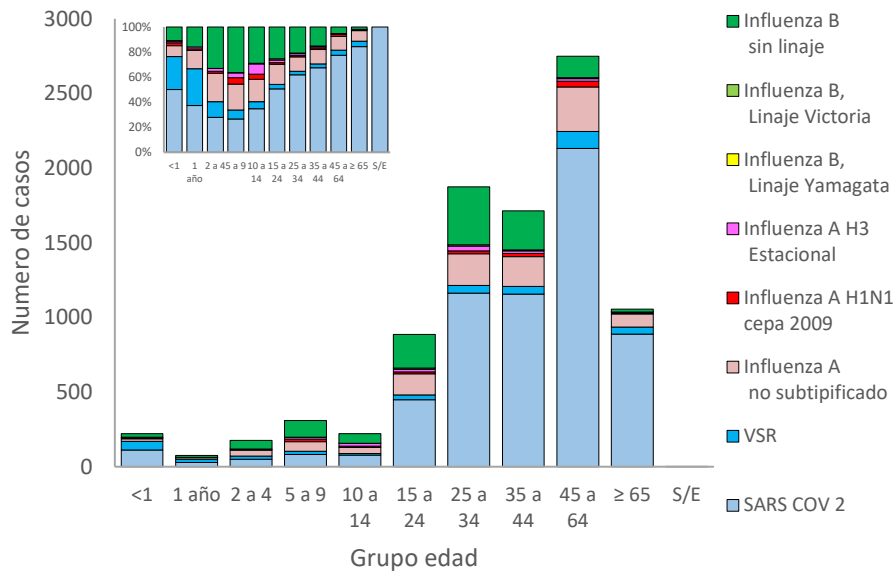


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

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



**Gráfico 14. Distribución absoluta y relativa de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados entre SE16/2022 a SE 29/2023. Estrategia UMAs. Argentina.**



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2,0</sup>

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

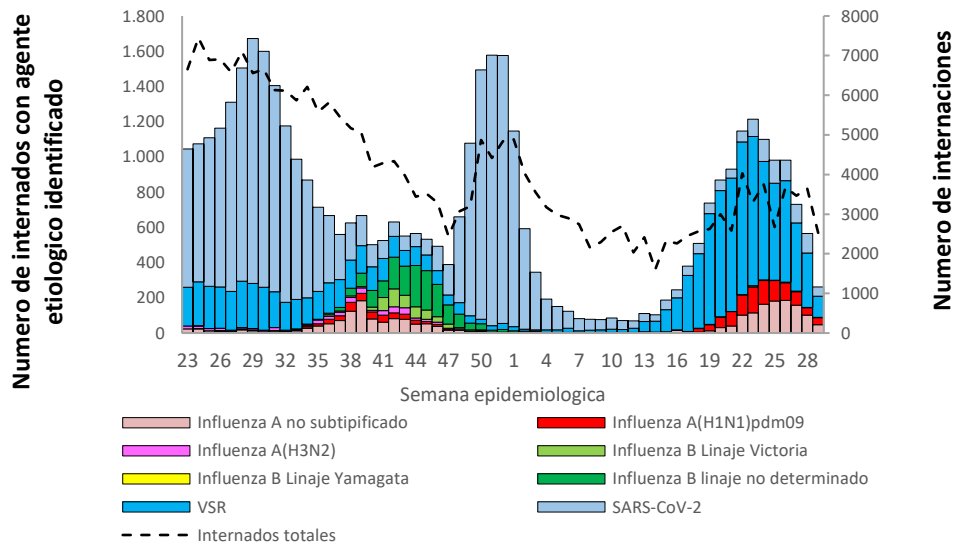
En términos acumulados, entre la SE23/2022 a SE29/2023, se notificaron 207.108 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 24.287 fueron positivas (porcentaje de positividad 11,73%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 35.180 muestras para virus influenza con 6.293 detecciones positivas (porcentaje de positividad 17,89%). De las mismas, 4.110 fueron influenza A y 2.183 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 1.770 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 1.368 (77,29%) son influenza A (H1N1) pdm09 y 402 (22,71%) son influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 1.689 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 494 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 32.769 muestras estudiadas para VSR registrándose 12.202 con resultado positivo (porcentaje de positividad 37,24%). La positividad para VSR entre las muestras analizadas en casos hospitalizados presentó un ascenso entre las semanas 13 a 21, cuando alcanzó su valor máximo de 76,26%. Posteriormente, la tendencia fue descendente, con un valor de 31,33% en la SE28.

Respecto a las internaciones totales notificadas al evento “Internado y/o fallecido por COVID o IRA”, en SE29 se observa un descenso del 30,83% respecto a la semana epidemiológica anterior.

**Gráfico 15. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23/2022 a SE29/2023.**

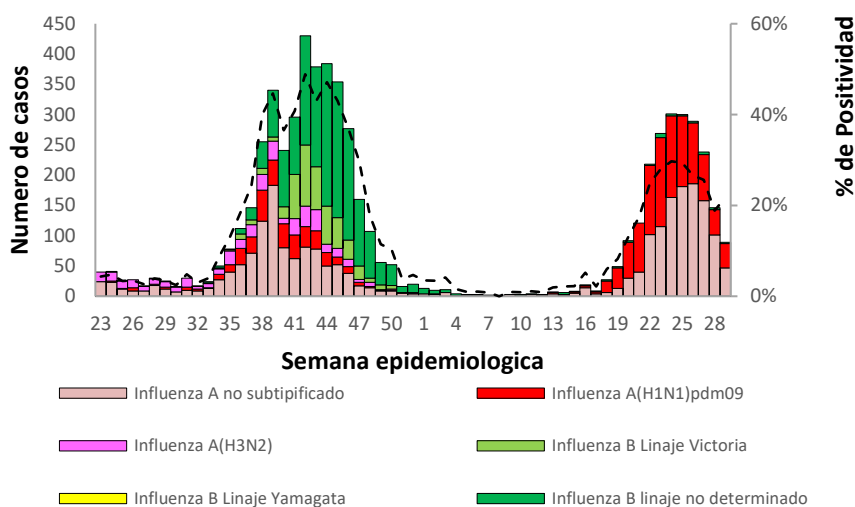


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

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 oscila en niveles por debajo del 10% hasta la SE19. Posteriormente presenta una tendencia ascendente, alcanzando un valor máximo de 29,71% en SE24, y se sostiene, con oscilaciones, entre ese valor y 18,86%, registrado en la SE28, con un valor de 21,76% en la última SE. Los casos de influenza registrados corresponden a influenza A, principalmente A (H1N1), con algunas detecciones positivas para influenza B sin linaje.

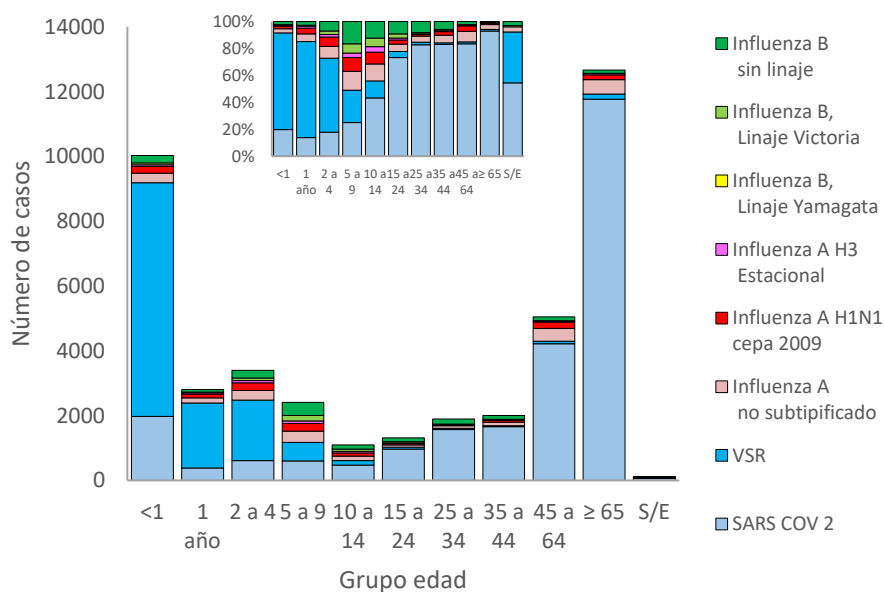
**Gráfico 16. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE23/2022 a SE29/2023. Argentina.**



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

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

**Gráfico 17. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23/2022 a SE29/2023. Argentina.**



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

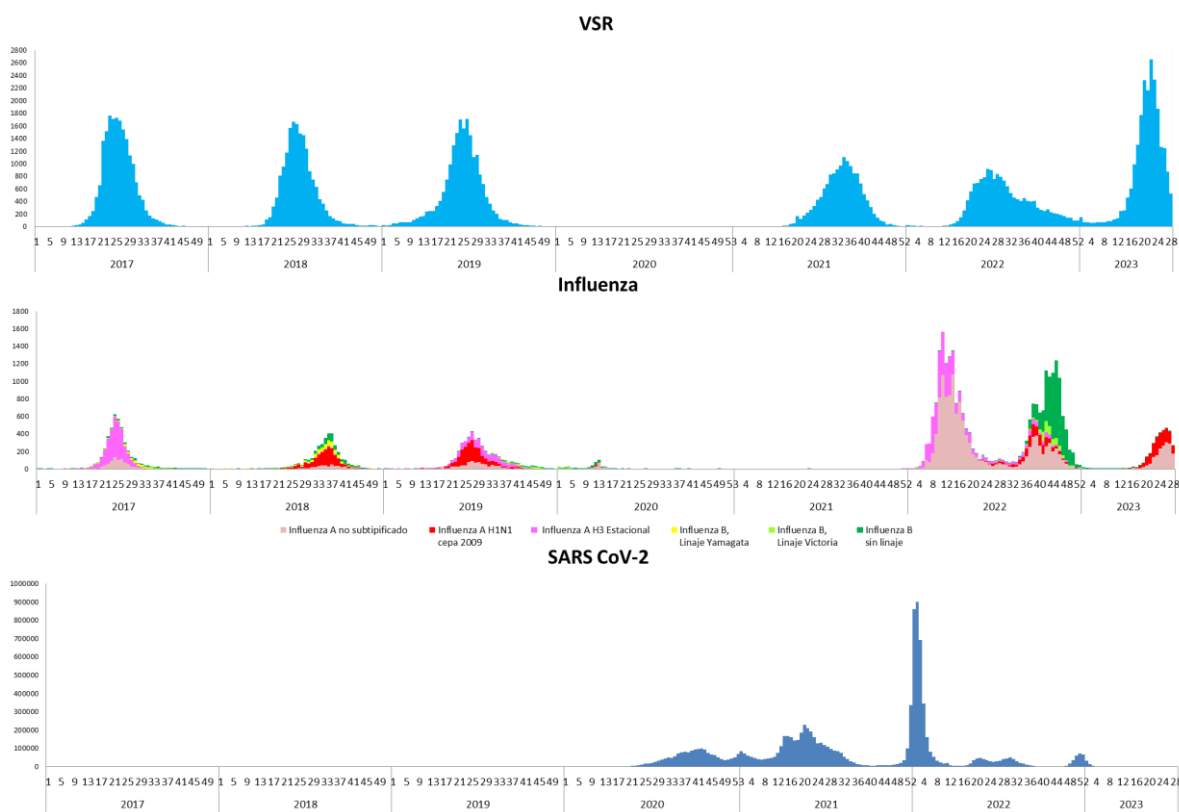
Entre las SE 01-29 del año 2023, se registraron 52 personas fallecidas con diagnóstico de influenza.<sup>13</sup>

## VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS

En el momento actual se verifica un aumento de los casos de influenza, en contexto de una baja actividad de SARS-CoV-2 y del descenso de notificaciones de VSR (luego de un inicio de actividad estacional adelantada durante el año 2023).

La curva de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha registrado un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de Influenza con un ascenso entre las SE3-14 y SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A (H1N1) e Influenza B; así como también por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente de metapneumovirus para el cual se registró una elevada frecuencia absoluta y relativa entre las semanas 16 y hasta la 26.

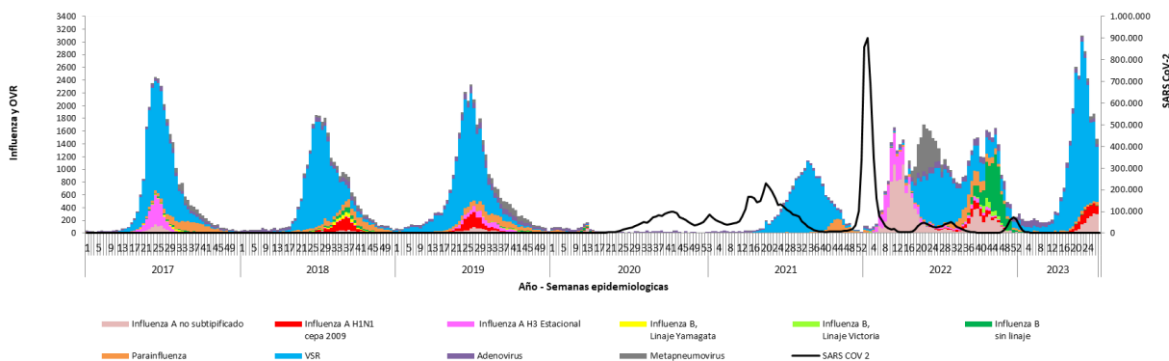
**Gráfico 18. VSR, Influenza y SARS CoV-2. Años 2017- 2022. SE28 2023.**



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

<sup>13</sup> Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, 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. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2022. SE28 2023.**

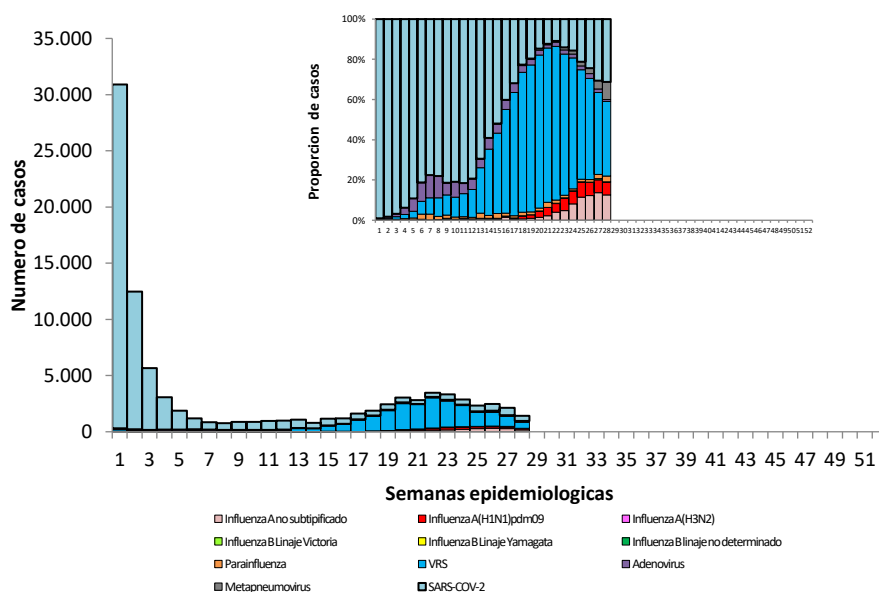


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

Desde la SE01 del año 2023 se observa circulación de SARS CoV-2, VSR, influenza, adenovirus y parainfluenza, con algunas detecciones positivas para metapneumovirus. Desde la SE 13 se observa un ascenso en el número de casos de VSR alcanzando un pico en la SE22 con un descenso posterior. A partir de la SE18, se registra un aumento en el número de casos de Influenza A –principalmente A(H1N1) y una baja detección de Influenza B/linaje Victoria. Las detecciones de metapneumovirus registran un aumento progresivo desde la SE22.

En la SE28 se detecta circulación de virus respiratorios en orden de frecuencia: VSR, SARS CoV-2, influenza y otros virus respiratorios.

**Gráfico 20. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad SE01 a SE28 de 2023.**

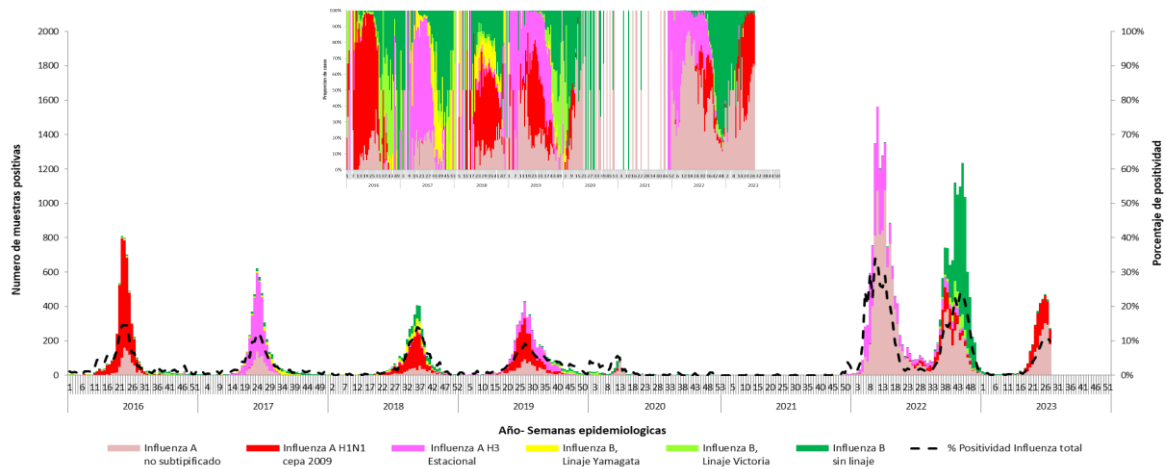


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

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 9,83% durante la SE28 de 2023.

**Gráfico 21. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica. Años 2016 a 2022. SE28 de 2023. Argentina.**



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

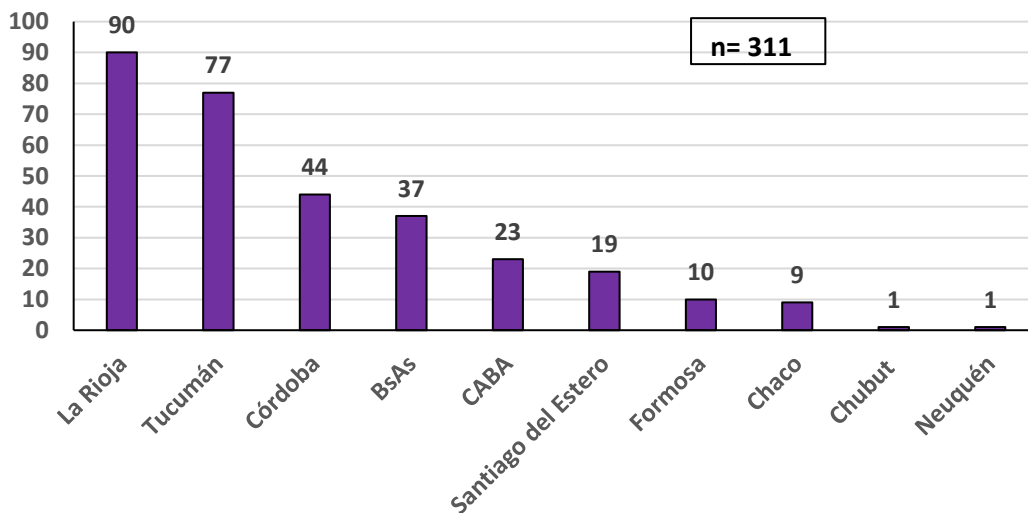
## MUESTRAS ESTUDIADAS PARA INFLUENZA Y VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO RECIBIDAS EN EL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA, INEI – ANLIS “DR. CARLOS G. MALBRÁN”, SE50 2022 – SE27, 2023

Estefanía Benedetti, Martín Avaro, Mara Russo, María Elena Dattero, Ariana Chamorro, Fabián Pardón, Erika Macías, Jackeline García, Fernando Lires, Andrea Pontoriero, Daniel Cisterna y Viviana Molina

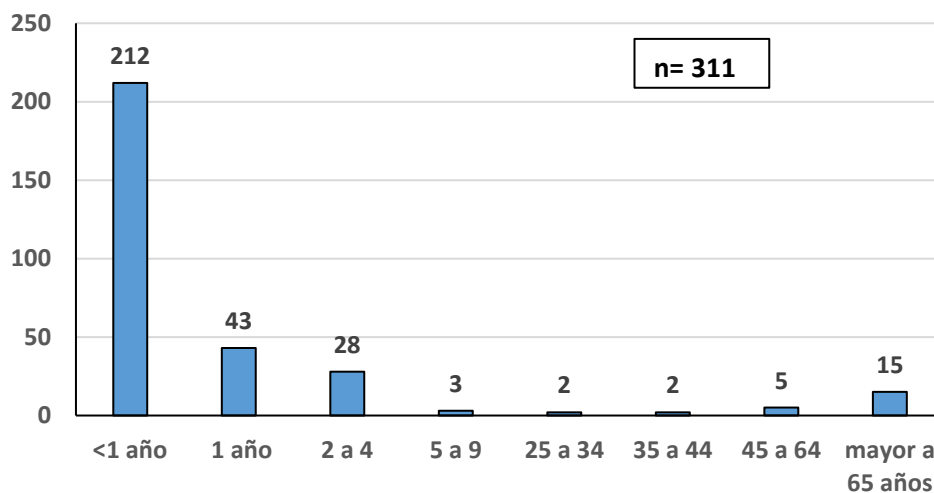
### VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO

Entre enero y principios de julio 2023, el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) recibió un total de 311 muestras respiratorias para estudio de virus sincicial respiratorio, 284 muestras de pacientes internados  $\leq$  a 2 años, y 27 muestras de pacientes internados y ambulatorios pertenecientes a otros grupos etarios, de diferentes jurisdicciones del país, ver figuras 1 y 2.

**Figura 1.** Muestras para estudio de virus sincicial respiratorio recibidas en el LNR por jurisdicción (n= 311), SE 1- SE 27, 2023.



**Figura 2.** Muestras para estudio de virus sincicial respiratorio recibidas en el LNR por grupo etario (n= 311), SE 1- SE 27, 2023.

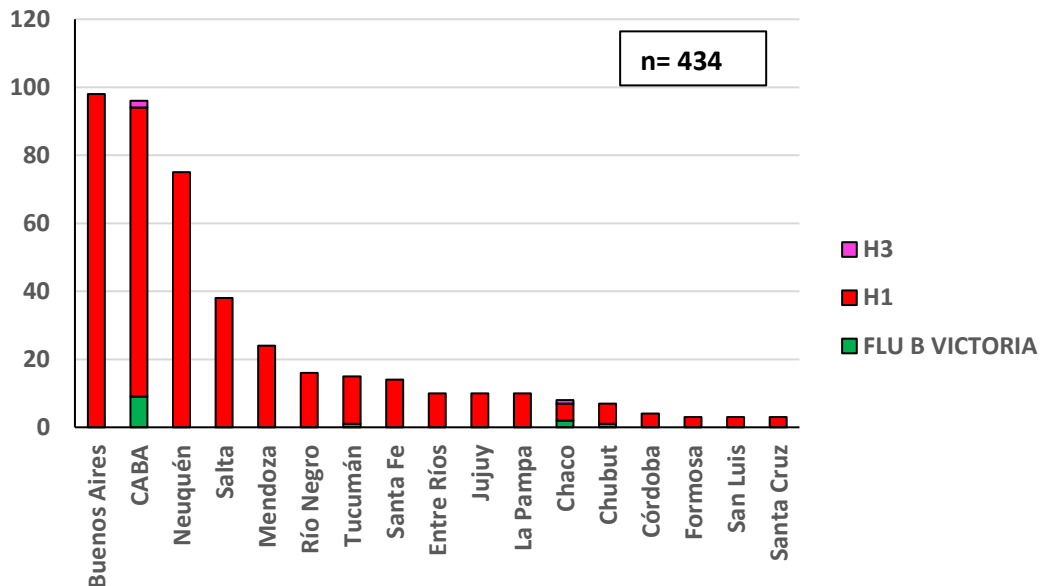


Del total de muestras recibidas, 297 resultaron ser virus sincicial respiratorio subtipo A, el resto se encuentran aún en proceso.

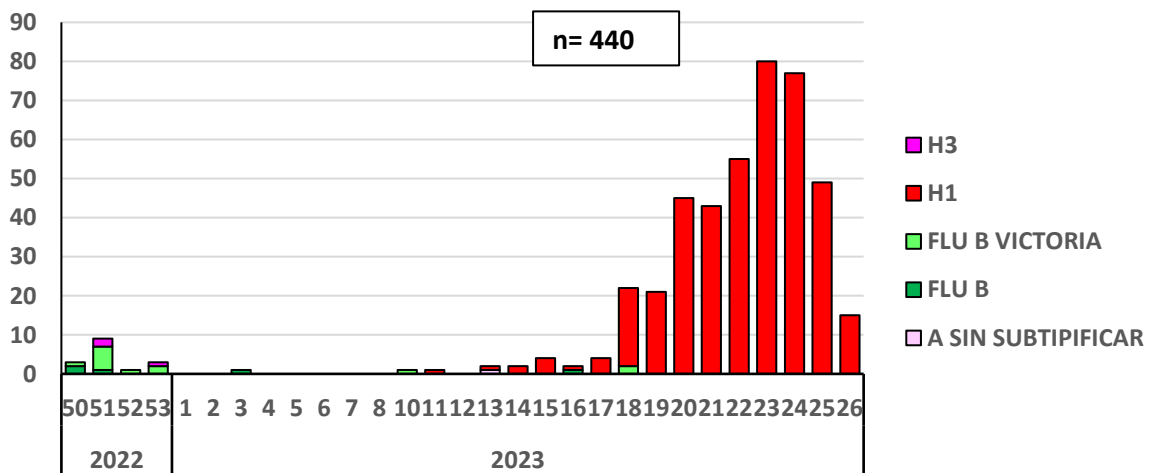
### VIRUS INFLUENZA

Entre diciembre 2022 y principios de junio 2023, el LNR recibió 497 muestras de pacientes pediátricos y adultos, internados (329, 66%), ambulatorios (149, 30%) y 19 sin dato preciso (4%) provenientes de distintas jurisdicciones del país. De ellas, 423 muestras fueron influenza A, 18 influenza B y el resto están en estudio. Hasta el momento, se logró caracterizar 3 virus influenza A(H3N2), 418 influenza A (H1N1) pdm09 y 13 influenza B pertenecientes al linaje Victoria; el resto fueron no aptas para subtipificar y/o definir linaje o están en proceso, figuras 3 y 4.

**Figura 3.** Virus influenza caracterizados por subtipo y linaje viral recibidos en el LNR por jurisdicción (n= 434), SE 50 2022 – SE 27 2023.



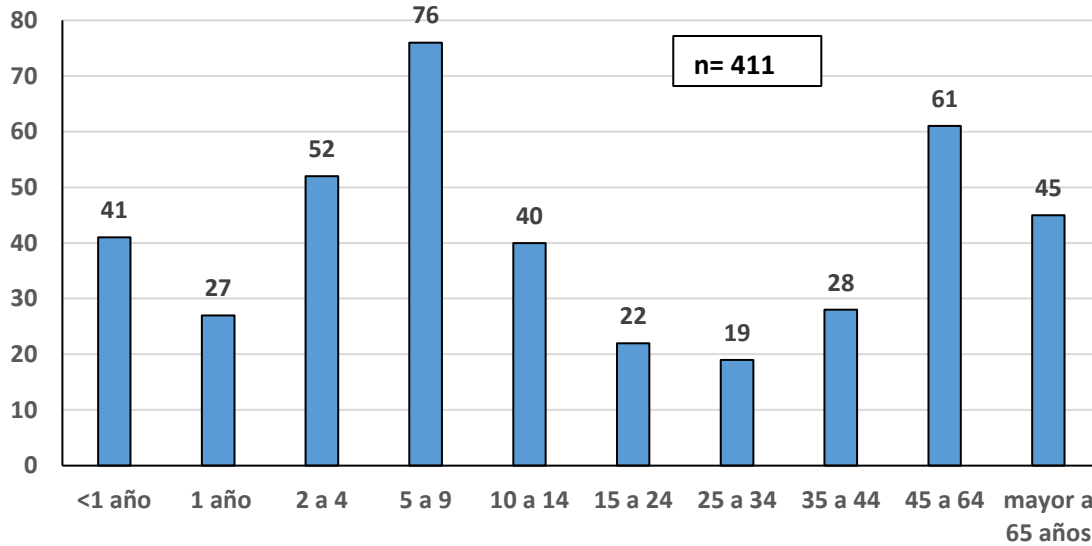
**Figura 4.** Virus influenza caracterizados por tipo, subtipo y linaje viral recibidos en el LNR por semana epidemiológica (n= 440), SE 50 2022 – SE 27 2023.





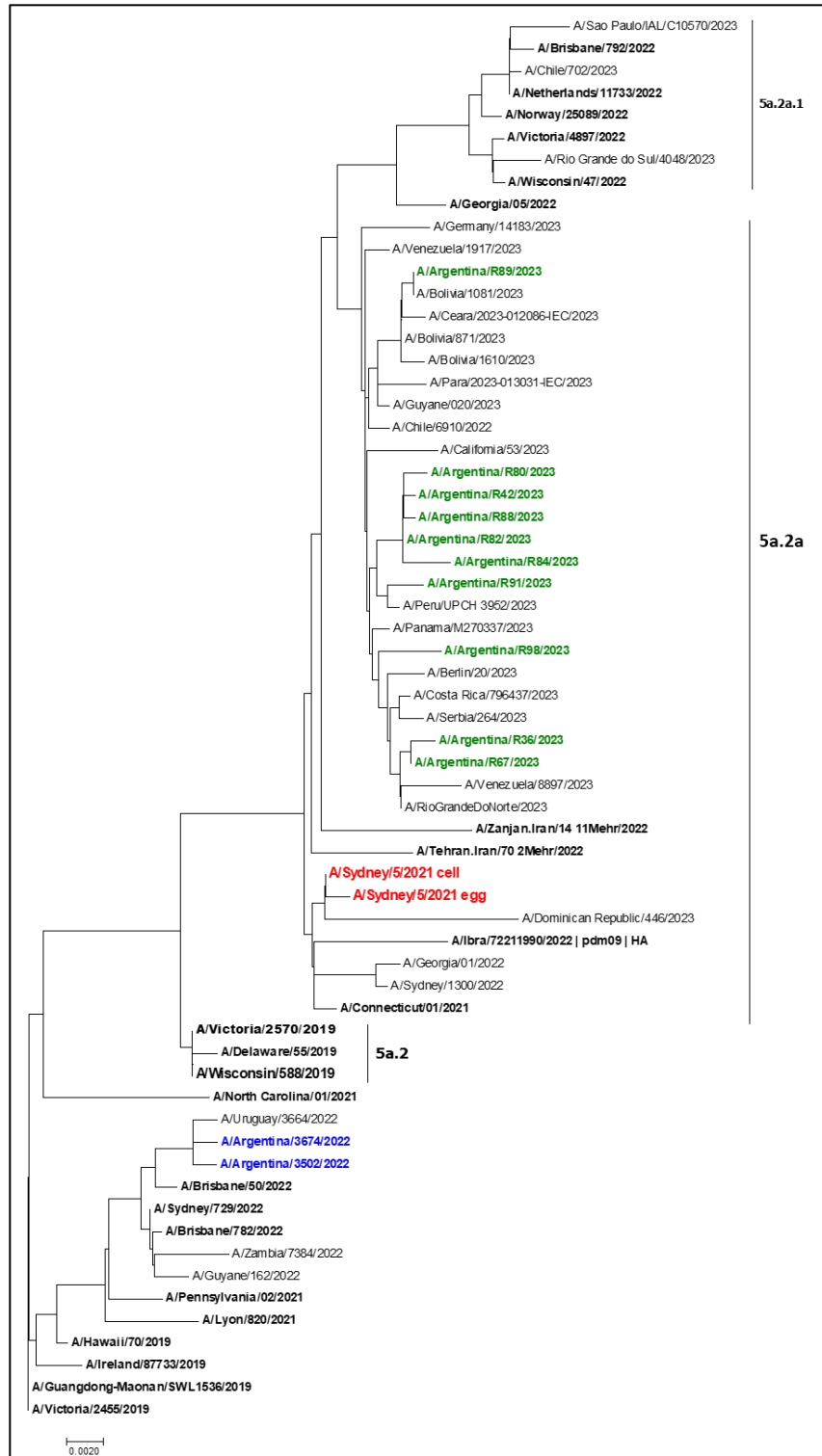
Con respecto a los grupos etarios, la mayoría de las muestras recibidas corresponden a pacientes de 5 a 9 años, seguidos de los pacientes entre 45 y 64 años, figura 5.

**Figura 5.** Virus influenza por grupo etario recibidos en el LNR (n= 411), SE 50 2022 – SE 27 2023.



Hasta el momento se seleccionaron 10 virus influenza A(H1N1) pdm09 para análisis genómico provenientes de las siguientes jurisdicciones: 5 de Neuquén, 2 de Buenos Aires, 1 de CABA, 1 de Mendoza y 1 de Formosa. En base a la secuencia del gen que codifica para la hemaglutinina viral (HA), se determinó que todos ellos pertenecen al grupo genético 6B.1A.5a.2a, mismo grupo genético al cual pertenece la cepa vacunal utilizada en el hemisferio sur 2023, figura 6.

**Figura 6.** Árbol filogenético basado en la secuencia nucleotídica del gen que codifica para la HA de los virus influenza A(H1N1)pdm09. En rojo se muestra la componente vacuna 2023 (producida en huevo y en células), en verde las cepas circulantes 2023 y en azul las cepas circulantes 2022.



## INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

A nivel mundial, del 26 de Junio al 23 de Julio de 2023, se reportaron a GISAID 7.455 secuencias de SARS-CoV-2.

Actualmente, la OMS está monitoreando 2 variantes de interés (VOI), XBB.1.5 y XBB.1.16, y siete variantes bajo seguimiento (VUM) y sus linajes descendientes.<sup>14</sup> BA.2.75, CH.1.1, XBB, XBB.1.9.1, XBB.1.9.2, XBB.2.3 y EG.5.

A nivel mundial, XBB.1.5 se ha informado en 118 países. Cabe destacar que su prevalencia ha ido disminuyendo desde la SE23 cuando XBB.1.5 representó el 21,6 % de las secuencias, en comparación con un 11,3% en la semana 27.

Se ha notificado XBB.1.16 en 99 países. Desde la semana epidemiológica 24, XBB.1.16 se ha convertido en la VOI más prevalente, superando la prevalencia de XBB.1.5. XBB.1.16 representó el 24,1% de las secuencias en la semana 27, un aumento en relación a su prevalencia de 20,5% observado en la semana 23.

Entre las VUM, EG.5 ha mostrado una tendencia creciente, siendo su prevalencia de 12,8% en la semana 27 en comparación con el 4,1% en la semana 23. Otras VUM han mostrado una disminución o tendencias estables durante el mismo período del informe.<sup>15</sup>

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En relación a los linajes de Ómicron, a partir de SE48 de 2022, comienza a observarse predominancia de las variantes BQ.1\* y XBB\*, con algunas detecciones de BA.2, BA.4 y BA.5.

Entre las SE 15-26 de 2023, se observa que XBB\* se detecta en 163/168 muestras analizadas, BQ.1\* en 3/168 muestras analizadas, y BA.4 en 1/168 muestras. (\*Indica la inclusión de linajes descendientes).<sup>16,17</sup>

**Gráfico 22: Distribución porcentual de variantes identificadas según SE de fecha de toma de muestra. SE48/2021- SE04/2023.Total país<sup>18</sup>.**

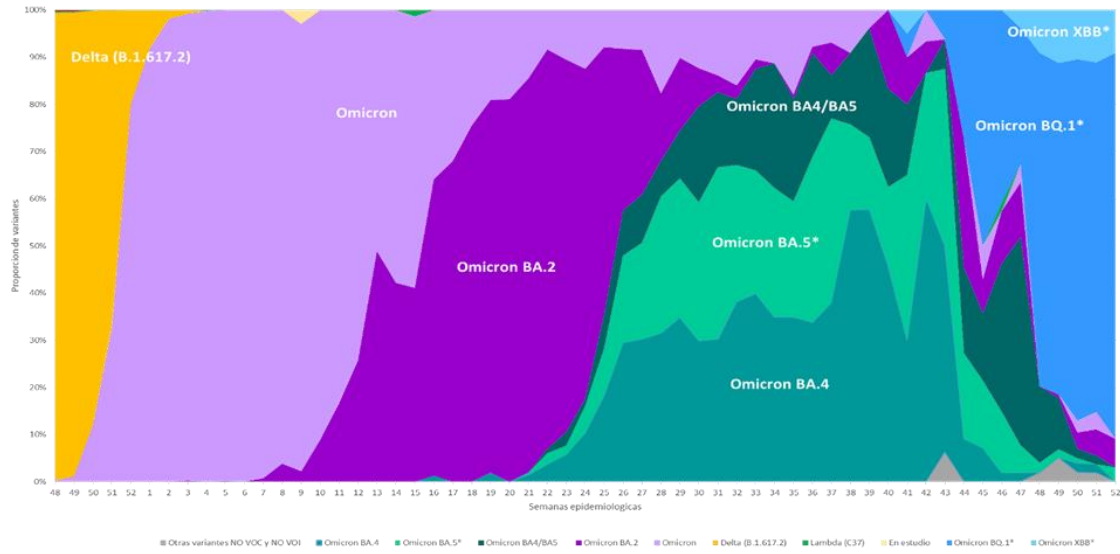
<sup>14</sup> Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for-sars-cov-2-variants>

<sup>15</sup> [Weekly epidemiological update on COVID-19 - 27 July 2023 \(who.int\)](#)

<sup>16</sup> 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 período analizado, se debe considerar que no pueden estimarse proporciones debido al escaso número de muestras secuenciadas.

<sup>17</sup> Los casos de Omicron compatible con BA.4/BA.5 que son detectados por técnica molecular pudieran corresponder a BQ.1\* u otros linajes descendientes de BA.4 o BA.5.

<sup>18</sup> Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.



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

## SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS<sup>19</sup>

**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 de influenza A (mayoritariamente A(H1N1)pdm09). La actividad del virus sincitial respiratorio (VSR) se ha mantenido en niveles bajos. La actividad del SARS-CoV-2 ha presentado un incremento en las 4 últimas SE y 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:** Tras un incremento en semanas previas la actividad de la influenza ha mostrado una tendencia decreciente en la última SE. Durante las últimas 4 SE, 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 la última SE y actualmente se encuentra en niveles intermedios de circulación. Los casos de ETI e IRAG tras mostrar un incremento debido a casos SARS-CoV-2 e influenza positivos en las SE previas, en las últimas 4 SE han mostrado una tendencia decreciente.

**América Central:** La actividad de influenza ha mostrado un incremento pronunciado en las últimas 4 SE con niveles altos de circulación, con un ligero descenso en las 2 últimas SE. Durante las últimas 4 SE, 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 con la mayoría de los casos asociados a influenza y SARS-CoV-2. La actividad de IRAG aunque actualmente en descenso ha presentado un incremento en las últimas 4 SE con la mayoría de los casos asociados a influenza y en menor medida a VSR y SARS-CoV-2. En Costa Rica se han observado niveles de positividad de influenza extraordinarios coincidentes con circulación concurrente de SARS-CoV-2, mostrando un descenso para ambos en las 2 últimas SE, sin embargo los niveles de ETI e IRAG se han mantenido bajos con la mayoría de los casos asociados a influenza y en menor medida SARS-CoV-2. En El Salvador se han notificado niveles extraordinarios de positividad de influenza en las últimas 4 SE aunque actualmente en descenso, con niveles epidémicos en los casos IRAG notificados. En Honduras tras alcanzar niveles elevados en los porcentajes de positividad de influenza en las últimas SE, se ha observado un descenso en las 2 últimas SE. Los casos de IRAG actualmente se encuentran en descenso siendo la totalidad de los positivos relacionado con influenza. En Nicaragua y Panamá también se ha observado un incremento en las últimas SE en la positividad de influenza alcanzando niveles moderados de intensidad en ambos países y actualmente en descenso. En Guatemala se ha observado un incremento en la actividad de VSR con niveles de actividad de ETI e IRAG por encima del umbral epidémico, siendo los casos en su mayoría positivos para influenza y VSR.

**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 se mantiene en niveles bajos. El SARS-CoV-2 ha presentado un incremento circulando en niveles moderados. La actividad de IRAG tras mostrar un ligero o incremento con la mayoría de los casos asociados a influenza y en menor medida VSR y SARS-CoV-2, se encuentra actualmente en descenso. La actividad de ETI ha

<sup>19</sup> Tomado de: Reporte de Influenza SE27 de 2023 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2023. OPS-OMS, disponible en <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

mostrado una tendencia decreciente con la mayoría de los casos asociados a influenza. En Ecuador se han detectado niveles elevados de IRAG asociados a influenza y en menor medida a SARSCoV-2 y VSR.

**Brasil y Cono Sur:** La actividad de la influenza ha disminuido a niveles bajos de circulación. Durante las últimas 4 SE, los virus predominantes de la influenza han sido principalmente A(H1N1)pdm09, con circulación simultánea de influenza B/Victoria. La actividad del VSR ha presentado un descenso en las 4 últimas SE situándose en niveles bajos 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 continuado en descenso en las últimas 4 SE, siendo la mayoría de los casos positivos a VSR e influenza en el caso de IRAG e influenza en los casos de ETI. En Argentina se ha observado un pronunciado incremento en la actividad de influenza en las últimas 4 SE, alcanzando niveles elevados (con un pronunciado descenso en las 2 últimas SE) siendo la mayoría de los casos detectados positivos a influenza A(H1N1)pdm09 y tras alcanzar niveles moderados de actividad de ETI, actualmente se encuentra en descenso. En Chile, tras alcanzar 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 4 SE situándose actualmente en niveles moderados. También tras alcanzar niveles moderados de actividad de IRAG, actualmente se encuentra en descenso en niveles epidémicos, siendo el VSR la causa más común entre los casos positivos. La mayoría de las defunciones detectadas entre los casos de IRAG en las últimas SE han sido en casos positivos para VSR y en menor medida para SARS-CoV-2. En Paraguay continúan los niveles extraordinarios de actividad de IRAG, siendo el VSR la principal causa entre los casos positivos, actualmente en descenso. En Uruguay se ha detectado un incremento en la actividad de IRAG en las últimas 4 SE, manteniéndose en niveles moderados, con la mayoría de casos asociados a VSR e influenza.

## 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 23 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 29/2023 de la temporada 2022-2023.

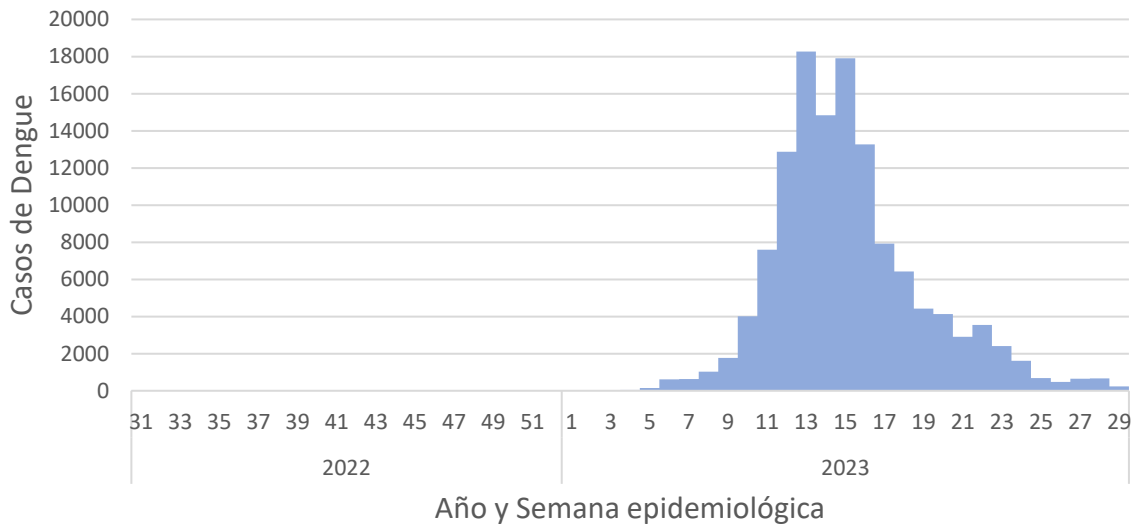
El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de dengue y otros arbovirus se realiza por temporada, entendiendo por tal un período de 52 semanas desde la SE 31 a la 30 del año siguiente, para considerar en conjunto los meses epidémicos.

### SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

Hasta la SE 28/2023 se registraron en Argentina **129.150** casos de dengue: **120714** autóctonos, **1.446** importados y **6.990** en investigación. Se registraron **230** casos nuevos confirmados de dengue con respecto a la SE 28, de los cuales **solo 5 casos fueron confirmados por laboratorio**.

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.

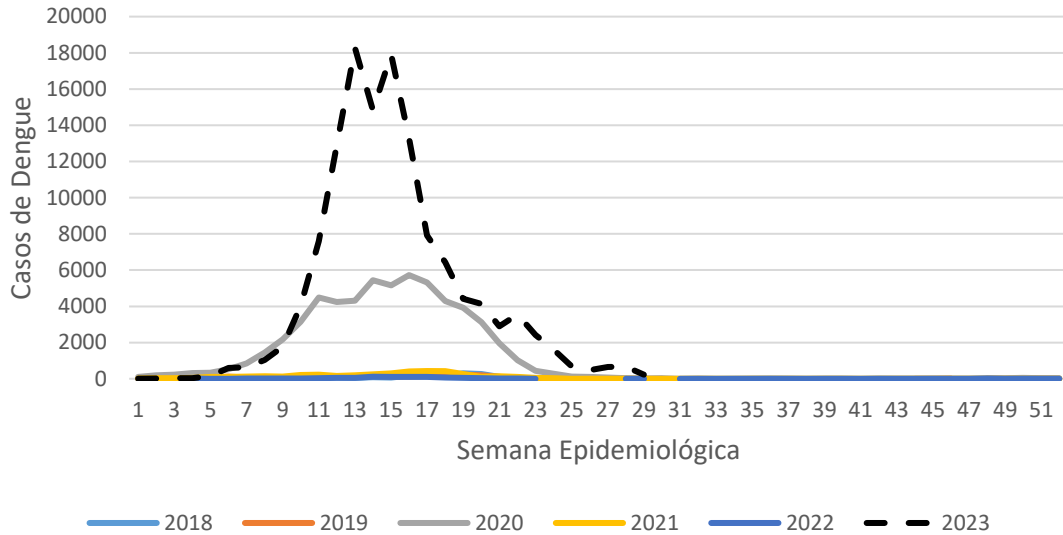
**Gráfico 1. Casos de Dengue por SE epidemiológica. SE 31/2022 a SE 29/2023, Argentina.**



*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.º).*

En cuanto a la distribución temporal, tomando como referencia el último brote epidemiológico de dengue sucedido en la temporada 2019/2020, aumentó un 45,89 % el porcentaje de casos registrados en comparación con los datos recabados hasta la SE actual. Durante esta temporada, los casos se concentraron entre las SE 8 y 16, con pico en la SE 13 y, un posterior descenso paulatino a partir de la SE 17. La proporción de casos confirmados en las últimas 4 semanas para la temporada 2023 es de 458,8 en comparación a 55 del brote 2019/2020 (Gráfico 2).

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



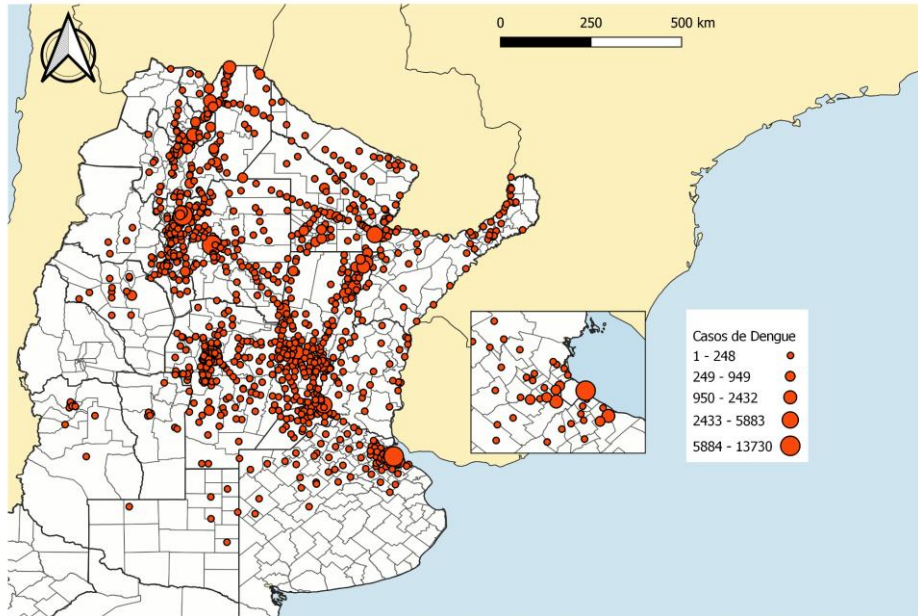
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>).

En cuanto a la distribución espacial, **18 jurisdicciones** han confirmado la circulación autóctona de dengue durante esta temporada: 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**.

Todas las jurisdicciones presentaron un descenso sostenido del número de casos reportados desde la SE 17 hasta el día de la fecha.

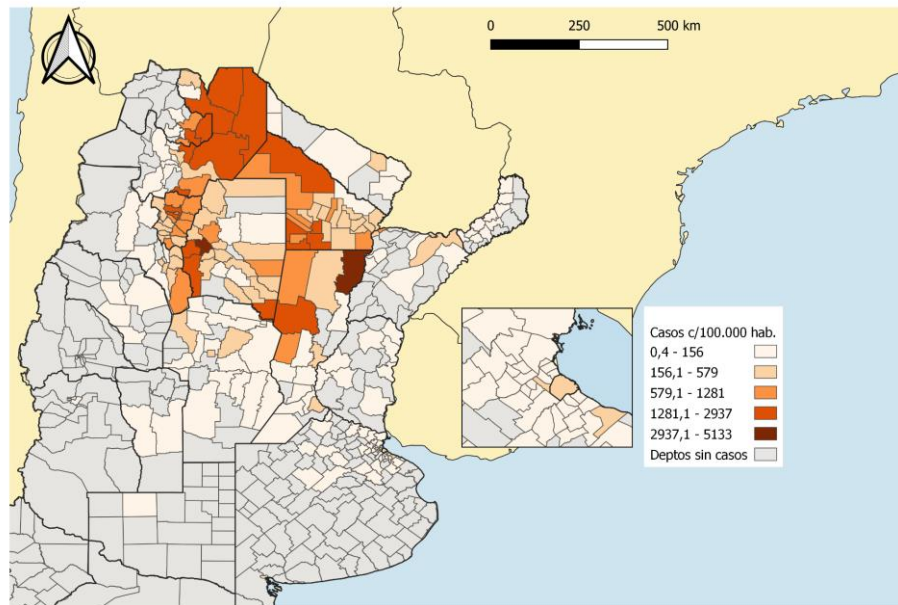


**Mapa 1. Casos de dengue autóctonos y en investigación según localidad de residencia. Argentina. SE 31/2022 a SE 29/2023.**



Fuente: Dirección Epidemiología sobre datos del SNVS 2.0 al día 23-07-2023

**Mapa 2. Tasa de dengue autóctono cada 100.000 hab. según departamento de residencia. Argentina. SE 31/2022 a SE 29/2023**



Fuente: Dirección Epidemiología sobre datos del SNVS 2.0 al día 23-07-2023

**Tabla 1. Casos de dengue según antecedente de adquisición de la infección y total de notificaciones investigadas para dengue. SE 31/2022 a 29/2023. \***

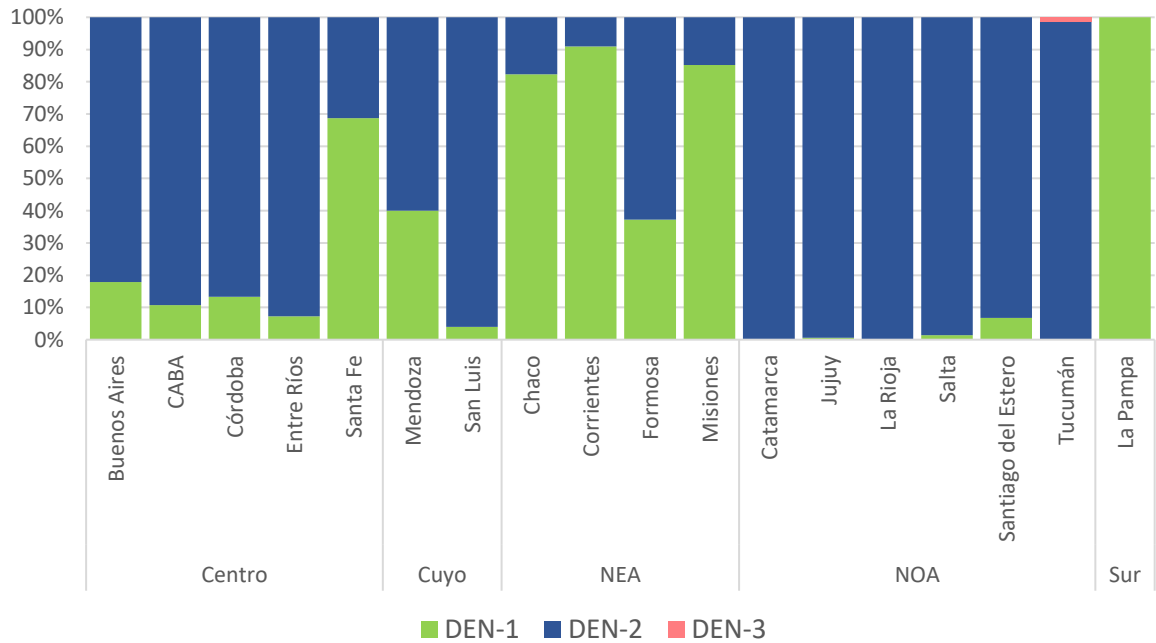
Provincia	Autóctonos	En Investigación*	Importados	Total casos dengue	Notificaciones totales
Buenos Aires	8959	1073	259	10.291	21.366
CABA	12684	101	299	13.084	22.004
Córdoba	7466	664	90	8.220	13.720
Entre Ríos	453	91	29	573	1.526
Santa Fe	20235	1382	37	21.654	26.718
<b>Centro</b>	<b>49.797</b>	<b>3.311</b>	<b>714</b>	<b>53.822</b>	<b>85.334</b>
Mendoza	2	20	27	49	143
San Juan		3	5	8	52
San Luis	23	16	25	64	152
Cuyo	25	39	57	121	347
Chaco	11061	21	11	11.093	14.279
Corrientes	1185	254	17	1.456	3.059
Formosa	388	77	23	488	2.905
Misiones	151	90	21	262	2.548
<b>NEA</b>	<b>12.785</b>	<b>442</b>	<b>72</b>	<b>13.299</b>	<b>22.791</b>
Catamarca	856	88	150	1.094	2.165
Jujuy	4573	910	77	5.560	7.891
La Rioja	344	53	14	411	1.151
Salta	13127	1913	207	15.247	22.011
Santiago del Estero	15256	144	6	15.406	18.389
Tucumán	23950	96	12	24.058	31.370
<b>NOA</b>	<b>58.106</b>	<b>3.204</b>	<b>466</b>	<b>61.776</b>	<b>82.977</b>
Chubut		0	6	6	22
La Pampa	1	1	30	32	66
Neuquén	0	5	34	39	65
Río Negro	0	1	12	13	24
Santa Cruz	0	4	25	29	66
Tierra del Fuego		1	30	31	44
<b>Sur</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>137</b>	<b>150</b>	<b>287</b>
<b>Total PAIS</b>	<b>120.714</b>	<b>7.008</b>	<b>1.446</b>	<b>129.168*</b>	<b>191.736</b>

\*De los 129.168 casos de Dengue, 18 de ellos se encuentran en investigación ya que podría existir reacción cruzada con otros flavivirus.

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)

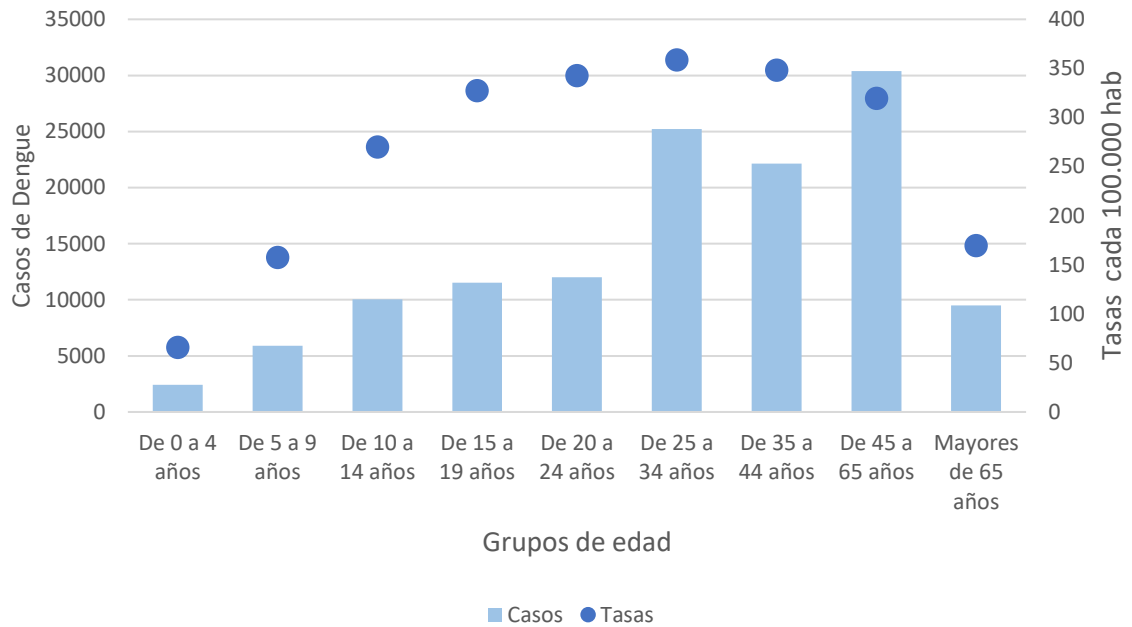
Hasta el momento se registró en el país circulación predominante de DENV-2 identificándose en el 80,07% de los casos sub tipificados; seguido de DENV-1, en el 19,89%; y DENV-3 en muy baja circulación, con el 0,05% (Gráfico 4). A nivel regional, DENV-2 predomina en NOA y Centro y DENV-1 en NEA. En Cuyo, se registran 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 4. Distribución proporcional de serotipos en casos autóctonos según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 31/2022 a SE 29/2023. N=13.048.**



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 28 fue de 277,39 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 5).

**Gráfico 5. Casos y tasas de dengue según grupos de edad. SE 31/2022 a SE 29/2023. Argentina.**

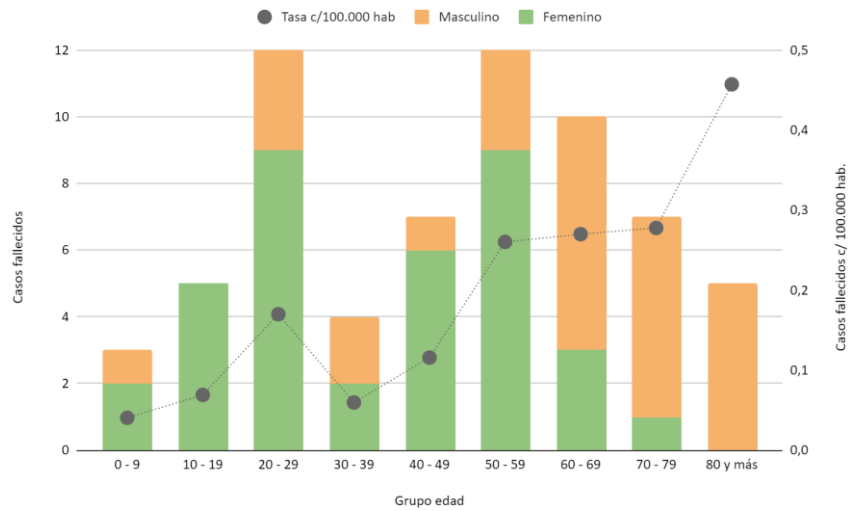
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>).

Los signos y síntomas más frecuentes entre los casos notificados<sup>20</sup> fueron fiebre, cefalea, mialgias, artralgias y dolor retroocular, seguidos de náuseas, dolor abdominal, vómitos y diarrea.

No se notifican nuevos casos de fallecidos desde la SE 25. Con 65 casos fallecidos notificados hasta la SE 29/2023, 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. Con 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 (Gráfico 6).

<sup>20</sup> El análisis de signos y síntomas se realizó sobre los casos que tenían datos en la sección Clínica, lo que representa el 48% del universo de casos notificados totales.

**Gráfico 6. Casos fallecidos según sexo, edades decenales y tasas c/100.000 hab. SE 31/2022 a SE 29/2023 (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.

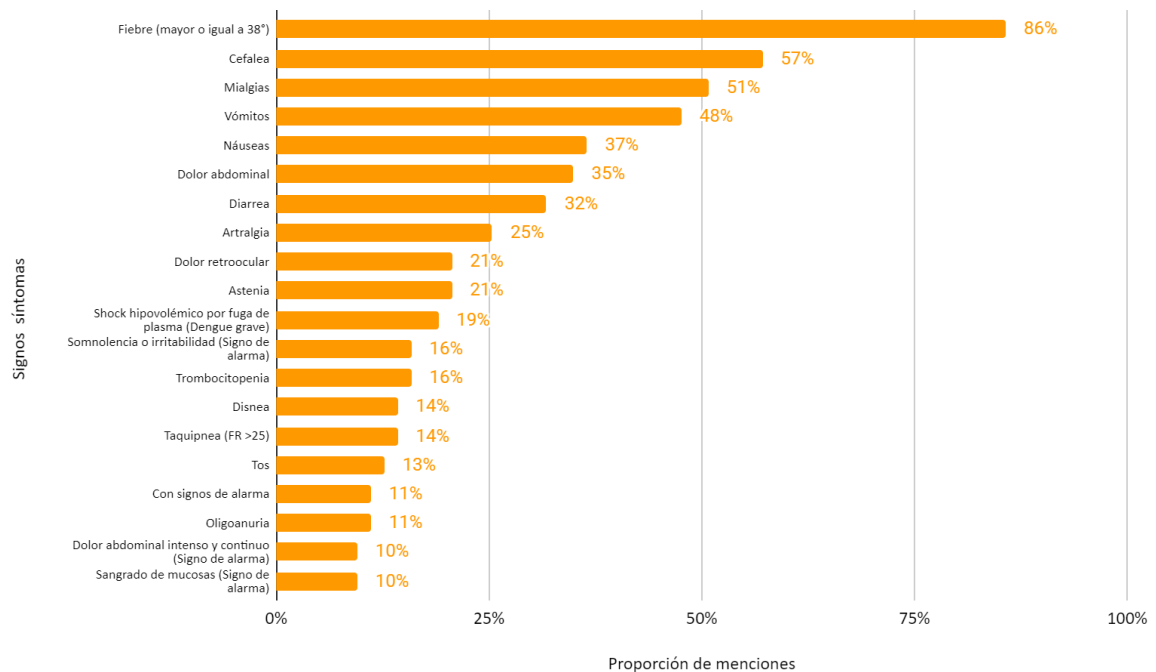
Del total de casos fallecidos, en 35 se pudo identificar el serotipo involucrado: 26 serotipo DENV-2 y 9 serotipo DEN-1 (Tabla 2).

**Tabla 2. Casos fallecidos según identificación de serotipo por jurisdicción. Argentina. SE1 a SE29 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).

**Gráfico 7. Frecuencia de Signos y síntomas más frecuentes en casos fallecidos (n=63)<sup>21</sup>. SE1 a SE29 de 2023.**

<sup>21</sup> Se excluyen dos casos fallecidos de dengue sin datos referidos a signos y síntomas.

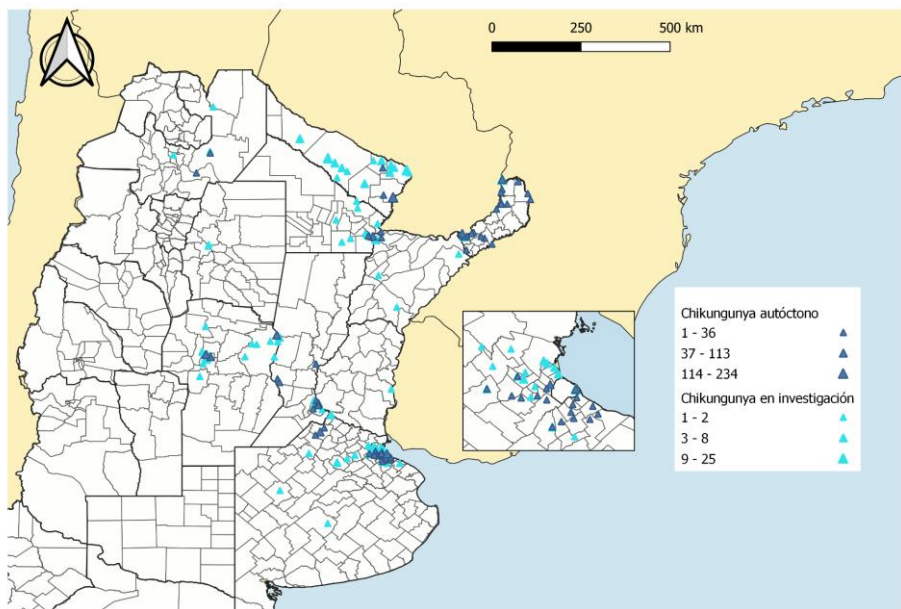
## SITUACIÓN DE CHIKUNGUNYA EN ARGENTINA

Hasta la SE 28/2023 se registraron en Argentina **2.225** casos de fiebre chikungunya, de los cuales son **1.604** autóctonos, **334** son importados y **287** se encuentran en investigación<sup>22</sup>. No se notificaron nuevos casos correspondientes a la SE 29.

Hasta el momento **9** jurisdicciones han informado la circulación viral autóctona de fiebre Chikungunya en su territorio durante esta temporada: 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.

Sólo **2** jurisdicciones reportaron casos en las SE 27 y SE 28 (Córdoba y Corrientes).

**Mapa 3. Casos de chikungunya según antecedente de viaje y localidad de residencia. Argentina. SE 31/2022 a SE 29/2023.**



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

<sup>22</sup> 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 29/2023.**

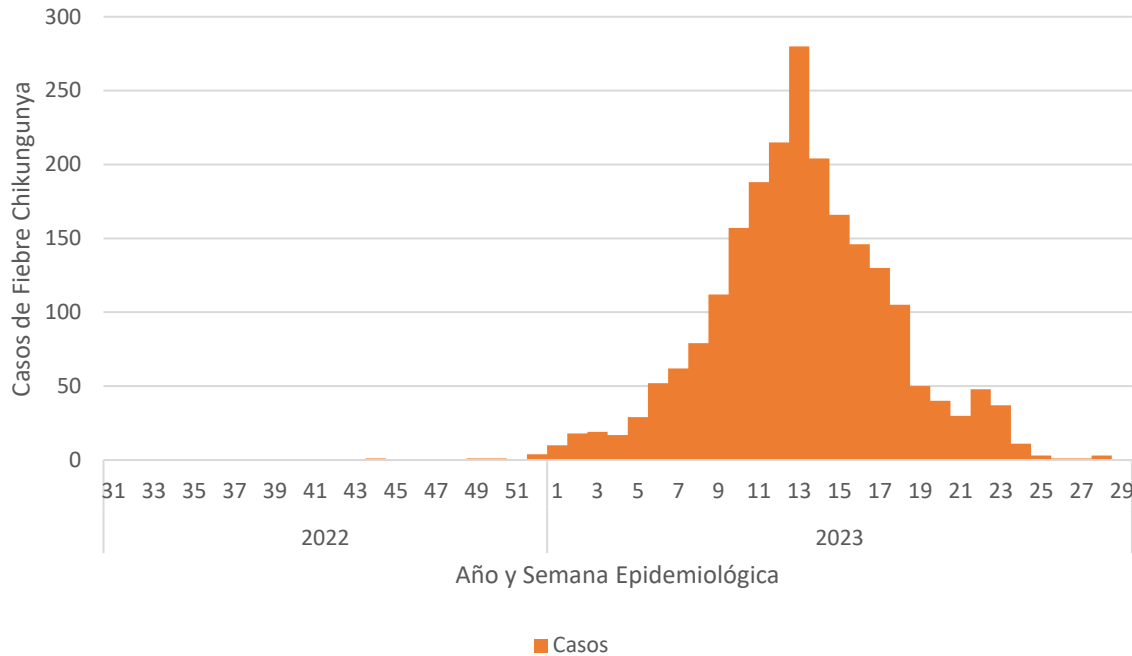
Provincia	Autóctonos*	En investigación*	Importados*	Total casos de Chikungunya	Casos sospechosos investigados
Buenos Aires	483	67	125	675	4.439
CABA	103	1	70	174	975
Córdoba	183	21	11	215	2.405
Entre Ríos		1		1	32
Santa Fe	130	8	11	149	1.563
<b>Centro</b>	<b>899</b>	<b>98</b>	<b>217</b>	<b>1.214</b>	<b>9.414</b>
Mendoza	0	1	2	3	14
San Juan	0	0	0	0	1
San Luis	0	0	1	1	22
<b>Cuyo</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>37</b>
Chaco	36	12	8	56	603
Corrientes	126	10	12	148	254
Formosa	238	112	53	403	2.146
Misiones	289	48	39	376	769
<b>NEA</b>	<b>689</b>	<b>182</b>	<b>112</b>	<b>983</b>	<b>3.772</b>
Catamarca	0	0	0	0	4
Jujuy	0	1	0	1	260
La Rioja	0	0	0	0	28
Salta	16	3	0	19	162
Santiago del Estero	0	2	0	2	14
Tucumán	0	0	0	0	92
<b>NOA</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>560</b>
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
<b>Total PAIS</b>	<b>1.604</b>	<b>287</b>	<b>334</b>	<b>2.225</b>	<b>13.810</b>

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



En cuanto a la curva de casos por semana epidemiológica a nivel país (Gráfico 1) se registra la decimosexta semana consecutiva con descenso de casos (sin contar la última semana)<sup>23</sup>.

**Gráfico 1. Casos de Chikungunya por SE epidemiológica. SE 31/2022 a SE 28/2023, Argentina.**



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

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 29/2023, se registraron en total 7 casos confirmados de **Encefalitis de San Luis**, 4 de ellos en Buenos Aires y 3 en Entre Ríos. El último caso notificado corresponde a la SE 25. Se reportaron 2 casos fallecidos durante la temporada, 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 20/07/2023<sup>24</sup>.

**Brasil:** Hasta la SE 26/2023 se reportaron 2.376.522 casos de dengue y 769 fallecidos, representando un 23% superior al número de casos para la misma semana de 2022. A la misma semana se

<sup>23</sup> 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 23/07/2023)

<sup>24</sup> Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

registraron 192.822 casos de chikungunya (un 7% inferior al reportado para el mismo período del año 2022) y 60 fallecidos. A la SE 23/2023 se reportaron 22.744 casos de zika, representando un aumento del 4% respecto de la misma semana del año previo.

**Bolivia:** De la SE 1 a 25/2023, se registraron 133.779 casos de dengue, 16 veces los casos reportados a la SE 25/2022, y 77 fallecidos. Hasta la misma semana se reportaron 1.311 casos de chikungunya y 807 de Zika, representando 10 y 9 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 28 del 2023 se registraron 105.359 casos confirmados y probables de chikungunya y 269 fallecidos, durante el mismo período del año previo se reportaron 50 casos. Hasta la SE 28 se reportaron 6.931 casos de dengue y 8 fallecidos, a diferencia de los 300 casos registrados para dicho período en 2022. No se presentan casos de zika.

**Perú:** A la SE 28 de 2023 se reportaron 206.890 casos de dengue y 357 fallecidos, 4 veces el valor de casos observados para el 2022 hasta dicha semana. Para la SE27 de 2023 se registraron 379 casos de chikungunya y 33 casos de zika, presentando en relación al mismo período en 2022 una variación de 77 y 19 casos respectivamente, sin fallecidos reportados.

En relación a los serotipos de dengue, Paraguay y Bolivia registran circulación de DEN 1 y DEN 2. Perú reporta circulación de los serotipos DEN 1, DEN 2 y DEN 3. Brasil por su parte presenta circulación del serotipo DEN 4, además de los 3 serotipos previamente mencionados, 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.

# ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLOGICAS INTERNACIONALES



## INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

A continuación, se mencionan los eventos de mayor relevancia que han sido compartidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 23 y el 29 de marzo del 2023.

### MERS-COV – EIRATOS ÁRABES UNIDOS – 24 DE JULIO 2023

El 10 de julio de 2023, los Emiratos Árabes Unidos (EAU) notificaron a la OMS un caso de coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) en un hombre de 28 años de la ciudad de Al Ain en Abu Dhabi. El caso no tenía antecedentes de contacto directo o indirecto con dromedarios, cabras u ovejas. El paciente fue ingresado en el hospital el 8 de junio. El 21 de junio se recogió un hisopo nasofaríngeo y dio positivo para MERS-CoV por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) el 23 de junio de 2023. Los 108 contactos identificados fueron monitoreados durante 14 días a partir de la última fecha de exposición al paciente con MERS-CoV. No se han detectado casos secundarios hasta la fecha.

Desde julio de 2013, cuando los Emiratos Árabes Unidos informaron del primer caso de MERS-CoV, se han reportado 94 casos confirmados (incluido este nuevo caso) y 12 muertes. A nivel mundial, el número total de casos confirmados de MERS-CoV notificados a la OMS desde 2012 es de 2605, incluidas 936 muertes asociadas.

Sobre la base de la situación actual y la información disponible, la OMS vuelve a hacer hincapié en la importancia de una fuerte vigilancia por parte de todos los Estados miembros de las infecciones respiratorias agudas, incluido el MERS-CoV, y de revisar cuidadosamente cualquier patrón inusual.

Dado que este último caso presenta una enfermedad grave, pero no tiene comorbilidades ni historial de exposición a camellos, productos crudos de camellos o casos humanos de MERS-CoV, será importante secuenciar el virus y realizar un análisis genómico para detectar cualquier patrón inusual. El proceso de análisis genómico ha comenzado. Esto identificará cualquier evolución genética del virus y apoyará los esfuerzos de evaluación de riesgos globales de la OMS.

Como precaución general, cualquier persona que visite granjas, mercados, graneros u otros lugares donde estén presentes dromedarios debe practicar medidas generales de higiene, incluido el lavado

regular de manos después de tocar animales, evitar tocar los ojos, la nariz o la boca con las manos y evitar el contacto con animales enfermos. Las personas también pueden considerar usar batas protectoras y guantes mientras manipulan animales de forma profesional.

El consumo de productos animales crudos o poco cocidos, incluyendo leche, carne, sangre y orina, conlleva un alto riesgo de infección por una variedad de organismos que podrían causar enfermedades en los seres humanos. Los productos animales procesados adecuadamente a través de una cocción adecuada o la pasteurización son seguros para el consumo, pero también deben manejarse con cuidado para evitar la contaminación cruzada con alimentos crudos.

La transmisión de persona a persona del MERS-CoV en entornos de atención médica se ha asociado con retrasos en el reconocimiento de los primeros síntomas de la infección por MERS-CoV, una clasificación lenta de los casos sospechosos y retrasos en la implementación de medidas de infección, prevención y control (IPC). Por lo tanto, las medidas de la CIP son fundamentales para prevenir la posible propagación del MERS-CoV entre las personas en los centros de atención médica. Los centros de salud deben garantizar que se apliquen controles ambientales y de ingeniería, incluida la ventilación adecuada, la separación espacial de al menos un metro entre los pacientes y otros, incluidos los trabajadores de la salud y la atención, y la limpieza ambiental adecuada. Los trabajadores de la salud deben aplicar constantemente las precauciones estándar a todos los pacientes en cada interacción en entornos de atención médica. Las precauciones con gotitas, incluida la protección ocular, deben aplicarse además de las precauciones estándar al brindar atención a pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda; se deben agregar precauciones de contacto al atender casos probables o confirmados de infección por MERS-CoV; se deben aplicar precauciones por el aire al realizar procedimientos de generación de aerosoles o en entornos donde se realizan procedimientos de generación de aerosoles. La identificación temprana, la gestión de casos y el aislamiento de casos, la cuarentena de los contactos, las medidas adecuadas de prevención y control de infecciones en entornos de atención médica y la concienciación sobre la salud pública pueden prevenir la transmisión de MERS-CoV de persona a persona.

El MERS-CoV parece causar una enfermedad más grave en personas con afecciones médicas crónicas subyacentes como diabetes, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar crónica y en personas inmunodeprimidas. Por lo tanto, las personas con estas condiciones médicas subyacentes deben evitar el contacto cercano con animales, en particular dromedarios, cuando visiten granjas, mercados o áreas de granero donde se sabe que el virus está circulando potencialmente.

La OMS no aconseja una selección especial en los puntos de entrada con respecto a este evento, ni recomienda actualmente la aplicación de ninguna restricción de viaje o comercio.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON478>

## SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ– PERÚ –25 DE JULIO 2023

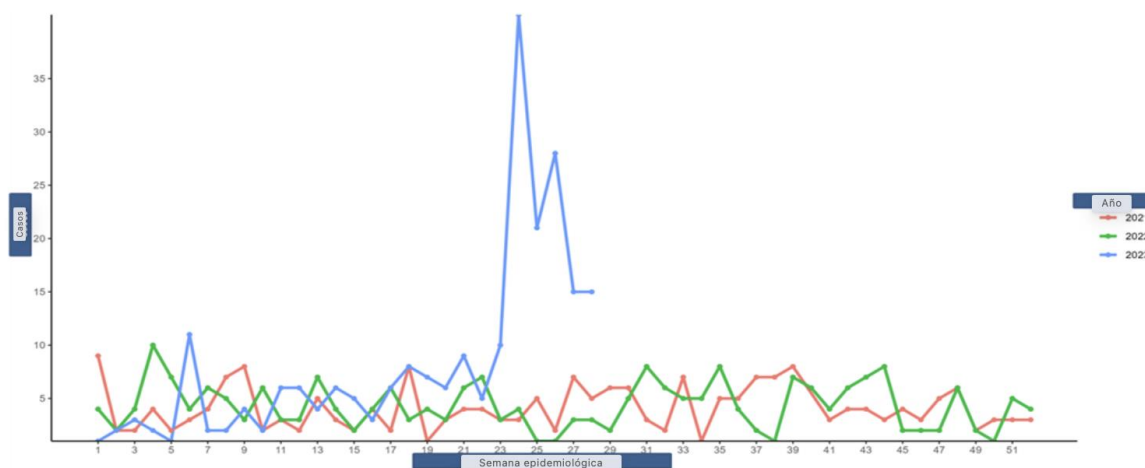
El 26 de junio de 2023, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Perú emitió una alerta epidemiológica debido a un aumento inusual en los casos de síndrome de Guillain-Barré (GBS) en diferentes regiones del país. Según los datos históricos (excluyendo el brote de 2019), el número medio mensual de casos de GBS registrados es de menos de 20 casos sospechosos al mes en todo el país. Sin embargo, entre el 10 de junio y el 15 de julio de 2023, se han notificado 130 casos sospechosos de GBS. De estos casos, 44 han sido confirmados. Este aumento en el número de casos observados es mayor de lo esperado.

Entre las semanas epidemiológicas 1 y 28 (hasta el 15 de julio de 2023), se notificaron un total de 231 casos sospechosos de GBS en Perú según lo definido por el Estándar Técnico de Salud para la Vigilancia Epidemiológica y el Diagnóstico de Laboratorio del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) para GBS1 en 20 de los 24 departamentos del país. El cincuenta y seis por ciento de los casos (130 casos) se notificaron entre las semanas epidemiológicas 23 (10 de junio de 2023) y 28 (15 de julio de 2023). Al 15 de julio de 2023, se ha confirmado que 100 casos son compatibles con GBS 2,3, incluidas cuatro muertes (Tasa de Mortalidad de Casos (CFR) 1,7 %).

El grupo de edad más afectado fueron los adultos  $\geq 30$  años (158 casos), mientras que los niños menores de 17 años representaron el 19 % de los casos (44 casos). Más de la mitad de los casos reportados (133; 57,6%) eran hombres.

Las manifestaciones clínicas preliminares de los 130 casos notificados entre las semanas epidemiológicas 23 (10 de julio de 2023) y 28 (15 de julio de 2023) incluyen infección gastrointestinal, infección respiratoria y fiebre. Además, el 72,3 % de estos casos (94 casos) presentaron una progresión al alza de la parálisis como manifestación neurológica, y otros casos presentaron algún tipo de secuelas.

**Gráfico 1. Tendencias de los casos del síndrome de Guillain Barré en Perú 2021, 2022 y 2023 (Semana epidemiológica 28).**



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) Perú-Perú. La situación del síndrome de Guillain Barré - Perú, 2023 (Semana epidemiológica 28)

El consejo de la OMS a los Estados miembros es continuar monitoreando la incidencia y las tendencias de los trastornos neurológicos, especialmente el EGB, para identificar las variaciones en relación con

sus valores de referencia esperados, desarrollar e implementar suficientes protocolos de gestión de pacientes para gestionar la carga adicional sobre los centros de salud generada por un aumento repentino de pacientes con GBS, crear conciencia entre los trabajadores de la salud

La OMS no ha emitido ninguna recomendación que imponga restricciones de viaje y/o comercio específicamente para Perú en respuesta a este evento.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON477>

# DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES





## INTRODUCCIÓN

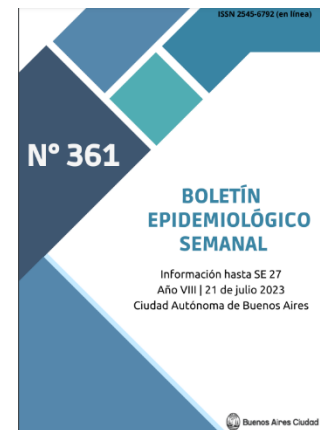
En esta sección se encuentra una selección de eventos analizados por los distintos equipos provinciales en sus respectivos boletines epidemiológicos. El análisis de información epidemiológica en todos los niveles es un indicador importante de la calidad del proceso de la vigilancia epidemiológica. La 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.

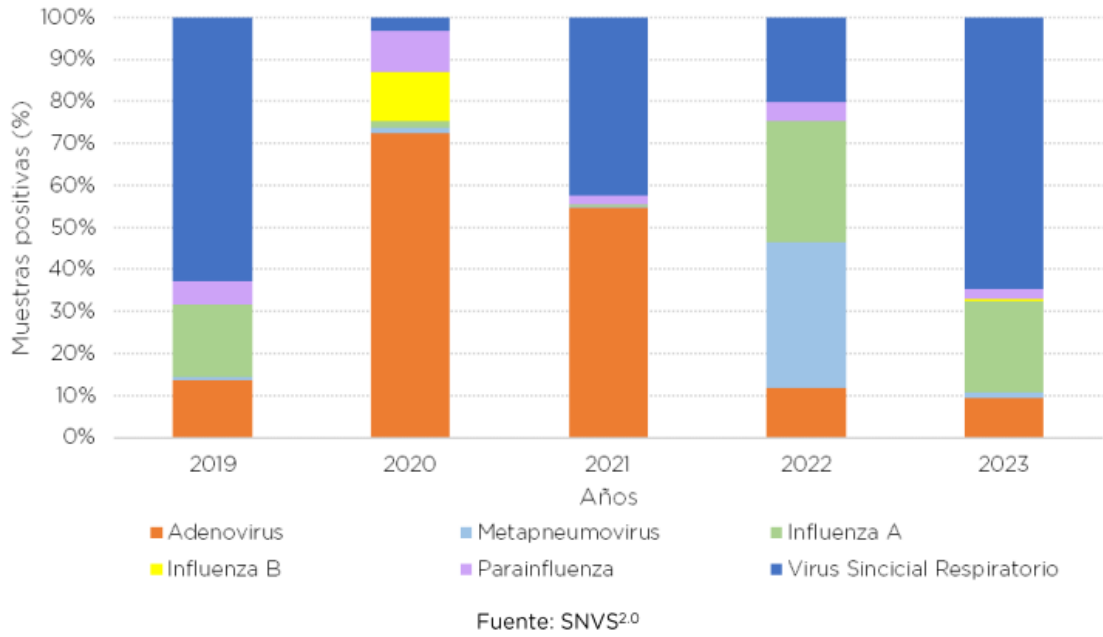
## CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: INFECCIONES RESPIRATORIAS

Se puede observar en el gráfico comprando los años desde la SE 1-27, el peredominio del Virus Sincial Respiratorio (VSR) en los años 2019 y 2023 mientras que en 2020 y 2021 se verifica una mayor proporción de Adenovirus. Durante el año 2022, se registró una proporción igual de Influenza A y Metapneumovirus.

Hasta la SE 27 del corriente año, se obsreva una mayor circulación de Virus Sincial con un 64,8% de muestras positivas, seguido por la Influenza A con un 21,6%.



**Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones de SE1-27 Año 2019 n= 4097; Año 2020 n= 484; Año 2021 n= 541; Año 2022 n=4683; Año 2023 n=5872**



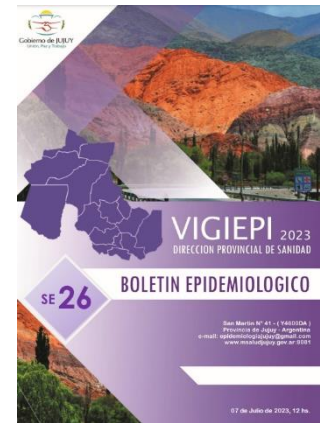
Fuente: Boletín epidemiológico semanal de la provincia de Buenos Aires

Para más información:

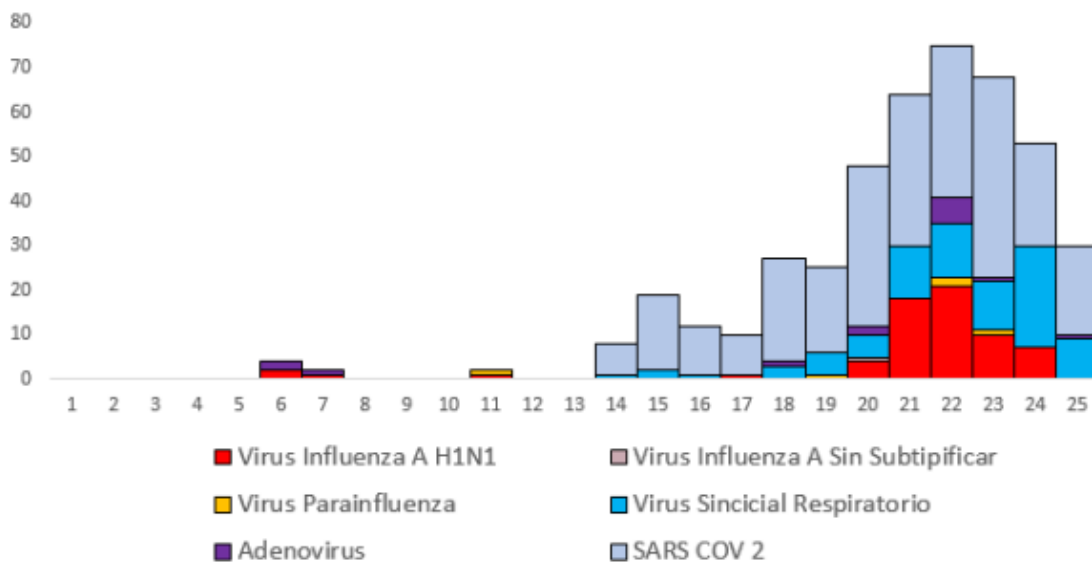
<https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2023>

## JUJUY: INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS

En el transcurso del año 2023, se observa un inicio de la actividad estacional, a partir de SE 18 con una pendiente ascendente. Desde SE 14 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.



**Distribución de influenza, VSR, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE 14 a SE 25 de 2023. Jujuy. N=445**



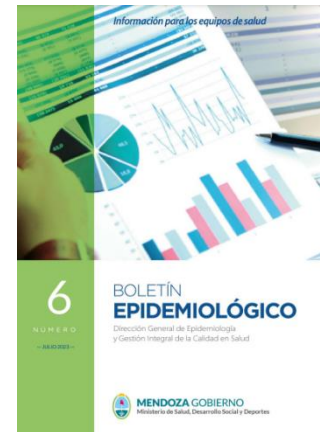
Fuente: Subdirección Provincial de Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0, 2.023.

Para más información:

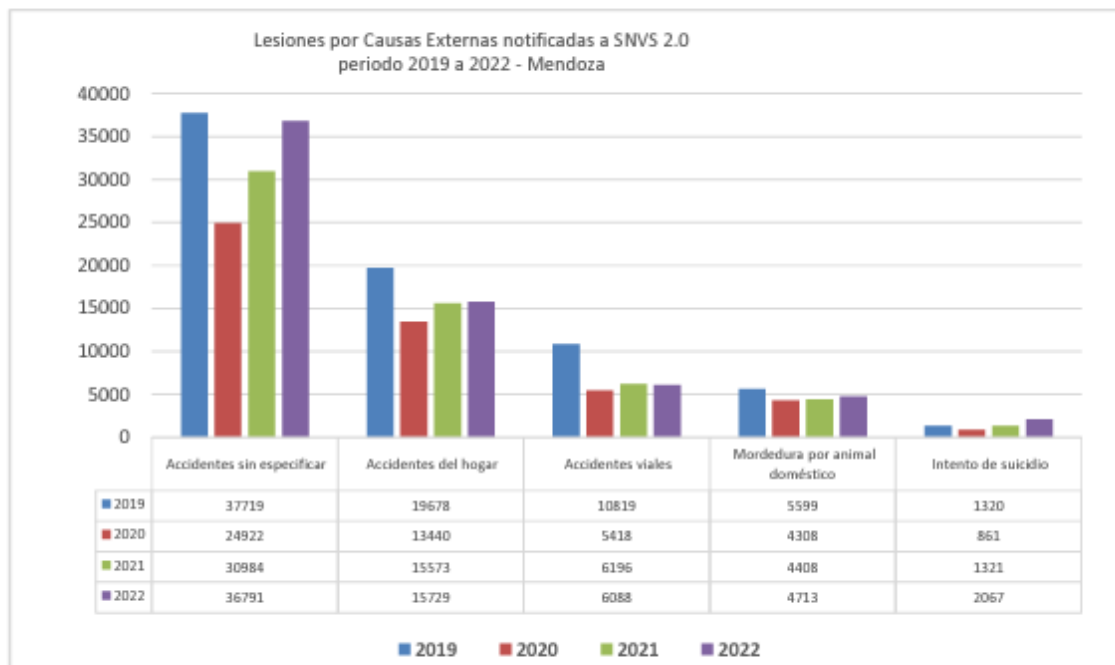
<http://www.msaludjujuy.gov.ar:8081/boletines.php>

## MENDOZA: LESIONES POR CAUSAS EXTERNAS

Lesiones por Causas Externas notificadas al SNVS 2.0 periodo 2019 a 2022 - Mendoza Se presentan los casos notificados en Mendoza en los últimos 4 años (2019-2022). Los datos muestran que el año prepandémico 2019 es el que registra, a excepción de los Intentos de suicidio, el mayor número de casos en casi todos los eventos, exhibiendo un descenso durante el año 2020 que puede atribuirse a diferentes escenarios producto de las medidas adoptadas para evitar la propagación del virus de COVID-19. En 2021 y 2022 comienza un aumento sostenido de los eventos pero que no alcanzan a superar los casos del 2019, a excepción de los Intentos de suicidio que registran notificaciones superiores a las que se producían antes de la pandemia.



**Gráfico N°26: Lesiones por causas externas- Años 2019 a 2022- Mendoza**

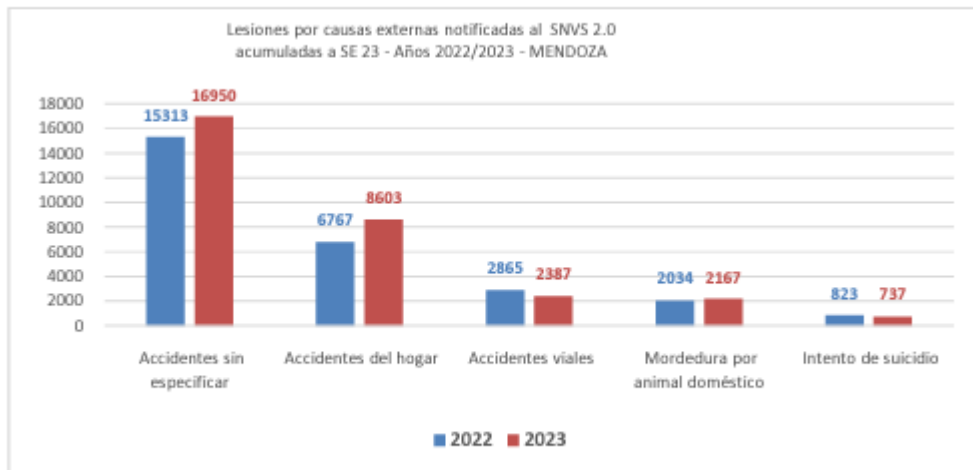


Fuente: SISA – SNVS 2.0 – Sección Vigilancia. Elaboración: Dpto. Coord. Procesamiento y Análisis de Datos

### Lesiones por Causas Externas notificadas al SNVS acumuladas a SE 23 - Años 2022/2023 - MENDOZA

Al comparar el número de casos notificados acumulados a la SE 23, correspondientes a los años 2022 y 2023, se observa un incremento en el año 2023 respecto al 2022 en los Accidentes sin especificar, los Accidentes del hogar y en los casos de Mordedura por animal doméstico, mientras que la comparación de los eventos de Accidentes viales e Intentos de suicidio muestran una leve disminución en 2023 respecto del 2022. Es importante tener en cuenta que los datos observados del año en curso son provisorios y puede existir demora en la carga de los mismos.

**Gráfico N°27: Lesiones por causas externas acumuladas a SE23- Año 2022/23 - Mendoza**

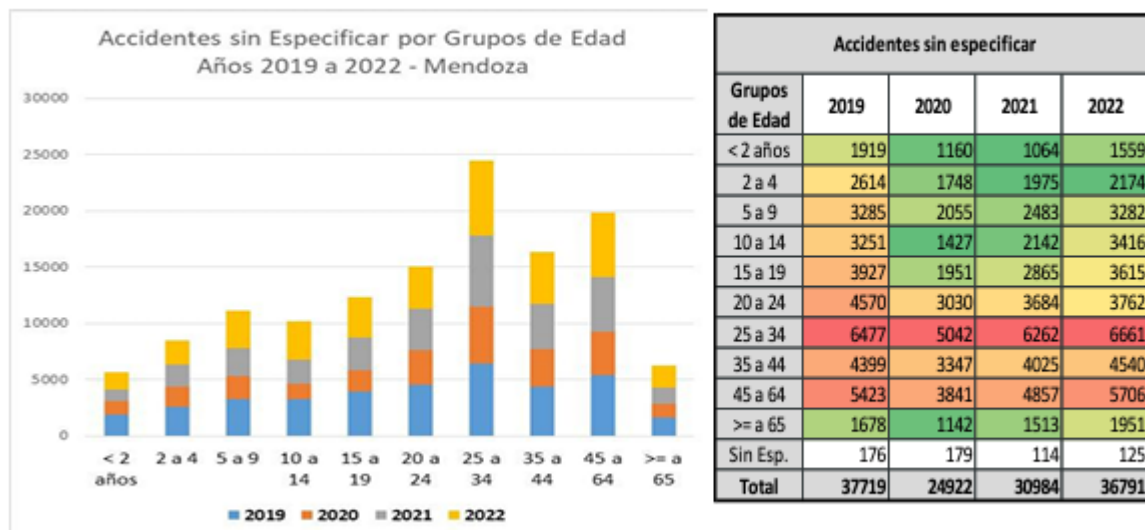


Fuente: SISA – SNVS 2.0 – Sección Vigilancia. Elaboración: Dpto. Coord. Procesamiento y Análisis de Datos

**Lesiones por Causas Externas por grupos de edad - 2019 a 2022 – Mendoza**

Los eventos de lesiones por causas externas que se notifican, presentan diferencias en su frecuencia según los distintos grupos de edad que se mantienen constantes en el periodo observado.

**Gráfico N°28: Accidentes sin Especificar por Grupos de Edad – Años 2019 a 2022 – Mendoza**



Fuente: SISA – SNVS 2.0 – Sección Vigilancia. Elaboración: Dpto. Coord. Procesamiento y Análisis de Datos

Los casos de Accidentes sin especificar, según grupos de edad, en el periodo observado, evidencian una mayor ocurrencia en el grupo de 25 a 34 años, seguido en mayor frecuencia por el grupo de 45 a 64 años, estos grupos tienen en forma continua mayor número de casos en todos los años observados.

**Mortalidad por causas externas**

Con el objetivo de contar con una mayor consistencia de los datos reportados, se consideró el periodo comprendido entre los años 2017 y 2021. La fuente de datos de mortalidad corresponde a INFOSALUD, estadísticas vitales elaboradas por el Departamento de Bioestadística.

**Tabla N° 4: Defunciones por todas las causas, defunciones y porcentaje por causas externas años 2017 a 2021 Mendoza**

	TOTAL	C. EXTERNAS	%
2017	14426	1037	7,2
2018	14048	933	6,6
2019	14227	836	5,9
2020	16655	715	4,3
2021	18108	804	4,4

Fuente: INFOSALUD. Elaboración: Dpto. Coord. Procesamiento y Análisis de Datos

Del total de causas externas de mortalidad se seleccionaron las que tienen mayor peso e impacto social y sanitario, tales como Incidentes viales, Suicidio, Agresiones, Ahogamientos accidental y Envenenamiento accidental. Estas causas seleccionadas representaron en el periodo 2017-2021, el 62% del total de mortalidad por causas externas. Las defunciones por incidentes viales ocupan el primer lugar en frecuencia, seguidas por los suicidios y luego las agresiones. Los envenenamientos accidentales ocuparon el cuarto lugar en frecuencia desde 2017a 2019 y en quinto lugar, se encuentran los ahogamientos accidentales.

**Gráfico N°33: Defunciones por causas externas seleccionadas-Años2017-2021- Mendoza**

Fuente: INFOSALUD. Elaboración: Dpto. Coord. Procesamiento y Análisis de Datos

La mortalidad por Incidentes viales y los suicidios, mostraron una tendencia descendente hasta el año 2020, con incremento posterior en el año 2021. Las defunciones por Agresiones, Envenenamiento accidental y Ahogamiento accidental tuvieron un comportamiento igual al de los incidentes viales y suicidios.

Para más información:

<https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2023/07/BOLETIN-N°-6.pdf>

## SANTA FE: MENINGOENCEFALITIS

Desde la primera semana epidemiológica (SE 1) del año 2023 hasta la SE 28 se notificaron 259 casos de meningoencefalitis, confirmándose un total 58 casos, de los cuales en 14 casos se confirmó meningitis bacteriana que incluye las etiologías: *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* y por otros agentes.

En 29 casos se confirmó meningitis viral, cuya clasificación incluye meningitis viral por Enterovirus, meningitis viral por otros agentes y meningitis viral sin especificar causas. En 5 casos se confirmó meningoencefalitis micótica o parasitaria, entre los que destaca las causadas por *Toxoplasma gondii* y *Cryptococcus*.

Por último 10 casos se clasificaron como meningoencefalitis sin especificar etiología.



### Casos confirmados de meningitis según etiología. Provincia Santa Fe. SE 28. Año 2023.

Clasificación de meningoencefalitis	
meningitis bacteriana	14
meningitis viral	29
meningitis micóticas y parasitarias	5
meningoencefalitis sin especificar	10

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).

### Casos confirmados de meningitis bacteriana según grupo etario. Año 2023.

Meningitis bacteriana según grupo etario	Total
Posneonato (29 hasta 365 días)	1
De 13 a 24 meses	1
De 5 a 9 años	2
De 20 a 24 años	3
De 25 a 34 años	1
De 35 a 44 años	4
De 45 a 65 años	2

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).

**Casos confirmados de meningitis bacteriana según etiología. Año 2023.**

Meningitis bacteriana según etiología	Total
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	6
<i>Neisseria meningitidis</i>	4
<i>Haemophilus influenzae</i>	2
otros agentes*	2

\**Streptococcus* Grupo A y *Streptococcus suis*

Respecto a la vacunación obligatoria por calendario, los pacientes con *H. influenzae* se encontraban correctamente vacunados, mientras que los pacientes con Meningococo no se encontraban en rango de edad con indicación de vacunación.

Para más información:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875#>



# **HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA**



## VIGILANCIA DE DENGUE EN CONTEXTO DE EVALUACIÓN DE LA CIRCULACIÓN VIRAL

La vigilancia de dengue en Argentina se realiza por temporadas que van desde la SE 31 de un año hasta la SE 30 del año siguiente. Ese criterio obedece a la epidemiología registrada hasta el momento de tratarse de un evento epidémico, con diferente magnitud y dispersión según la temporada, y que suele comenzar en verano para extinguirse en el otoño, por lo general antes del mes de junio. Hasta ahora, todas las temporadas tuvieron como característica el cese de la actividad de dengue en todo el territorio nacional antes de la SE 30. No obstante, en los últimos años epidémicos pudo observarse un aumento en la magnitud del evento (mayor número de casos), una mayor dispersión territorial registrándose recurrencia de brotes en localidades tradicionalmente asociadas a brotes de dengue, así como la emergencia de la enfermedad en localidades que no contaban con antecedentes de brotes previos. Lo que resta evaluar de manera sistemática en la temporada actual es la efectiva amplitud temporal de los brotes ocurridos y documentar la interrupción o no de la transmisión en las diferentes localidades afectadas.

Para eso es necesario contar con un sistema de vigilancia sensible pero también que brinde la especificidad necesaria para reconocer la circulación activa o su interrupción en los distintos lugares.

La presente circular define la modalidad de vigilancia, estudios de laboratorio e interpretación de resultados que deben regir en todas las zonas con presencia del vector desde la semana epidemiológica en curso.

### **Objetivos de la actual modalidad de vigilancia de dengue:**

Documentar la interrupción de la transmisión de dengue en zonas afectadas por la epidemia de 2023 y reconocer, si las hubiera, zonas con transmisión activa de virus Dengue.

### **Modalidad, notificación e interpretación:**

A partir de la SE29 la vigilancia de dengue en todo el territorio deberá seguir los mismos criterios aplicables a períodos inter-epidémicos, es decir, tomando en cuenta la necesidad de confirmar o descartar por laboratorio todo caso sospechoso (de la misma manera que se realiza la vigilancia en zonas con presencia del vector y sin circulación viral confirmada)..

Para ello deberá observarse estrictamente la definición de caso sospechoso:

#### *Caso sospechoso de dengue:*

- Toda persona que resida o haya viajado en los últimos 14 días a un área con circulación viral de dengue o presencia del vector; y
- Presente fiebre, de menos de siete (7) días de duración, sin síntomas de vías aéreas superiores (síndrome febril agudo inespecífico -SFAI) y:

Presente dos o más de los siguientes signos y síntomas (sin etiología definida): Náuseas/vómitos; exantema (erupciones cutáneas); mialgias, artralgias; cefalea/dolor retro ocular; petequias/prueba del torniquete positiva; leucopenia; anorexia, malestar general; diarrea; plaquetopenia;

o

Presente cualquier signo de alarma 1. Dolor abdominal intenso o dolor a la palpación del abdomen 2. Vómitos persistentes 3. Acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico) 4. Sangrado de mucosas 5. Letargo / irritabilidad 6. Hipotensión postural (lipotimia) 7. Hepatomegalia >2 cm 8. Aumento progresivo del hematocrito, o;

Presente cualquier criterio de gravedad: 1. Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma. 2. Choque evidenciado por: pulso débil o indetectable, taquicardia, extremidades frías y llenado capilar >2 segundos, presión de pulso  $\leq 20$  mmHg: hipotensión en fase tardía. 3. Sangrado grave: según la evaluación del médico tratante (ejemplo: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del sistema nervioso central [SNC]) 4. Compromiso grave de órganos, como daño hepático (AST o ALT  $\geq 1000$  UI), SNC (alteración de conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos-

Deberán seguirse los siguientes criterios para el diagnóstico y clasificación de los casos:

1. *Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:*

En este escenario TODO CASO SOSPECHOSO DEBE SER ESTUDIADO POR LABORATORIO y se debe procurar concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar la infección, privilegiando la toma de muestras tempranas para la aplicación de métodos directos (Antígeno NS1 o PCR) que serán los que con mayor certeza permitirán evidenciar circulación viral activa. Es importante recordar que la detección de anticuerpos IgM puede persistir por varios meses luego de una infección y será relevante, en esos casos, que se tome un par serológico para evaluar seroconversión de IgG para demostrar un cuadro agudo.

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

En este escenario todo caso sospechoso debe ser estudiado por laboratorio, pero no es necesario concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar el caso.

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

- Los casos con antecedentes de viaje dentro del país deberán estudiarse del mismo modo que en el Escenario 1.
- Los casos con antecedente de viaje fuera del país deberán cerrarse teniendo en cuenta el cuadro clínico, el antecedente epidemiológico y los datos de laboratorio. Por ejemplo, un caso con antecedente de viaje en el período de incubación a una zona con circulación viral activa de dengue, con un cuadro clínico sin signos de alarma ni criterios de gravedad y una prueba serológica positiva deberá cerrarse como un caso de Dengue con nexo epidemiológico y laboratorio positivo (no es necesario procurar confirmar la infección por laboratorio con métodos directos como PCR o indirectos como NT).

# DENGUE | Algoritmo de diagnóstico y notificación de dengue a través del SNVS<sup>2.0</sup>

Deberá notificarse un caso de Dengue Sospechoso en el SNVS<sup>2.0</sup> -en forma inmediata-, toda vez que un laboratorio obtenga o reciba una muestra para el estudio de infección por virus dengue. Si el laboratorio notificador no realizara el estudio, deberá derivarla al referente provincial a través del SNVS 2.0

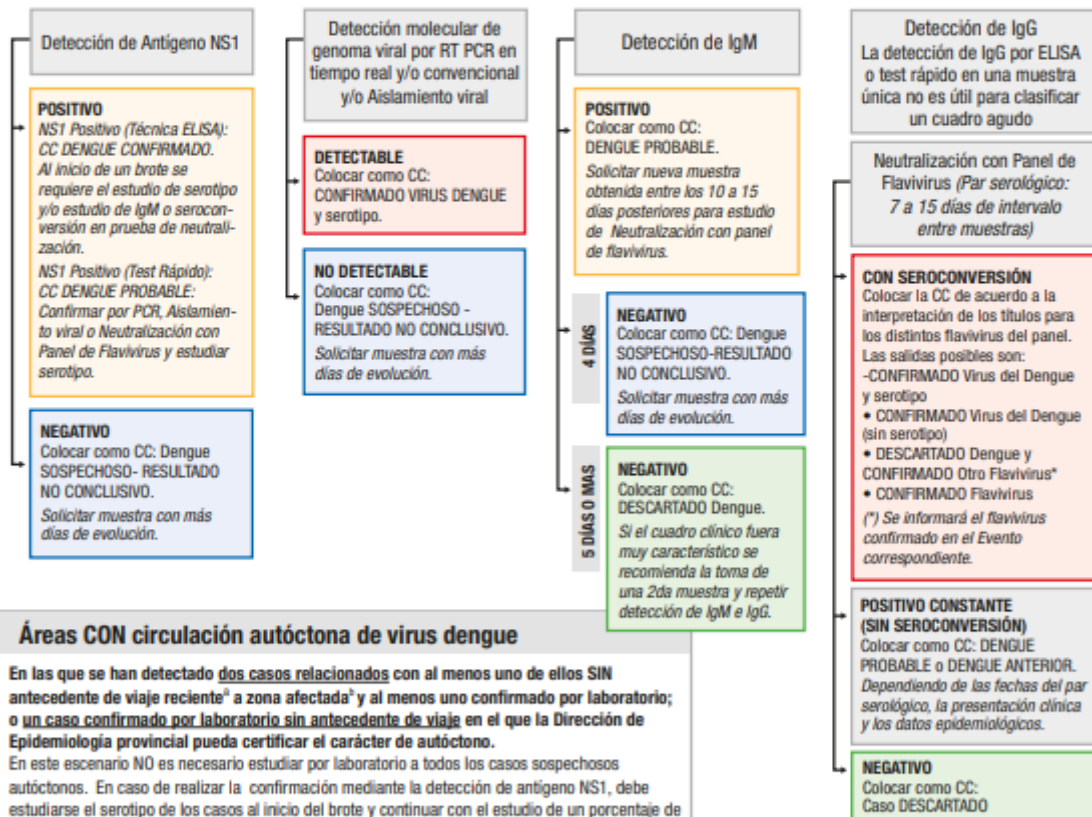
## CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MÉTODO DE DIAGNÓSTICO

Si la muestra es obtenida entre los 0 a 3 DÍAS de evolución desde el inicio de la fiebre estudiar por métodos directos (NS1, PCR, Aislamiento viral).

Si la muestra es obtenida entre los 4 a 6 DÍAS de evolución desde el inicio de la fiebre combinar un método indirecto (IgM) y al menos uno directo (NS1, PCR, Aislamiento viral).

Si la muestra es obtenida con 7 o MAS DIAS de evolución desde el inicio de la fiebre estudiar por métodos indirectos (IgM, Neutralización con Panel de Flavivirus).

## MÉTODO DE DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE CASO (CC)



### Áreas CON circulación autóctona de virus dengue

En las que se han detectado dos casos relacionados con al menos uno de ellos SIN antecedente de viaje reciente<sup>a</sup> a zona afectada<sup>b</sup> y al menos uno confirmado por laboratorio; o un caso confirmado por laboratorio sin antecedente de viaje en el que la Dirección de Epidemiología provincial pueda certificar el carácter de autóctono.

En este escenario NO es necesario estudiar por laboratorio a todos los casos sospechosos autóctonos. En caso de realizar la confirmación mediante la detección de antígeno NS1, debe estudiarse el serotipo de los casos al inicio del brote y continuar con el estudio de un porcentaje de los mismos, para su monitoreo y la vigilancia de la posible introducción de nuevos serotipos.

### Áreas SIN circulación autóctona de virus dengue

En este escenario TODO CASO SOSPECHOSO DEBE SER ESTUDIADO POR LABORATORIO y se debe procurar concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar la infección. No se recomienda la aplicación de test rápidos en estas áreas. No se recomienda el uso de tests rápidos en periodos interepidémicos, su uso estaría reservado para fortalecer respuesta diagnóstica en áreas con circulación comprobada.

En cualquier escenario epidemiológico TODO CASO SOSPECHOSO FALLECIDO o que presente criterios de DENGUE GRAVE o una clínica atípica debe ser estudiado por laboratorio.

(a) Se considera reciente haber estado dentro de los 15 días previos al inicio de los síntomas en zona afectada.  
(b) Se considera zona afectada aquella que presente circulación de virus dengue comprobada.

Área de Vigilancia de la Salud - Dirección de Epidemiología  
(011) 4379-9000 interno 4788  
notifica@msal.gov.ar



**Modalidad de notificación:** Inmediata ante la sospecha.

En la actual situación epidemiológica, por tanto:

- Ya no puede utilizarse la confirmación por nexo epidemiológico sino que deben estudiarse por laboratorio el 100% de los casos sospechosos.
- Deben realizarse acciones de control de foco ante todo caso sospechoso.
- Todas las localidades SIN casos confirmados por laboratorio durante dos períodos de incubación máximo (28 días) serán consideradas áreas en donde se ha interrumpido la circulación viral.
- Todas las localidades donde se registren dos o más casos confirmados por laboratorio, sin antecedente de viaje y con fecha de inicio de los síntomas en los últimos 14 días serán consideradas zonas con circulación viral activa.
- Se recuerda que un diagnóstico no realizado en la situación actual puede contribuir con una mala calidad de atención, ya que el valor predictivo positivo del diagnóstico sindrómico de dengue en el momento actual es bajo.
- Si no es posible realizar el diagnóstico en la jurisdicción deberán arbitrarse los medios dispuestos a través de la red nacional de laboratorios de dengue y otros arbovirus para lograr el diagnóstico de laboratorio que permita reconocer la situación epidemiológica de la localidad.
- Los datos críticos para la vigilancia epidemiológica que deben ser registrados en todo caso notificado al Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS2.0):
  - identificación correcta del ciudadano,
  - fecha de inicio de los síntomas recabada y registrada en el SNVS de manera correcta;
  - signos y síntomas compatibles con la definición de caso y datos de internación y condición de alta o egreso si correspondiera.,
  - datos de laboratorio completos, incluyendo fecha de toma y tipo de muestra.
  - Antecedentes de viaje dentro de los últimos 14 días.

En la actual situación epidemiológica es importante la toma de muestras tempranas para el estudio por métodos directos.

Por consultas sobre este material comuníquese con [epidemiologia@msal.gov.ar](mailto:epidemiologia@msal.gov.ar) con copia a [areavigilanciamsal@gmail.com](mailto:areavigilanciamsal@gmail.com).

## INSTRUCTIVO PARA LA NOTIFICACIÓN DE STREPTOCOCCUS PYOGENES

Se encuentra publicado [instructivo para la notificación de \*Streptococcus pyogenes\*](#) en su actualización julio 2023, para fortalecer a los equipos de salud dado cierto contexto de circulación. Se incorpora definición de caso más enlace al documento.

*Streptococcus pyogenes*, también conocido como Streptococcus del grupo A, es un grupo de bacterias Grampositivas que se pueden transportar en la garganta o la piel humana; es responsable de más de 500 000 muertes anuales en todo el mundo. La infección por estreptococos del grupo A comúnmente causa enfermedades leves como amigdalitis, faringitis, impétigo, celulitis y escarlatina. Sin embargo, en raras ocasiones, la infección puede conducir a la enfermedad invasiva, que puede causar condiciones potencialmente mortales.

El reservorio es el humano, formando parte de la flora normal. Las personas pueden ser portadoras asintomáticas.

La transmisión ocurre por contacto cercano con una persona infectada y puede transmitirse a través de la tos, los estornudos o el contacto con una herida.

El período de incubación para enfermedad varía de acuerdo a la presentación clínica entre 1 a 3 días. El tratamiento de las personas infectadas con un antibiótico durante 24 horas o más tiempo elimina por lo general su capacidad de propagación.

La faringitis se diagnostica mediante cultivos bacterianos y se trata con antibióticos. 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**, que puede causar condiciones potencialmente mortales, 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.

---

**Instructivo para la notificación de *Streptococcus Pyogenes* en el SNVS 2.0 –  
Julio 2023**

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/instructivo-para-la-notificacion-de-s-pyogenes-en-el-snvs-20>

---

## WEBINARIO: INFECCIONES ESTREPTOCÓCICAS: ABORDAJE Y SITUACIÓN ACTUAL EN ARGENTINA

Se realizó el 12 de julio un nuevo webinar del ESPACIO CAPS, ciclo de streaming organizado por la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria de la Secretaría de Equidad en Salud del Ministerio de Salud de la Nación. En esta ocasión, disertaron las doctoras Analía Rearte, directora Nacional de Epidemiología e Información Estratégica y Teresa Strella, directora Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles, sobre el abordaje y la situación epidemiológica de las infecciones estreptocócicas. Se encuentra disponible en la lista de reproducción de la Dirección de Epidemiología.

---

### Infecciones estreptocócicas: Abordaje y situación actual en Argentina

<https://www.youtube.com/watch?v=TyWbWWQaxbc&list=PLwad1oRGFEgAwFRdRqObLGtoE8u8IU3j-&index=11>

---

## IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA EPI-AR EN CHACO

Con el objetivo de fortalecer la capacidad de los equipos para detectar, investigar y responder a los eventos de importancia para la salud pública, durante la primera semana de julio se implementó en la provincia de Chaco el Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo y Acciones en Salud Pública (Epi-Ar) de Nivel Inicial. El mismo fue coordinado por las autoridades de salud provinciales en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación.

Epi-Ar surge a partir de los programas diseñados por los Centros para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (a través de su Programa de Capacitación en Epidemiología de Campo –FETP, por sus siglas en inglés–) y Tephinet (la Red de Programas de Capacitación en Epidemiología e Intervenciones de Salud Pública), tras su adaptación al ámbito local por el área de Capacitación, Desarrollo y Fortalecimiento de Recursos Humanos de la dirección nacional de Epidemiología.

Durante la primera semana de trabajo en Chaco, se abordaron temas como recolección de datos de vigilancia, definiciones de caso, bases de datos y reportes, calidad, análisis, visualización e interpretación de los datos, monitoreo y evaluación de la vigilancia. El programa de formación tiene una duración de 12 semanas, divididas en períodos de taller presencial y otros de trabajo de campo.

Este programa constituye una estrategia fundamental para el fortalecimiento de las capacidades del país en la detección y respuesta a riesgos para la salud pública. La edición anterior estuvo constituida por una prueba piloto del proyecto, realizada a fines del año pasado en la provincia de Buenos Aires. Esta segunda etapa, que inició en la ciudad de Resistencia, constituye la continuidad del mismo, con la implementación progresiva en las distintas jurisdicciones del país.



## 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