



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLOGICA

52



NÚMERO 634
AÑO 2022

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA



Ministerio de Salud
Argentina

AUTORIDADES

PRESIDENTE DE LA NACIÓN

DR. ALBERTO ÁNGEL FERNÁNDEZ

MINISTRA DE SALUD DE LA NACIÓN

DRA. CARLA VIZZOTTI

JEFA DE GABINETE

LIC. SONIA GABRIELA TARRAGONA

SECRETARIA DE ACCESO A LA SALUD

DRA. SANDRA MARCELA TIRADO

SUBSECRETARIA DE MEDICAMENTOS E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

DRA. NATALIA GRINBLAT

DIRECTORA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

DRA. ANALÍA REARTE

DIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA

MG. CARLOS GIOVACCHINI

CONTENIDO

Staff	1
SITUACIONES EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES	2
Viruela símica / Mpox	3
EVENTOS PRIORIZADOS	12
Vigilancia de Infecciones respiratorias agudas	13
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	42
ALERTAS EPIDEMOLOGICAS INTERNACIONALES	51
Alertas y actualizaciones epidemiológicas internacionales	52
Alerta Epidemiológica: Incremento de casos y hospitalizaciones por COVID-19 - 29 de diciembre de 2022.....	52
Actualización epidemiológica: Detección de poliovirus en aguas residuales. Consideraciones para la Región de las Américas 30 de diciembre de 2022.....	53
Fiebre amarilla - Región de África - 3 de enero 2023.....	53
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA	55
Recomendaciones para la prevención de infecciones respiratorias agudas en establecimientos de salud	56
Resolución 2827/2022: Actualización de las normas de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria	57
Calendario epidemiológico 2023.....	58

STAFF

Dirección de Epidemiología

Carlos Giovacchini	Juan Pablo Ojeda	María Pía Buyayisqui
Tamara Wainziger	Ignacio Di Pinto	Karina Martinez
Silvina Erazo	Guillermina Pierre	Ezequiel Travin
Sebastián Riera	Martina Meglia Vivarés	Dalila Rueda
Martina Iglesias	Camila Domínguez	Analí López Almeyda
María Belén Markiewicz	Paula Rosin	Laura Bidart
Luciana Iummato	Fiorella Ottonello	Mariel Caparelli
Leonardo Baldiviezo	Federico M. Santoro	Mariana Mauriño
Julio Tapia	Carla Voto	Georgina Martino
Silvina Moisés	Antonella Vallone	Alexia Echenique
Florencia Magalí Pisarra	Mariel Caparelli	Estefanía Cáceres
María Fernanda Martín Aragón	Irene Florencia Oks	Soledad Castell
Abril Joskowicz	Daniela Elena Guma	

Contribuyeron con la gestión y/o análisis de la información para la presente edición, además de los equipos de la Dirección de Epidemiología:

- Informe viruela símica: Adrián Lewis¹
- Informe infecciones respiratorias agudas: Elsa Baumeister y Andrea Pontoriero², Josefina Campos³.
- Informe arbovirosis: Alejandra Morales, Cynthia Fabbri y Victoria Luppó⁴

Imagen de tapa: Jornadas de capacitación de la Residencia de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación. Aportada por la Residencia de Epidemiología.

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

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

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

³ Plataforma de Genómica, ANLIS.

⁴ INEVH Dr. Carlos Maiztegui, Anlis-Malbran

SITUACIONES EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES

VIRUELA SÍMICA / MPOX

SITUACIÓN NACIONAL AL 04/01/2023

1.025

2

Casos confirmados reportados

Personas fallecidas en el país

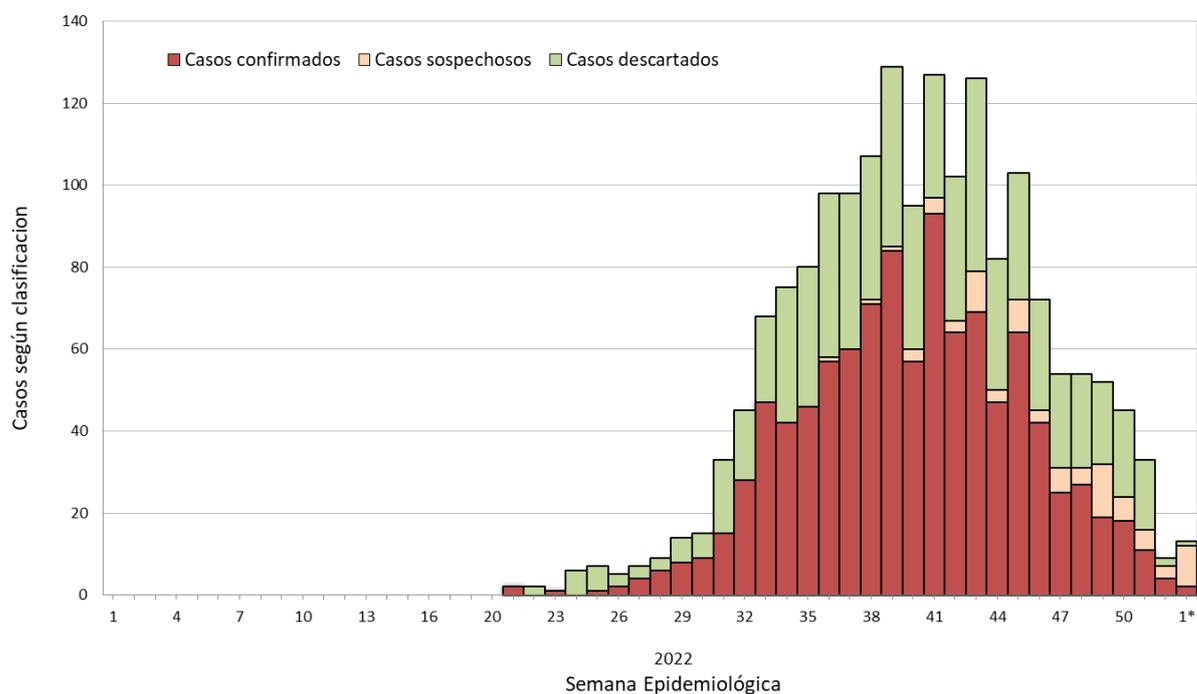
- ✓ Hasta el 4 de enero se confirmaron 1.025 casos en Argentina.
- ✓ El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 12,75 casos con un máximo de 19 en la SE49 y un mínimo de 4 en la SE52.
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 35 años con un mínimo de 0 años y un máximo de 78 años.
- ✓ El 98,14% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino (19 corresponden a sexo legal femenino, 4 de género trans y 15 de género cis).
- ✓ Se notificaron 2 fallecidos ambos presentaban factores de riesgo.
- ✓ Se han notificado casos confirmados en 16 jurisdicciones y sospechosos en 23.
- ✓ Los casos siguen concentrados en la región Centro, en grandes conglomerados urbanos (el 66% de los casos confirmados se registraron en residentes de la CABA y en conjunto con las provincias de Buenos Aires y Córdoba, concentran el 95%).
- ✓ Hasta el momento la población más afectada continúa siendo la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres y con el antecedente de relaciones sexuales con múltiples parejas sexuales.

Tabla 1. Viruela símica: frecuencia absoluta y relativa de notificaciones acumuladas según clasificación y provincia de residencia. Argentina al 04-01-23.

Provincia de residencia	Confirmado	Frecuencia relativa acumulada Confirmados	Sospechoso	Descartado	Total	Frecuencia relativa acumulada Total notificados
CABA	677	66,0	37	297	1011	56,89
Buenos Aires	274	92,8	27	266	567	88,80
Córdoba	23	95,0	3	30	56	91,95
Santa Fe	17	96,7	1	19	37	94,03
Tierra del Fuego	9	97,6	0	4	13	94,77
Río Negro	5	98,0		4	9	95,27
Mendoza	4	98,4	1	5	10	95,84
Santa Cruz	4	98,8	1	6	11	96,45
Neuquén	3	99,1	0	5	8	96,90
Chubut	2	99,3	0	7	9	97,41
Tucumán	2	99,5	10		12	98,09
Chaco	1	99,6	1	5	7	98,48
Corrientes	1	99,7	0	1	2	98,59
Jujuy	1	99,8	0	4	5	98,87
Salta	1	99,9	0		1	98,93
San Juan	1	100,0	0	4	5	99,21
Entre Ríos	0		1	2	3	99,38
Formosa	0			4	4	99,61
La Pampa	0		0	1	1	99,66
La Rioja	0		0	1	1	99,72
Misiones	0		0	3	3	99,89
San Luis	0		0	1	1	99,94
Santiago del Estero	0		0	1	1	100,00
Total general	1025		82	670	1777	

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

Gráfico 1. Casos de viruela símica según clasificación por semana epidemiológica de notificación. Argentina. SE1 a SE52 (2022) y SE 1 (2023)

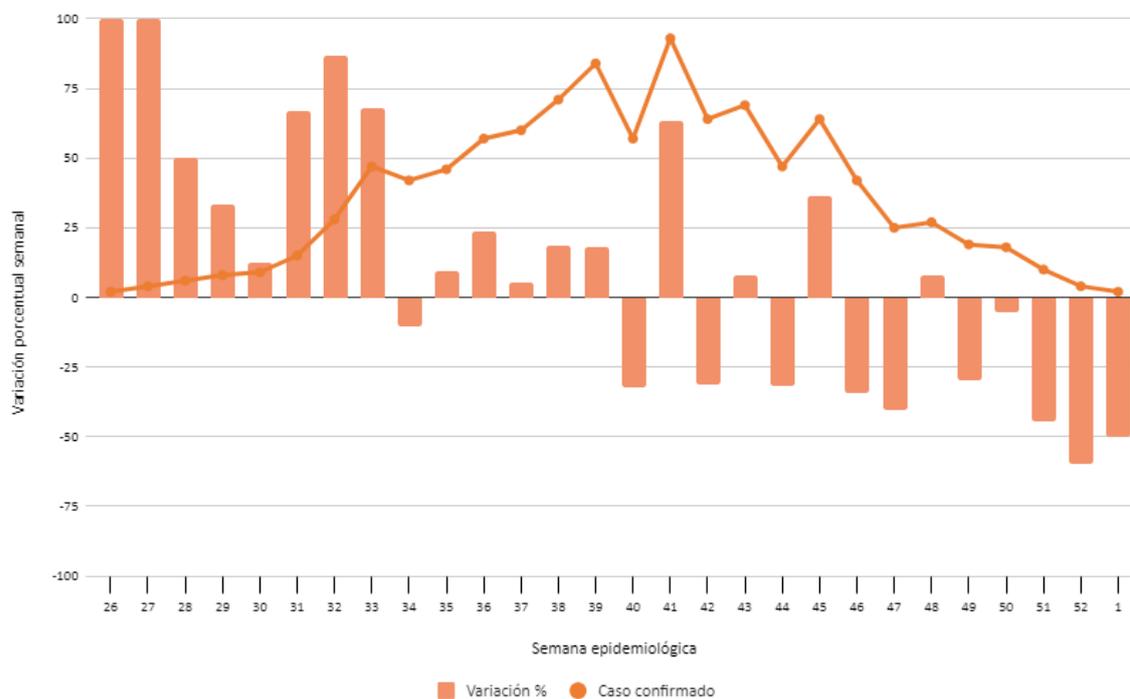


Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS^{2.0}

*SE 1 corresponde al año 2023 y se encuentra en curso.

El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 12,75 con un máximo de 19 en la SE49 y un mínimo de 4 en la SE52 (Gráfico 1). Se registra por onceava semana consecutiva un menor número de casos que en la semana en que se registró el pico (representado hasta ahora por la semana SE41) y una tendencia sostenida en descenso.

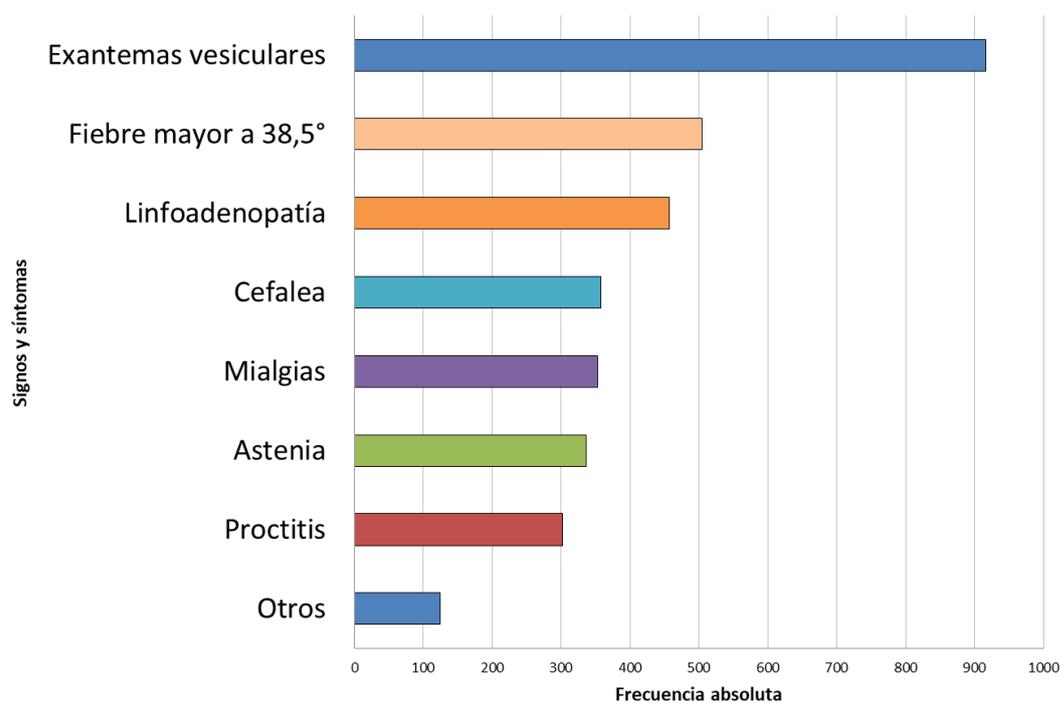
Gráfico 2. Variación respecto de la semana anterior y casos confirmados por semana epidemiológica. SE26 a SE52 (2022) y SE1 (2023)



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

Los casos confirmados hasta ahora en el país se caracterizaron principalmente por la presencia de exantemas vesiculares en diferentes localizaciones incluyendo genitales, perianales, manos, torso y cara, fiebre y linfadenopatías.

Gráfico 3. Viruela símica: frecuencia absoluta de signos y síntomas en casos confirmados (n=1.025). Hasta 04/01/2023

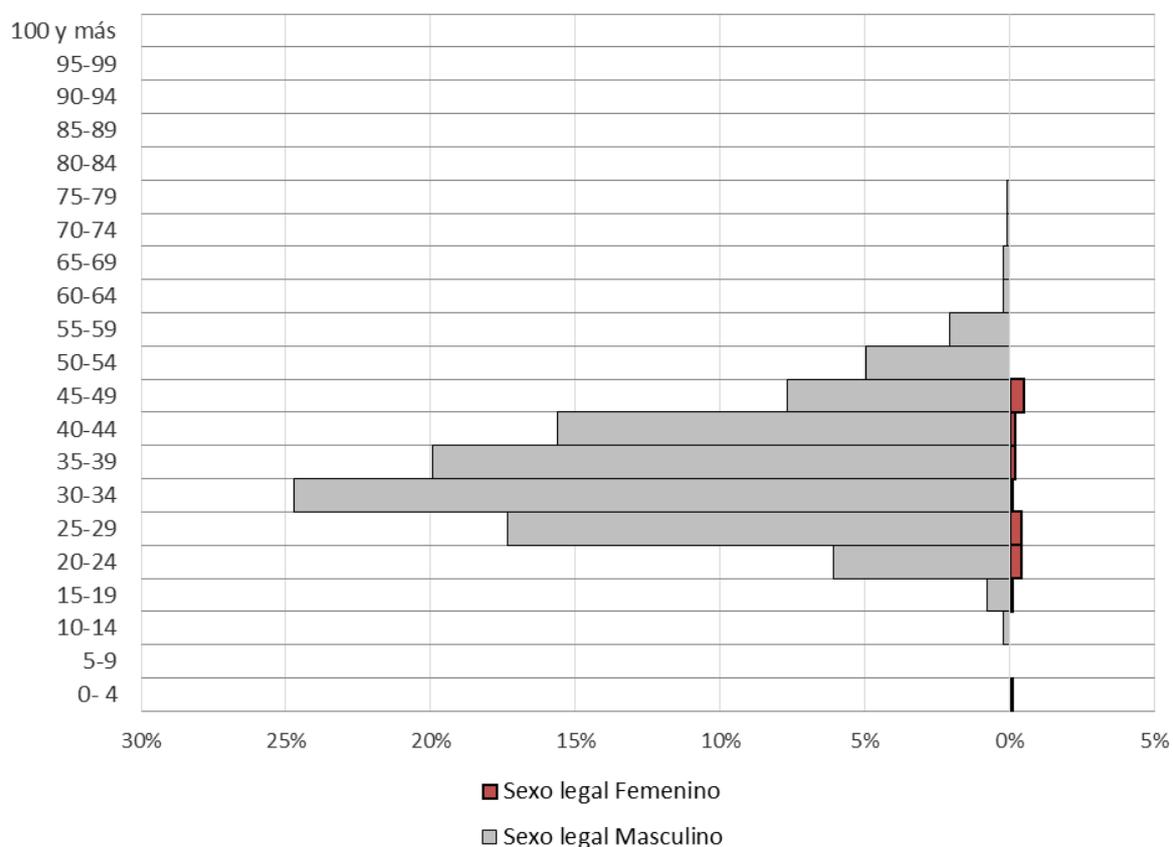


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0

El 98,14% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino y 19 de sexo legal femenino (4 mujeres de género trans y 15 mujeres de género cis).

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

Gráfico 4. Viruela símica: distribución de casos confirmados acumulados por grupo de edad y sexo legal. Argentina, hasta el 04/01/2023.



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

Hasta el momento la población más afectada continúa siendo la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres. No obstante, se recuerda que la viruela símica puede afectar a cualquier persona que entre en contacto con una persona enferma de viruela símica, principalmente si tiene contacto físico directo -como el contacto sexual-, o con materiales contaminados.

De los 1.025 casos confirmados, hasta el momento 68 refieren antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas. De los casos restantes, se cuenta con información disponible para 667 casos confirmados, para los que existe una distribución de antecedentes de contacto físico con casos sospechoso/confirmado/sintomático, contacto físico con viajero, relaciones múltiples/ocasionales.

Guía para el estudio y vigilancia epidemiológica de viruela símica en Argentina:

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

Ficha de notificación:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas>

SITUACIÓN INTERNACIONAL

83.974

Casos confirmados reportados a OMS

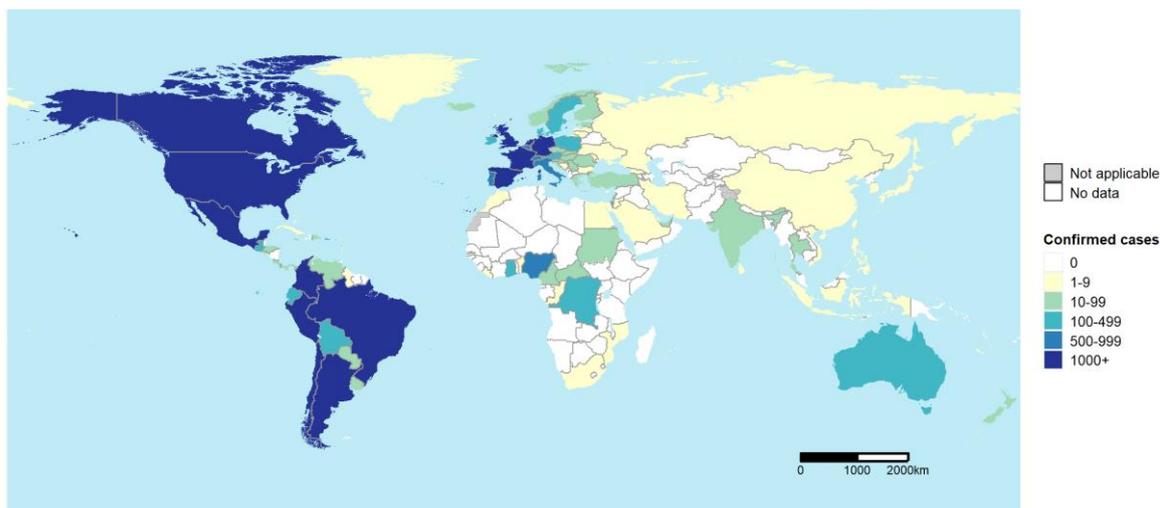
110

Países afectados

75

Personas fallecidas reportadas a OMS

Mapa 1. Distribución geográfica de casos de viruela símica reportados a OMS entre el 01/01/2022 y el 03/01/2023



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

Data Source: World Health Organization
Map Production: WHO Health Emergencies Programme
© WHO 2023. All rights reserved.

Fuente: [2022 Monkeypox Outbreak: Global Trends \(shinyapps.io\)](https://www.shinyapps.io/mpx_global/)

Tabla 2. Viruela símica: Casos notificados y fallecidos por Región de la OMS, al 03-01-2023

Región	Casos	Fallecidos
Región de África	1.200	15
Región de las Américas	56.694	53
Región del Mediterráneo Oriental	80	1
Región de Europa	25.736	5
Región del Sudeste Asiático	35	1
Región del Pacífico Occidental	229	0

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

Desde el 1° de enero de 2022 hasta el 03 de enero de 2023, se han registrado 83.974 casos de viruela símica confirmados en 110 países/territorios/áreas y 75 muertes distribuidas en cinco de las seis Regiones de la OMS.

El número de casos nuevos informados semanalmente en todo el mundo ha aumentado un 57% en la semana 1 del 2023 en comparación con la última semana del 2022; 4 países informaron un

aumento en el número semanal de casos, con el mayor aumento informado en Paraguay; 76 países no han informado nuevos casos en los últimos 21 días.

El 86% de los casos se concentra en 9 países: Estados Unidos, Brasil, Francia, Colombia, Alemania, Perú, México, Chile y Países Bajos.

El 96,6% de los casos con datos disponibles son de sexo masculino, la mediana de edad es de 34 años.

El 1% de los casos con datos sobre la edad se encuentran entre los 0 y 17 años, de los cuales el 0,3% poseen edades entre 0 y 4 años.

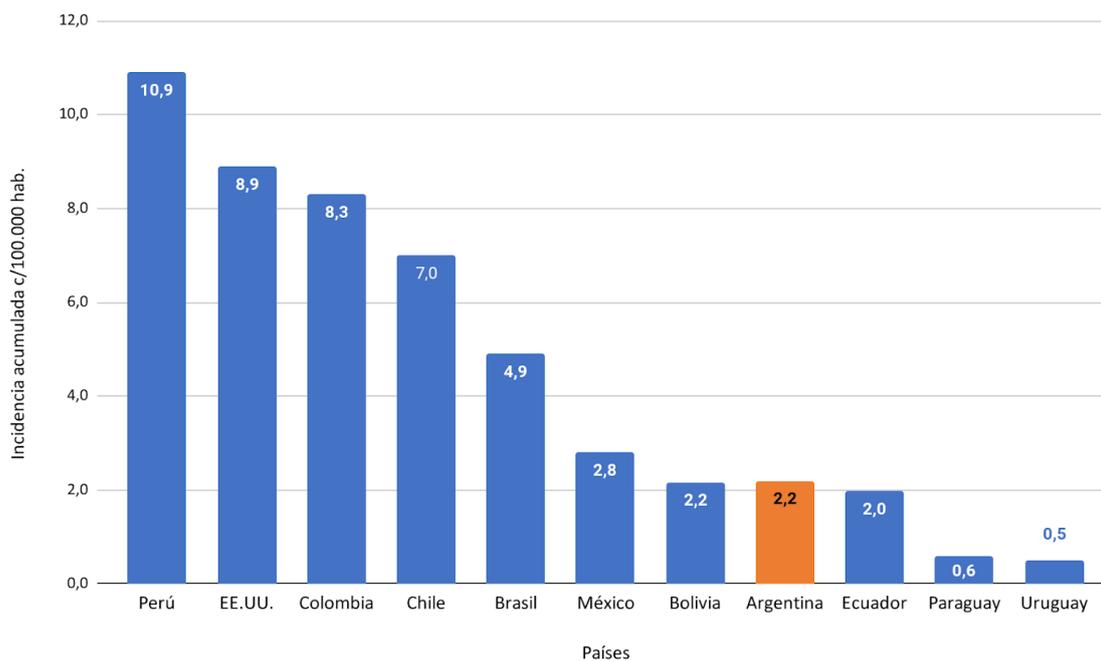
Entre los casos con orientación sexual reportados, el 84% (25.946/30.733) se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y entre ellos, el 6,3% se identificaron como bisexuales.

De todos los tipos probables de transmisión, los encuentros sexuales fueron la vía más frecuentemente reportada, con 14.629 de 21.164 (69%) de todos los eventos de transmisión reportados.

Entre los casos mundiales con estado de VIH conocido, el 48% (16.551/34.473) corresponden a casos VIH positivos. Se debe tener en cuenta que la información sobre el estado del VIH no está disponible para la mayoría de los casos, y para aquellos en los que está disponible, es probable que esté sesgada hacia los que informan resultados positivos de VIH.

El entorno de exposición más frecuente reportado a nivel mundial es el de fiestas con contactos sexuales (registrado en el 67% de los casos con datos para este indicador).

En cuanto a la situación regional, Argentina se encuentra entre los países con menor incidencia acumulada cada 100.000 habitantes. Brasil, Colombia, Perú, EE.UU, México y Chile presentan mayor cantidad de casos acumulados, pero a la vez, una incidencia acumulada mayor.

Gráfico 5. Incidencia acumulada cada 100.000 habitantes en países de la región al 04-01-23

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

Debido a la rápida propagación del virus en al menos 75 países y territorios, el día 23 de julio de 2022 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote actual de viruela constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005), motivo por el cual se insta a intensificar las medidas de vigilancia epidemiológica, identificar casos, y sus contactos e implementar las medidas de control. Disponible [aquí](#).

EVENTOS PRIORIZADOS



VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

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

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

Se prioriza el diagnóstico de COVID-19 ante casos sospechosos pertenecientes a los siguientes grupos:

- Personas mayores de 50 años
- Personas con condiciones de riesgo⁵
- Poblaciones especiales que residan, trabajen o asistan a ámbitos como instituciones carcelarias, instituciones de salud, centros con personas institucionalizadas, etc.
- Personas con antecedente de viaje en últimos 14 días a una región en la que esté circulando una variante de interés o de preocupación que no esté circulando en el país;
- Personas con enfermedad grave (internadas)
- Fallecidos y casos inusitados
- Investigación y control de brotes

En el presente informe se desarrolla el análisis del comportamiento de los Eventos de Notificación Obligatoria ligados a la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas: Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía, Bronquiolitis en menores de 2 años e Infección respiratoria aguda grave (IRAG), COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorios (en vigilancia universal), Internado y/o fallecido por COVID-19 o IRA, Monitoreo de SARS-COV-2 y OVR en ambulatorios (Unidades de Monitoreo Ambulatorio-UMA) y los casos estudiados por laboratorio para la detección de virus respiratorios bajo vigilancia en Argentina a partir de los datos registrados al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS2^{2.0}.

⁵ Diabetes, obesidad grado 2 y 3, enfermedad cardiovascular/renal/respiratoria/hepática crónica, personas con VIH, personas con trasplante de órganos sólidos o en lista de espera, personas con discapacidad, residentes de hogares, pacientes oncológicos con enfermedad activa, tuberculosis activa, enfermedades autoinmunes y/o tratamientos inmunosupresores.

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE LA SE 52/2022

72.558

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana 52. De estos, 24.664 corresponden a dicha semana considerando la fecha de inicio de síntomas o la fecha mínima del caso.

47

Fallecidos informados en la semana 52. De estos, 25 ocurrieron en dicha semana.

19,6%↓

Disminución de casos confirmados según la fecha mínima del caso⁶ en SE 52 respecto a la SE 51 (6.008 casos menos).

30,6%

De los casos confirmados en la SE 52 fueron registrados en el AMBA.

36,88%

Positividad para SARS-CoV-2 por RT-PCR en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 51.

4,94%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 51.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 52/2022

- ✓ Los casos de ETI registrados hasta la SE51 superan los casos registrados en años históricos. Asimismo, los casos de neumonía notificados durante el mismo periodo superan los registrados desde el año 2018 (SNVS2.0) y se asemejan a los registrados en 2016. Los casos de Bronquiolitis, en cambio, son inferiores a los registrados en los años pre-pandémicos.
- ✓ Entre la SE01-50 de 2022 se registraron 1.246.809 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 183.976 casos de Neumonía, 201.013 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 33.746 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ La positividad calculada para el periodo SE16- SE51 de 2022 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio para SARS-CoV-2, influenza y VSR entre las muestras analizadas por rt-PCR es de 20,29%, 22,94% y 3,40%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, desciende para influenza y VSR.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE 23-51 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 13,55%, 20,87% y 28,44%, respectivamente. Se observa un descenso de la positividad para influenza y para VSR, en comparación con la semana previa.

⁶ 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.

- ✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de influenza, VSR, parainfluenza y adenovirus.
- ✓ Hasta la SE 51 de 2022 se registraron 135 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

9.963.697

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 31 de diciembre de 2022.

130.171

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 31 de diciembre de 2022.

85,6%

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

47,8%

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

100%

De los casos investigados en vigilancia genómica de SARS CoV-2 corresponden a variante Ómicron. En cuanto a los linajes, entre la SE45-48 comienza a detectarse un mayor número de muestras positivas para Ómicron BQ.1.1, con algunos casos identificados de Ómicron XBB.1, BA.2, BA.4 y BA.5.

72,8%

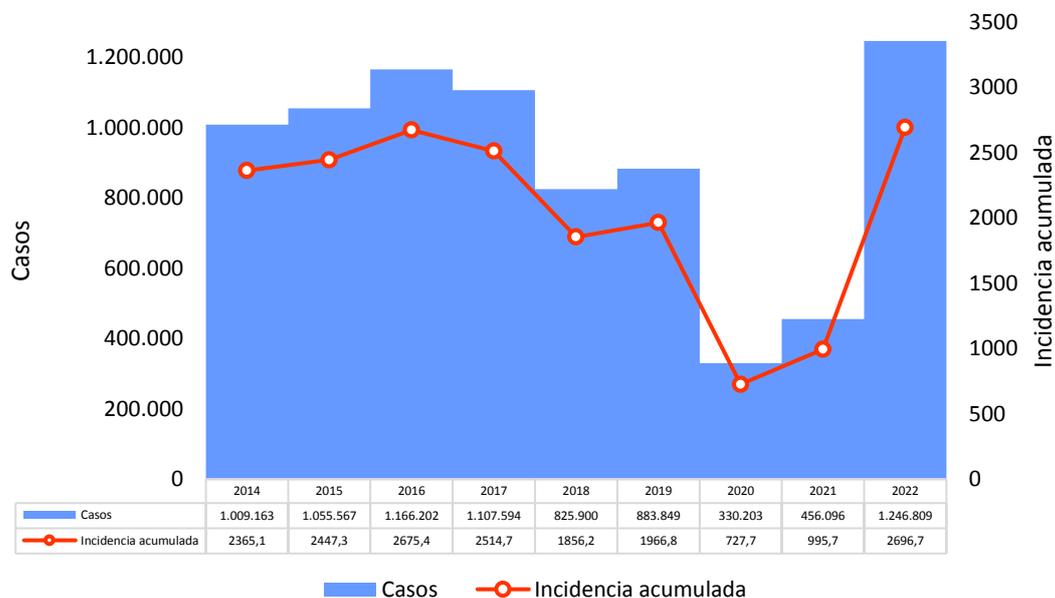
Es la cobertura del primer refuerzo en el grupo de 50 y más años.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre la SE01-50 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.246.809 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2696,7 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las mismas semanas de los últimos nueve años, se observa que en 2022 se registraron hasta la fecha un número de casos superior al año con el mayor número para el período que fue el 2016 (cuando se registraron 1.166.202).

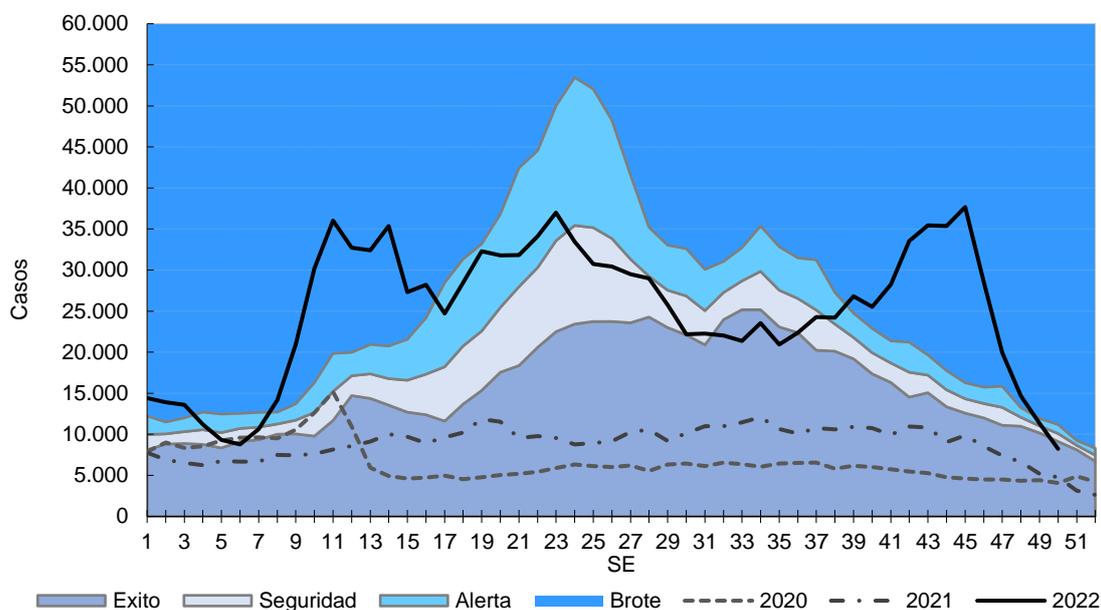
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 50 – Año 2014-2022 Argentina.



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 muestran un número de casos mayor a lo esperado encontrándose en las zonas de brote y alerta entre la SE07-24 y SE38-48, con el mayor número de casos registrado en SE23. A partir de la SE11 del año 2020 y durante el año 2021, se observa un descenso en las notificaciones con un comportamiento diferente del evento en relación a la estacionalidad de años previos.

Gráfico 2. Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-50 de 2022. Argentina.



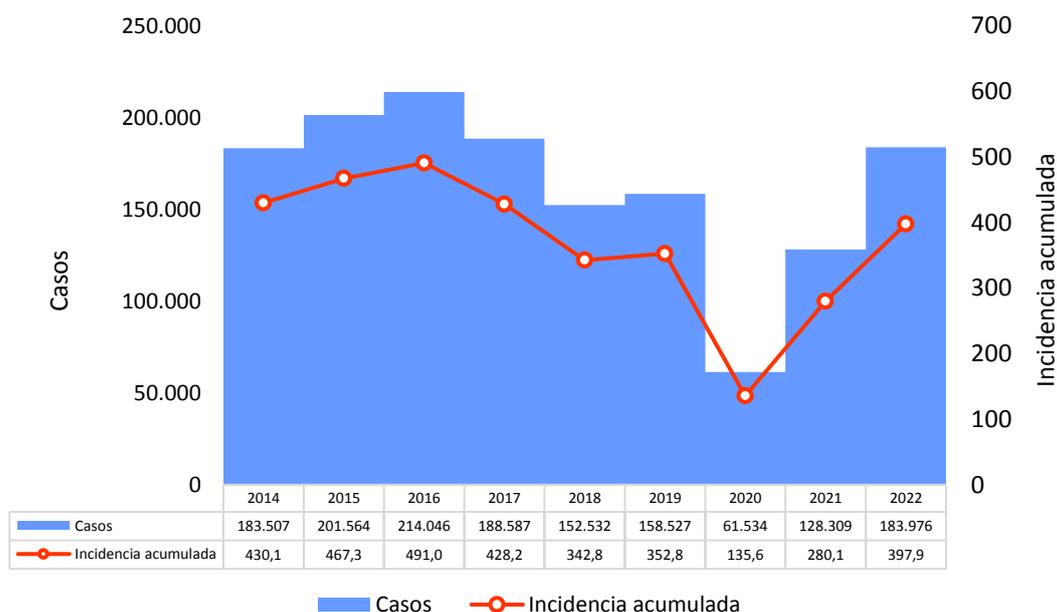
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

Entre la SE01- 50 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 183.976 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 397,9 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 50 semanas de los últimos nueve años se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron 2015 y 2016. En la presente temporada se verifica también un aumento en el número de casos, superando el registrado en los últimos 4 años para el mismo período.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a SE50 – Año 2014-2022. Argentina.⁷

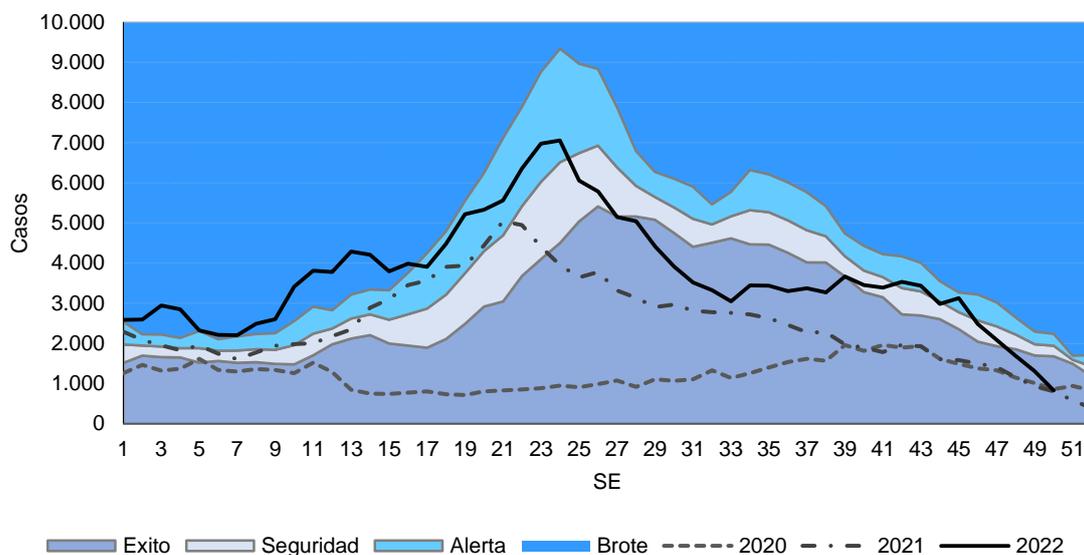


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS^{2.0}

Las notificaciones por semana muestran un número de casos mayor a lo esperado encontrándose entre las zonas de alerta y brote hasta la SE25, luego de la cual descienden. Entre las SE42-46 vuelve a situarse en la zona de alerta. A diferencia del año 2020 en el cual se observa un marcado descenso de los casos registrados. Durante el año 2021, los casos se encuentran en la zona de alerta entre las SE1-21 para luego descender por debajo de los límites esperados.

⁷ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las neumonías en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las neumonías en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

Gráfico 4. Neumonía: Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-50 de 2022. Argentina.



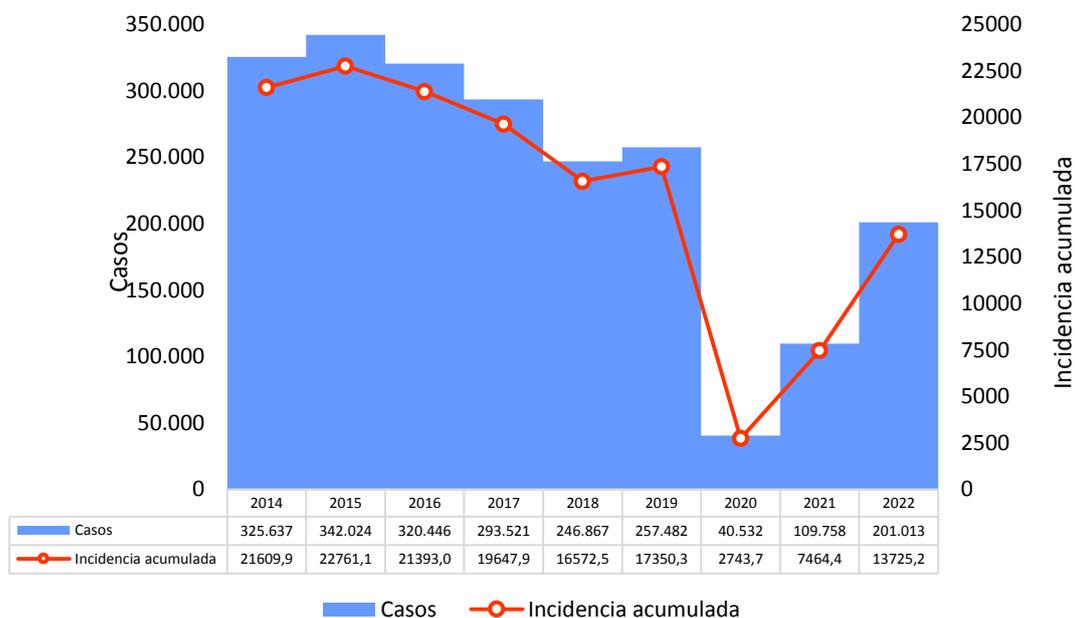
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS ^{2.0}

BRONQUIOLITIS

Entre las SE 0 y- 50 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 201.013 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 13725,2 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 50 semanas de los últimos nueve años muestra que los años con mayor número de notificaciones fueron 2014 y 2015, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019 respecto del año previo y con un número inusualmente bajo registrado para 2020 y 2021. Durante el año en curso, los casos registrados vuelven a incrementarse respecto de los dos años previos pero no llegan a los niveles de notificación alcanzados en todos los demás años de la serie.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 50 – Año 2014-2022 Argentina.⁸

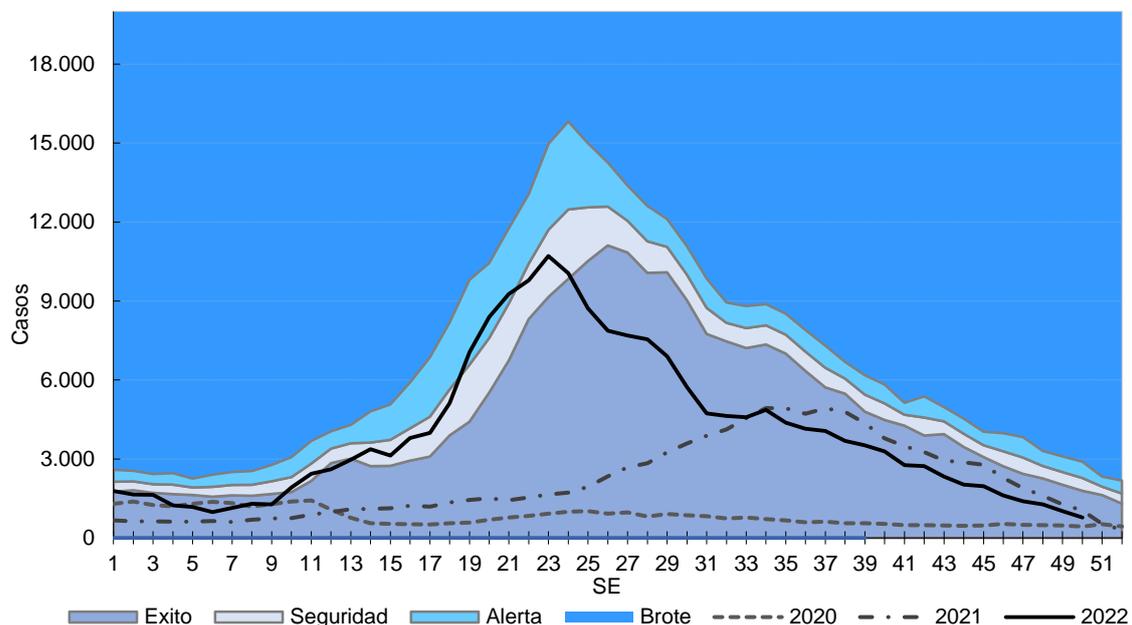


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0¹

Los casos por semana muestran un número de casos por debajo de lo esperado hasta la semana 10 luego de la cual entra en zona de seguridad y algunas semanas toca la zona de alerta, volviendo a situarse en zona de éxito a partir de la SE24. Este comportamiento muestra una estacionalidad similar a los años previos, a diferencia de los años 2020 y 2021 en los que el comportamiento de la notificación fue atípico (casi sin notificaciones en el año 2020 y con una frecuencia baja y desplazada a la derecha (segundo semestre del año) para el 2021).

⁸ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las bronquiolitis en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las bronquiolitis en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

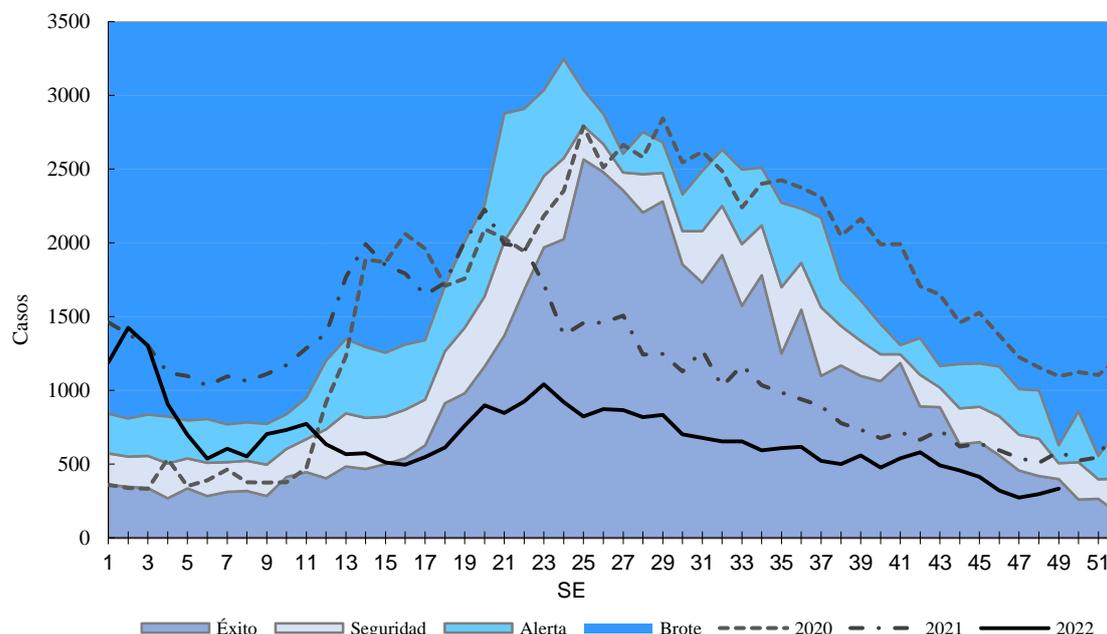
Gráfico 6. Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-50 de 2022. Argentina.



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

Los casos de IRAG por semana se muestran en la zona de alerta y brote hasta la SE12 para luego descender por debajo del límite esperado. Para el año 2020 se observa un ascenso a partir de la SE11 encontrándose en las zonas de alerta y brote la mayoría de las semanas del año. Durante el año 2021 las notificaciones se mostraron mayor a los límites esperados hasta la SE23 para luego descender a la zona de éxito hasta la SE46, posterior a la cual se observa un nuevo ascenso en el número de casos.

Gráfico 7. Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-50 de 2022. Argentina.



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

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

A continuación, se presentan datos registrados hasta la SE 51 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 15.537, 9.029 y 7.392 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente. El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 por PCR se mantuvo en valores inferiores al 10% hasta la SE19, llegó a un 33,04% en SE24, a partir de la cual -si bien con fluctuaciones- se mantuvo entre 26,06 % y 36,98% (en sus valores mínimo y máximo) hasta la SE31, a partir de la cual desciende hasta SE43. A partir de la SE 44 y en contexto de incremento de casos de COVID-19, se observa un nuevo aumento en la proporción de positividad en las UMAs alcanzando un 36,88% en SE51. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE16-17, con valores por debajo de 10% hasta SE35. Entre las SE36-44 se registra un nuevo ascenso en la positividad para influenza, alcanzando un 54,82% en SE44, con un descenso posterior a partir de SE45, siendo de 4,94% en la SE51. El porcentaje de positividad para VSR se mantuvo en valores por debajo del 10% con oscilaciones entre 0,30% y 8,72% siendo de 0,53% en SE50, no registrándose casos a la fecha en SE51. En casos ambulatorios desde la SE45 se observa un

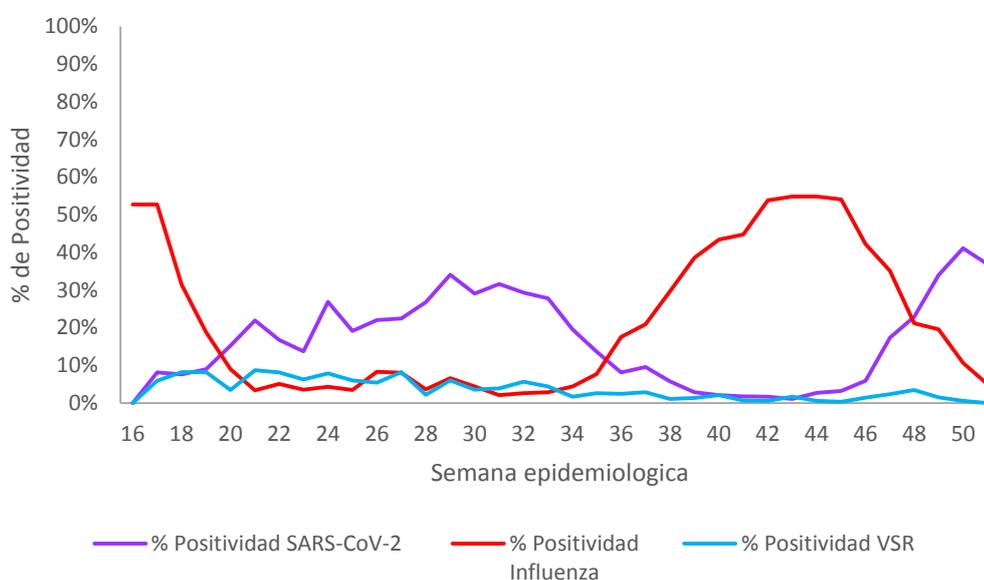
descenso en la positividad para influenza y un concomitante ascenso de la proporción de positividad para SARS COV 2 (Gráfico 8 y Tabla 1).

Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16-51 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.⁹

	Última semana			SE16 – SE51		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	5.515	3.042	55,16%	114.486	33.358	29,14%
SARS-CoV-2 por PCR	404	149	36,88%	15.537	3.152	20,29%
Influenza	162	8	4,94%	9.029	2.071	22,94%
VSR	105	0	0,00%	7.392	251	3,40%

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

Gráfico 8. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16-51 Año 2022.¹⁰



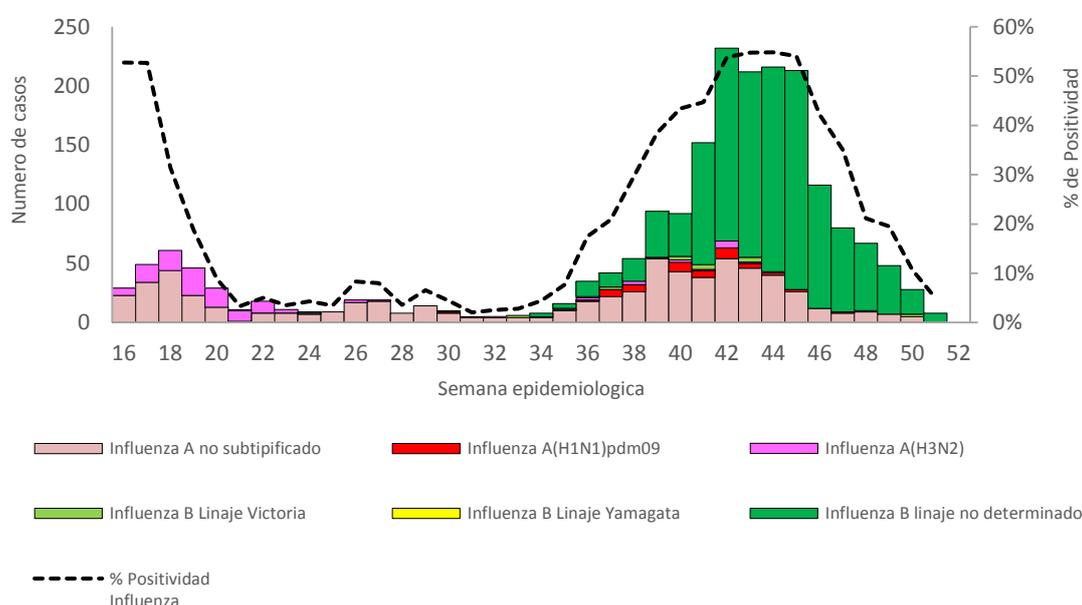
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

⁹ Se debe considerar para la interpretación de los porcentajes que el número de muestras notificadas en la última semana es aún escaso y se actualizará a la medida que se registre nueva información al SNVS.2.0.

¹⁰ Corresponde a las muestras analizadas para SARS-CoV-2, influenza y VSR por PCR. En SE16 se registran 2 muestras para VSR, 1 con resultado positivo y 1 con resultado negativo. Para mejor interpretación de la positividad de virus respiratorios, no se incluyen en este gráfico

En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=2.071), 840 (40,57%) fueron positivas para Influenza A y 1.231 (59,43%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 171 muestras cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A (H3N2) (n=122) e Influenza A (H1N1) pdm09 (n=49). Como puede observarse en el Gráfico 9 desde el comienzo de la implementación de UMAs y hasta la SE29 se registró circulación de A (H3N2). A partir de la SE30 se registran casos de A (H1N1). Entre las SE33-51 nuevamente se registran casos de virus influenza B, de los cuales 20 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 1.211 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje. En casos ambulatorios, entre las SE41-51, se observa un predominio de las detecciones de influenza B en relación a influenza A.

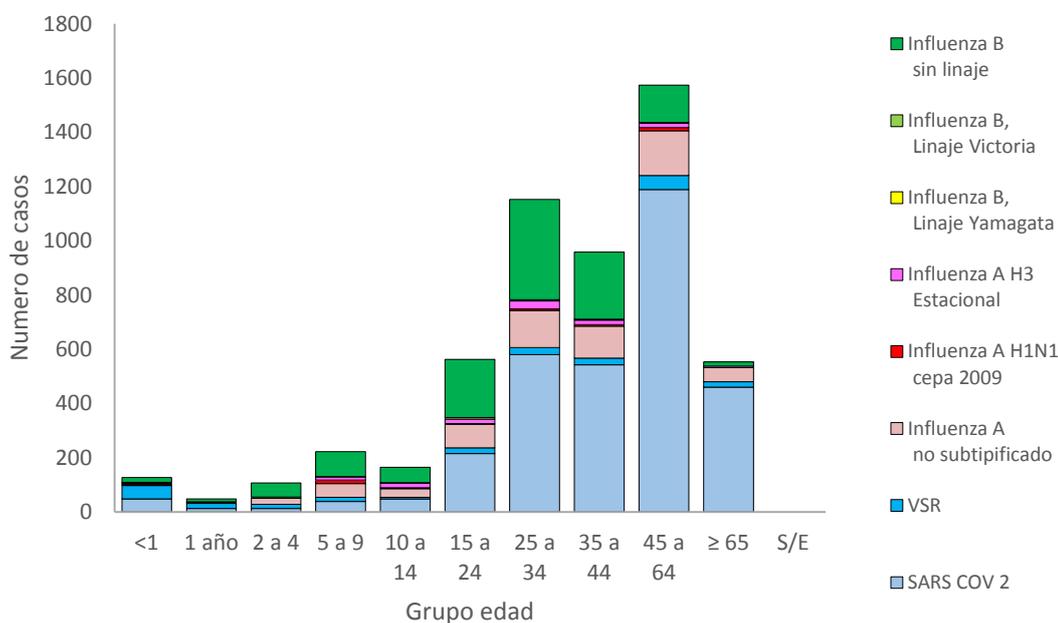
Gráfico 9. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-50 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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

Los casos de influenza se detectan en todos los grupos de edad, con el mayor número de muestras positivas en el grupo de 25-34 años y 35-44 años. Las muestras positivas para VSR también se registran en todos los grupos de edad, principalmente en los menores de 1 año y en el grupo de 45-64 años (Gráfico 10).

Gráfico 10. Distribución absoluta de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados a SE 50 de 2022. 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 SNVS².

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

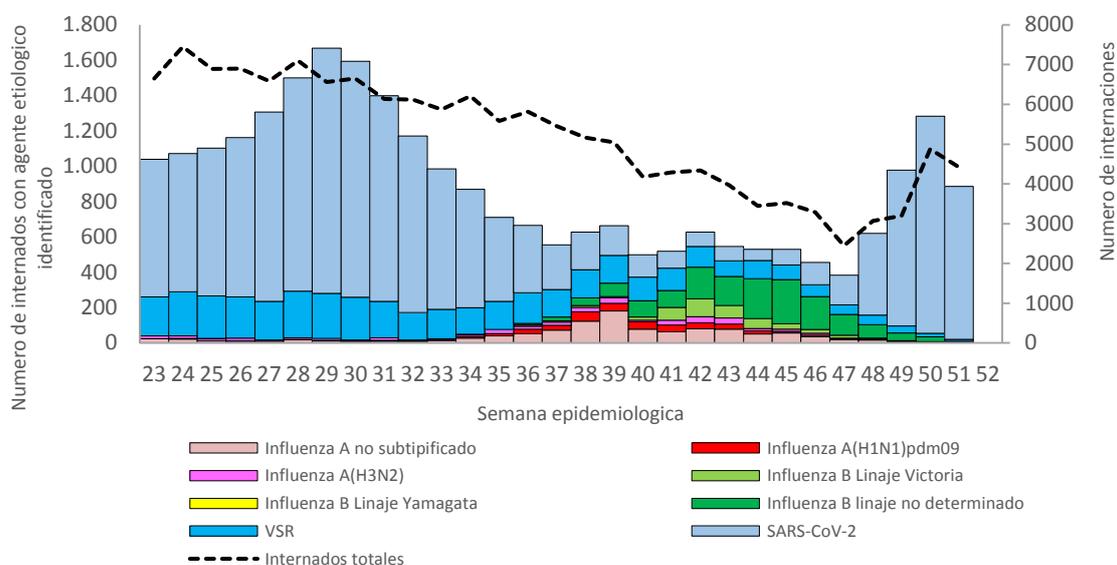
Entre la SE23-51, se notificaron 130.413 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 17.684 fueron positivas (porcentaje de positividad 13,55%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 18.970 muestras para virus influenza con 3.960 detecciones positivas (porcentaje de positividad 20,87%). De las mismas 1.901 fueron influenza A y 2.059 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 762 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 387 (50,79 %) son influenza A (H3N2) y 375 (49,21%) son influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 1.623 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 436 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 15.136 muestras estudiadas para VSR registrándose 4.305 con resultado positivo (porcentaje de positividad 28,44%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS 2.0 en SE 51 desciende respecto a la semana previa (variación de - 0,093%).

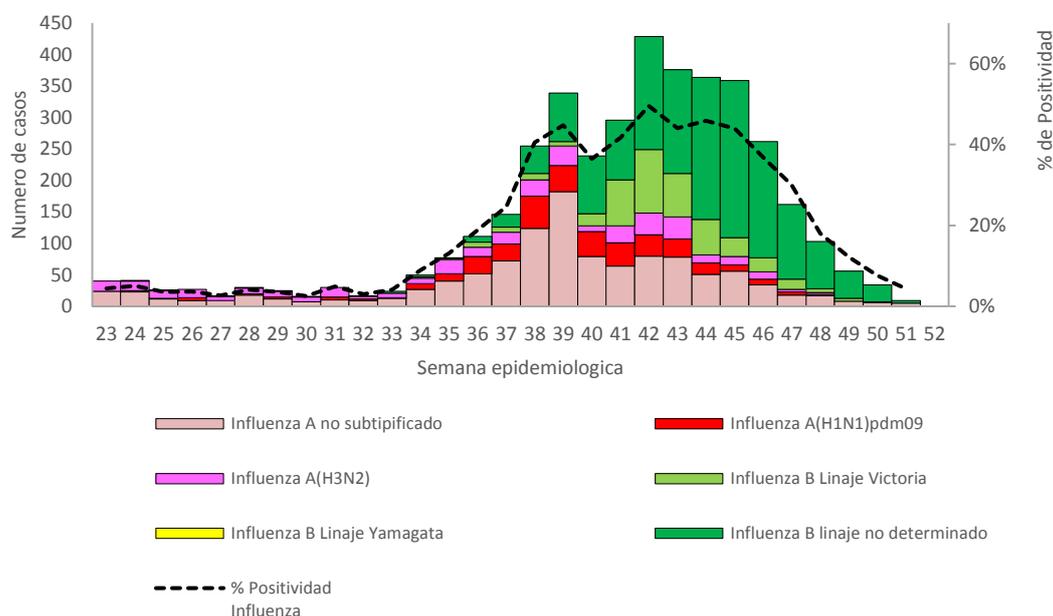
Gráfico 11. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23-51 Año 2022



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

En relación a la distribución temporal de virus influenza en casos hospitalizados, desde el inicio de la estrategia se registran casos de influenza A (H3N2) y A (H1N1). En relación a los virus influenza B, se identifican casos aislados de influenza B sin linaje hasta SE33, a partir de SE34 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 13,13% a 49,54%, con una disminución a partir de SE45, situándose en 4,36% en SE51. Desde la SE45, en casos hospitalizados el porcentaje de positividad para influenza disminuye, mientras la positividad calculada para SARS CoV2 se encuentra en ascenso. Entre las SE41-51, se observa un predominio de influenza B en relación a influenza A.

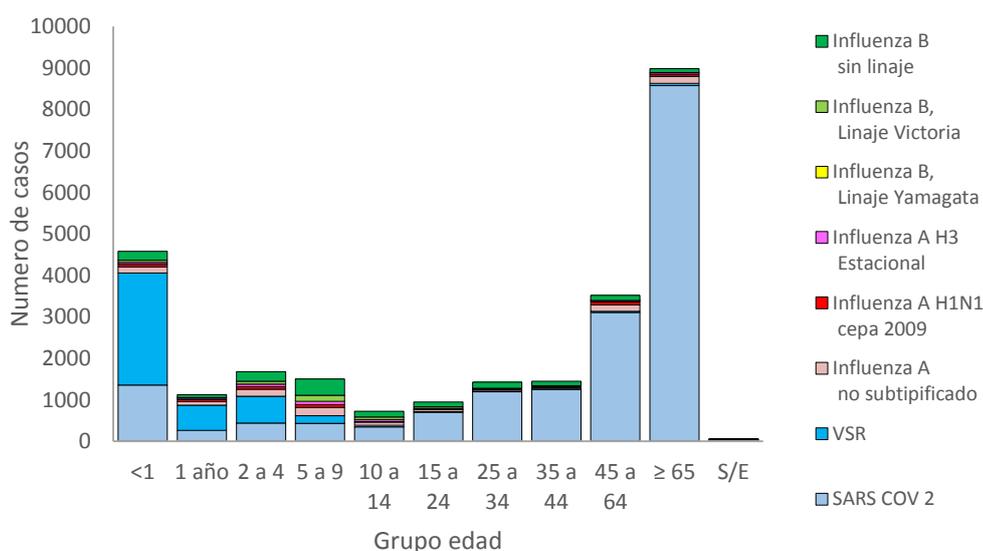
Gráfico 12. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE16-51 Año 2022. Argentina.



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

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

Gráfico 13. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23-51 de 2022. Argentina.



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

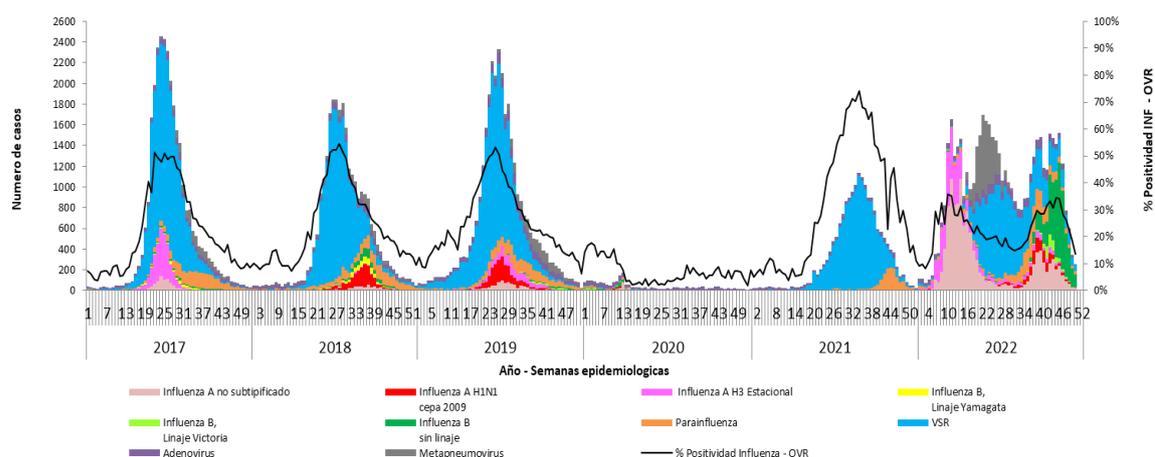
Hasta la SE 51 de 2022, se registraron 135 casos fallecidos con diagnóstico de influenza¹¹.

VIGILANCIA UNIVERSAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS

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

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

Gráfico 14. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2021. SE01-SE50 2022

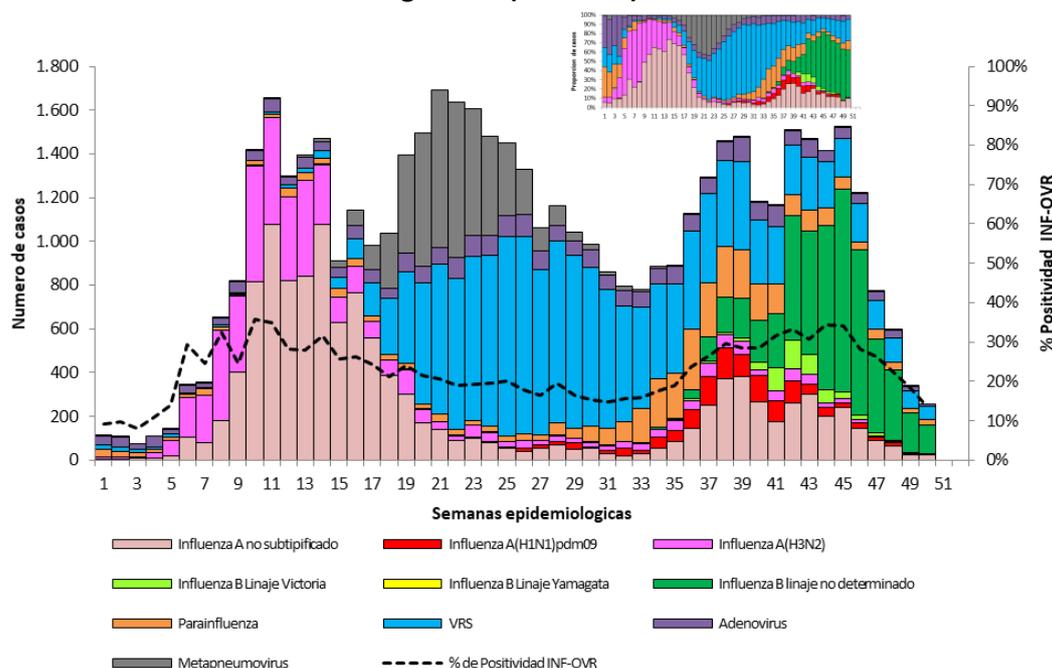


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En la SE50 se detecta circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: influenza, VSR, parainfluenza y adenovirus. Se destaca la circulación intensa de influenza durante el verano y el nuevo ascenso experimentado entre las SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A(H1N1) e Influenza B así como la frecuencia absoluta y relativa de metapneumovirus entre las semanas 16 y hasta la 26.

¹¹ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, hasta SE22 se considera la fecha de apertura del caso. A partir de la SE23 y en concordancia con el cambio de la estrategia de vigilancia de virus respiratorios se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

Gráfico 15. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01- SE50 de 2022. Argentina. (n=51.361)

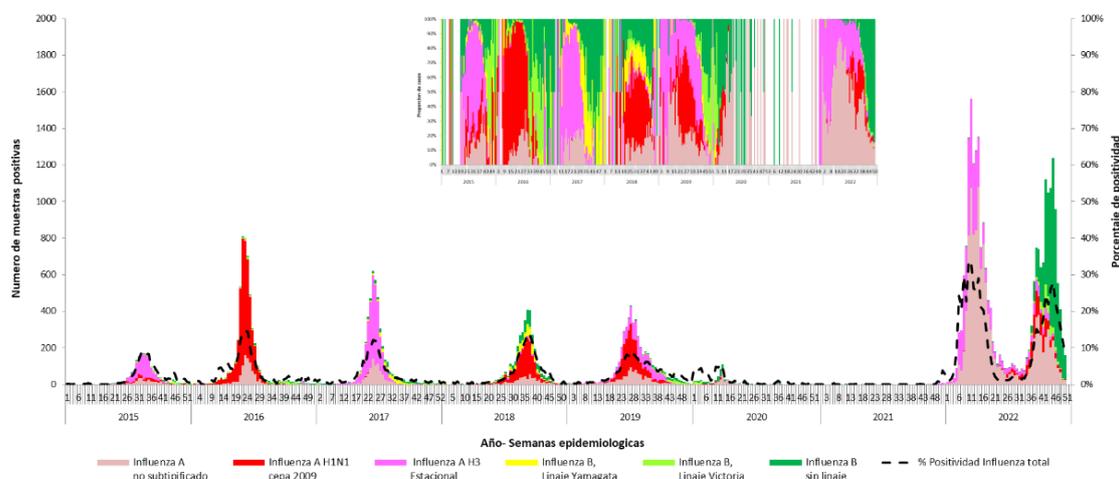


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

A partir de las últimas semanas del año 2021 y entre las SE 03-14 del año 2022 se registra un importante aumento en el número de casos de virus influenza a expensas de Influenza A (H3N2) con un descenso posterior a partir de la SE16 pero con una circulación ininterrumpida. A partir de SE34 y hasta la SE45, se detecta nuevamente un aumento en el número de casos destacándose la co-circulación de influenza A (H1N1), A (H3N2) e influenza B. En las 5 últimas semanas del periodo analizado se observa una disminución de los casos.

Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados la proporción de positividad para influenza se sitúa en 8,48% durante la SE50.

Gráfico 16. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica, SE 01 de 2015 a SE50 de 2022. Argentina.



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

VIGILANCIA DE COVID-19

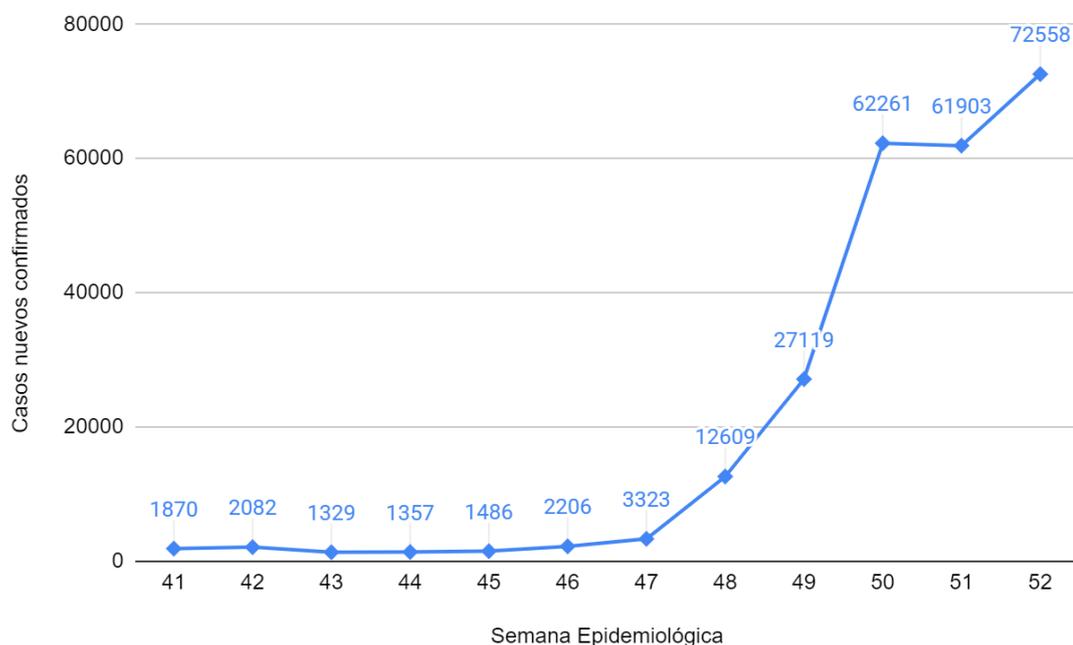
En Argentina, durante la SE 52 se confirmaron 72.558 casos de Covid-19 y 47 fallecimientos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Desde el inicio de la pandemia hasta el 31 de diciembre de 2022, se notificaron 9.963.697 casos confirmados de Covid-19 y 130.171 fallecimientos.

Los nuevos casos confirmados de COVID-19 se actualizan semanalmente en Monitor de datos disponible en la web del Ministerio de Salud de la Nación¹². Los casos nuevos corresponden a aquellos que han sido confirmados o notificados durante la última semana, e incluyen casos que pueden haber sido diagnosticados en semanas previas dado el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención, diagnóstico y notificación.

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

¹² <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>

Gráfico 17. Casos nuevos confirmados por semana epidemiológica según monitor público de datos. SE 41/2022 a SE 52/2022, Argentina.



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

Para el análisis de la tendencia de los casos se utiliza como variable temporal la fecha de inicio del caso¹³. Considerando dicha fecha, en la SE 44 se experimenta una interrupción del descenso sostenido del número de casos que llegó a menos de 1.000 casos registrados entre las SE43 y SE44. Desde ese momento se verifica un cambio de tendencia con aumento progresivo del número de casos, aumentando entre una semana y la siguiente. Según datos de la semana 52, se registró un aumento de 56% en la SE45 (respecto de la 44), 66% en la SE46 (respecto de la SE45) y 98% en la SE47 (respecto de la SE46). En la SE 48 se registró un aumento abrupto de 332% (respecto a la SE47), en la SE 49 el aumento fue de 95% (respecto a la SE 48), en la SE 50 el aumento fue de 59% (respecto a la SE 49) y hasta el momento, para la semana 51 se registra un aumento de los casos de 15% (respecto a la SE 50) y para la semana 52 una disminución de los casos de 20% respecto a la semana previa (disminución de 6.008 casos) con un total de 24.664 casos confirmados. Sin embargo, los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

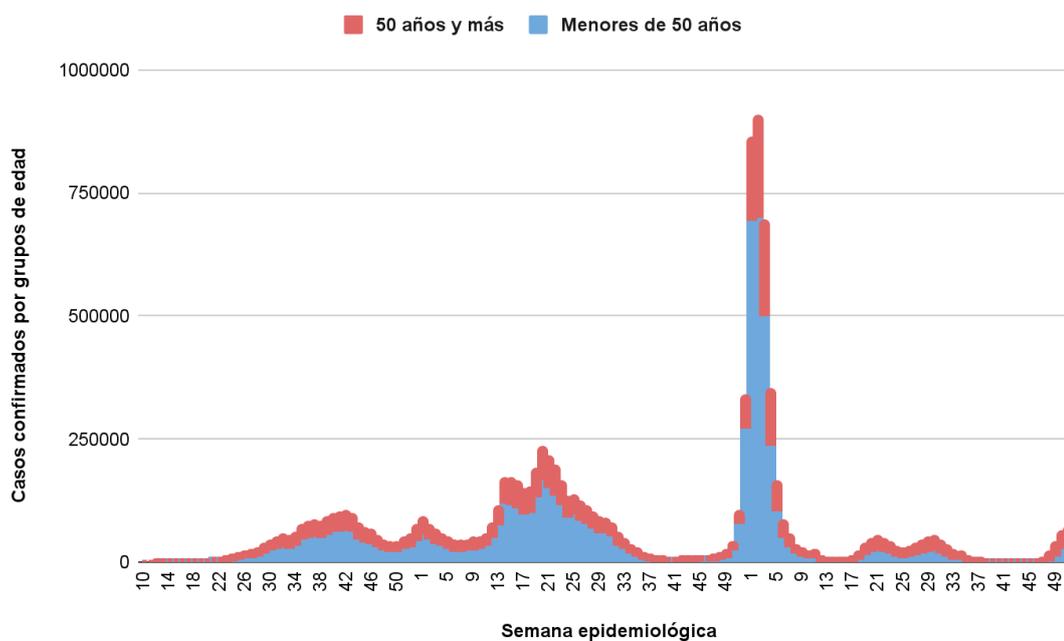
En el 27,4% de los casos confirmados en la SE 52 (n=19.910) el diagnóstico fue realizado por autotest.

En la SE 52, la región que presentó más casos en todo el país (n=10.057) fue la Región Centro (sin AMBA), que registró una disminución de 13% en relación a la semana previa. La región que registró un mayor aumento fue Cuyo con un incremento de 44% (1.285 casos) y la región donde más disminuyeron fue AMBA con un descenso de 40% (7.796 casos). En la última semana en 9

¹³ 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.

jurisdicciones aumentaron los casos, sin embargo en ninguna el aumento fue mayor al 100%. El mayor aumento se registró en San Luis (81%) y San Juan (63%). Si bien el número de casos totales por semana está muy lejos de los momentos de mayores registros en las olas previas de COVID registradas, el aumento de las últimas semanas resulta acelerado.

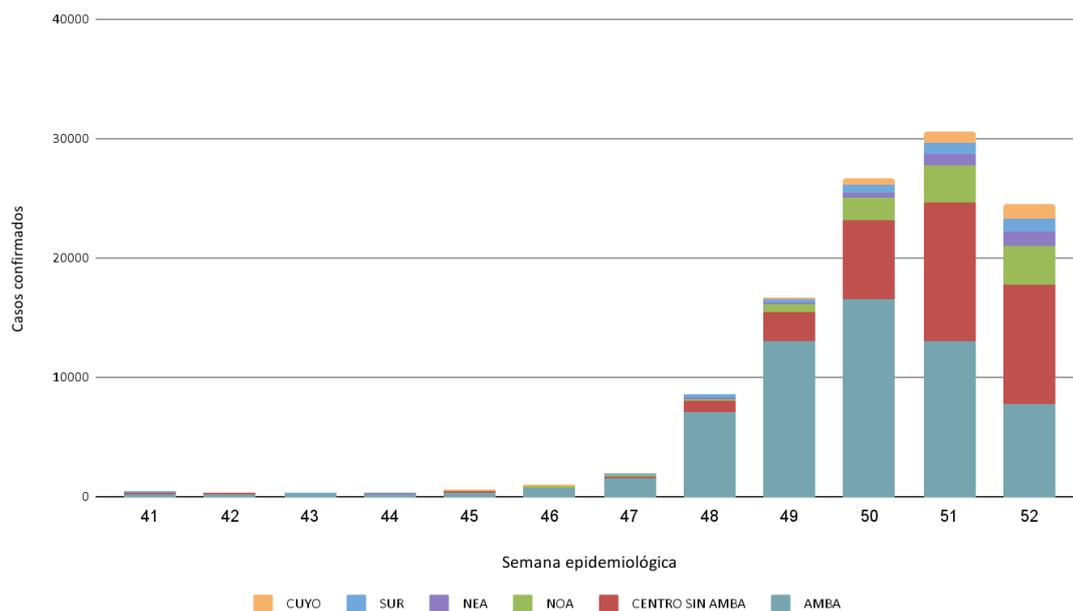
Gráfico 18. Casos confirmados por semana epidemiológica¹⁴ según grupo de edad. SE 10/2020 - SE 52/2022, Argentina.



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

¹⁴ La semana utilizada es la semana de inicio del caso según las especificaciones indicadas. Se muestran los datos a semana cerrada. Las últimas semanas están sujetas a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

Gráfico 19. Casos confirmados en población general por semana epidemiológica según región del país. SE 41/2022 - SE 52/2022¹⁵, Argentina.

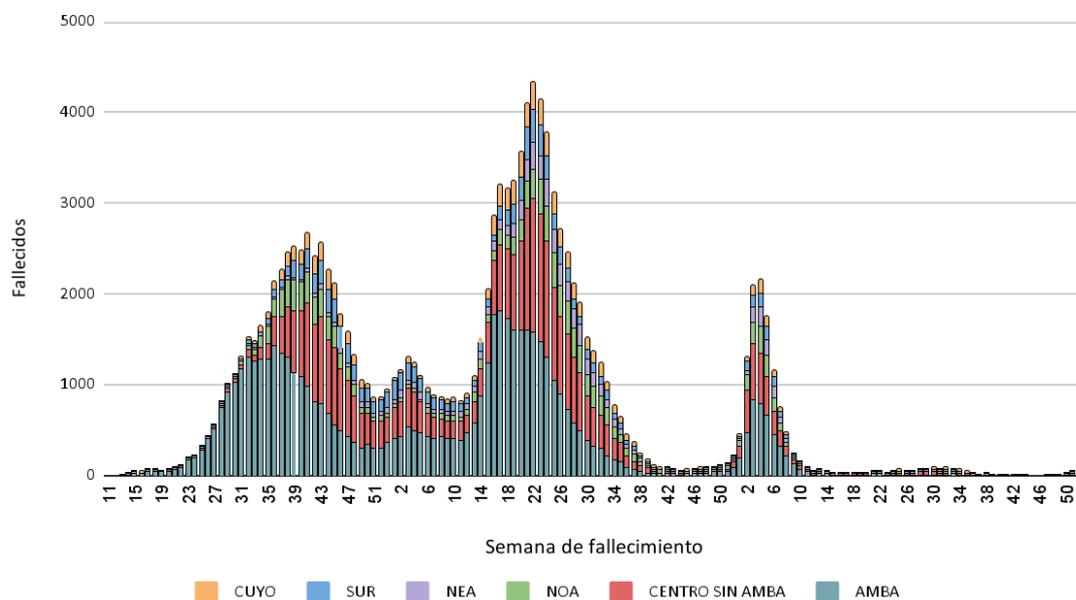


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS^{2.0}.

En cuanto a casos fallecidos, en la SE 52 fueron informados 47 fallecimientos, de los cuales 25 ocurrieron en dicha semana y correspondieron a residentes de: CABA (7), Buenos Aires (5), Salta (3), Río Negro (2), Catamarca (1), Chaco (1), Chubut (1), Córdoba (1), Entre Ríos (1), Formosa (1), Santa Cruz (1) y Santa Fe (1). Según la fecha de fallecimiento, se registra un aumento de 10 fallecimientos en la SE 51 respecto a la SE previa, según datos de la SE 52. La mediana en las últimas 12 semanas es de 8 casos fallecidos por semana, con un máximo de 52 en la SE 51 y un mínimo de 1 en la SE 46. Se destaca que desde la SE 12/2022 se observa la cantidad de fallecidos por semana más baja desde el comienzo de la pandemia.

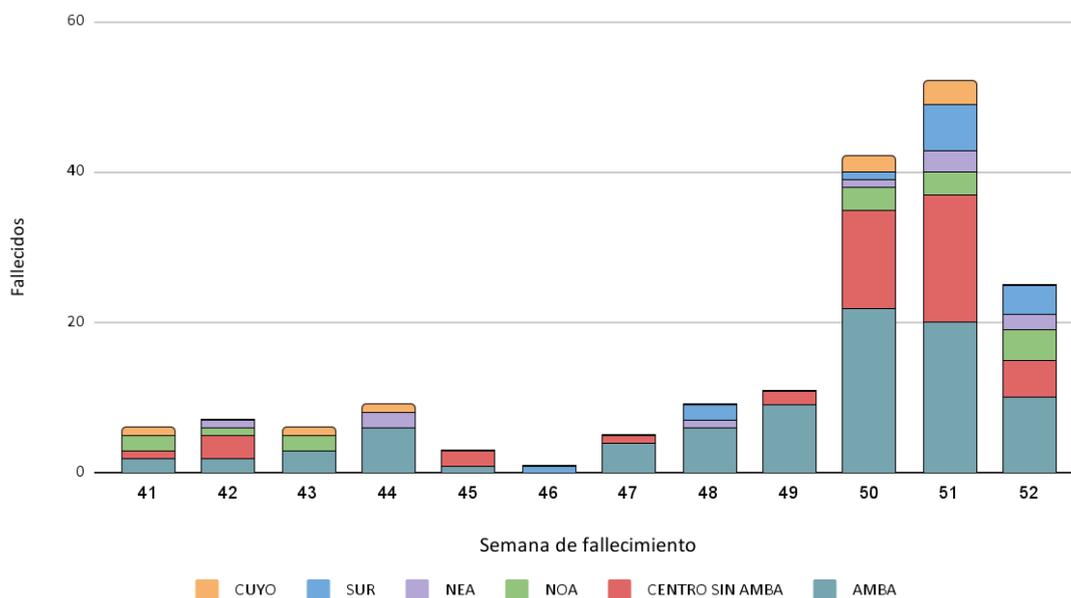
¹⁵ Los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

Gráfico 20. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE11/2020 a SE 52/2022, Argentina.



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

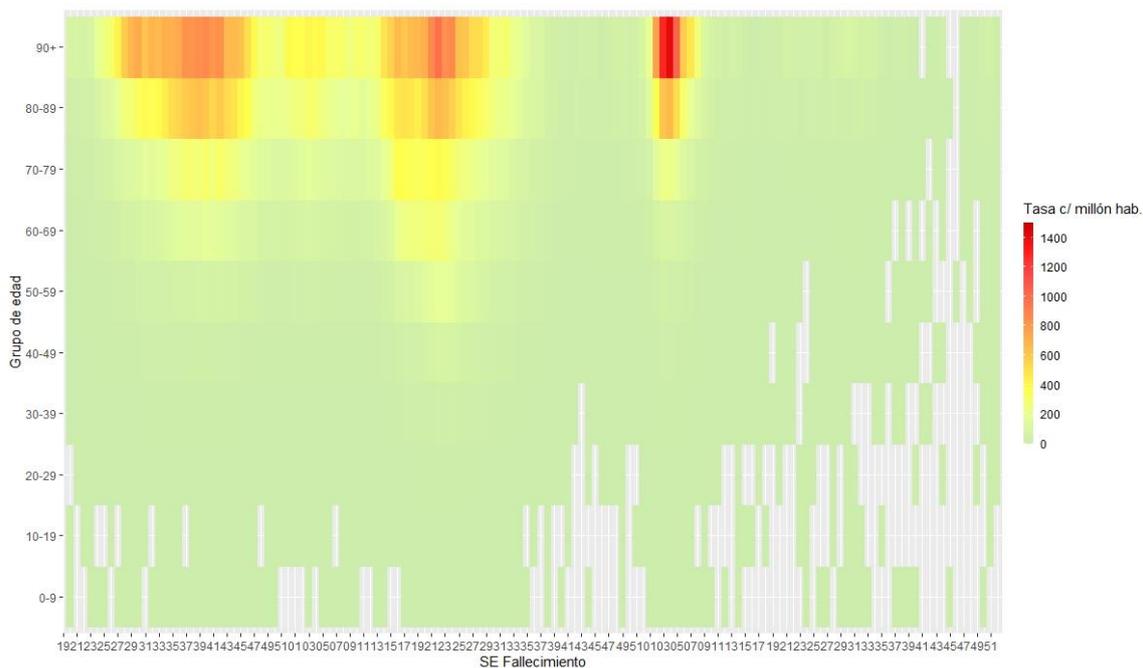
Gráfico 21. Casos fallecidos en población general por semana epidemiológica según región del país. SE 41/2022 - SE 52/2022*, Argentina



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

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

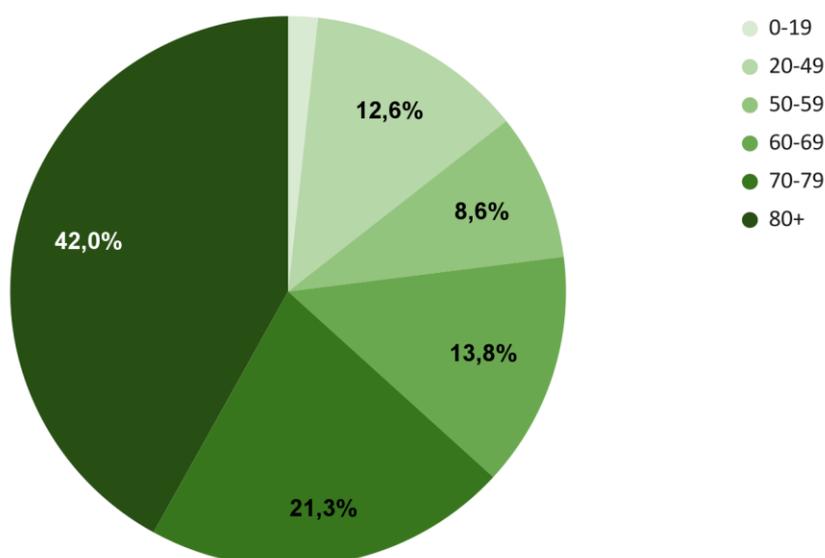
Gráfico 22. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/2020 a 52/2022.



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

Si se toman en cuenta los fallecidos de las últimas 12 semanas, se observa que el 85,6% tenían 50 años o más.

Gráfico 23. Fallecidos por grupo edad. Total País, SE 41/2022 a 52/2022. N=174*



*Se excluyen dos fallecidos sin datos de edad

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

Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 03/01/23 SE 52](#).

INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

Ómicron es actualmente la variante dominante que circula a nivel mundial. El patrón de alta transmisión observado para Ómicron ha facilitado la aparición de mutaciones adicionales que definen diferentes sublinajes clasificados dentro la misma variante. A la fecha, se han reportado globalmente 5 diferentes linajes principales de Ómicron: BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 y BA.5 y sus linajes descendientes (BA.1.1, BA.2.12.1, entre otros). La evolución de los linajes descendientes de Ómicron continúa evidenciando una diversificación genética y ha resultado en más de 540 linajes descendientes y más de 61 recombinantes. Sin embargo, solo algunas de estas variantes continúan aumentando en prevalencia, mientras que para otras se registran unas pocas detecciones¹⁶.

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En cuanto a los linajes, entre SE45-48 comienza a detectarse un mayor número de muestras positivas para Ómicron BQ.1.1, con algunos casos identificados de Ómicron XBB.1, BA.2, BA.4 y BA.5.

En la SE48 se observa que BQ.1.1 se detecta en 15/35 muestras analizadas, XBB.1 en 3/35 y Ómicron compatible con BA.4/BA.5 en 17/35. Entre las SE49-50 de 46 casos analizados, 4 corresponden a Ómicron BQ.1.1 y 35 casos a Omicron compatible con BA.4/BA.5; adicionalmente se informan 1 caso de Ómicron BA.1 y 3 de Ómicron BA.2 ¹⁷.

Se destaca que los casos de Ómicron compatible con BA.4/BA.5 detectados por técnica molecular pudieran corresponder a BQ.1 u otros linajes descendientes de BA.4 o BA.5.

Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 21/12/22 SE 50](#) y el [Informe de Vigilancia Genómica SE 35](#).

INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

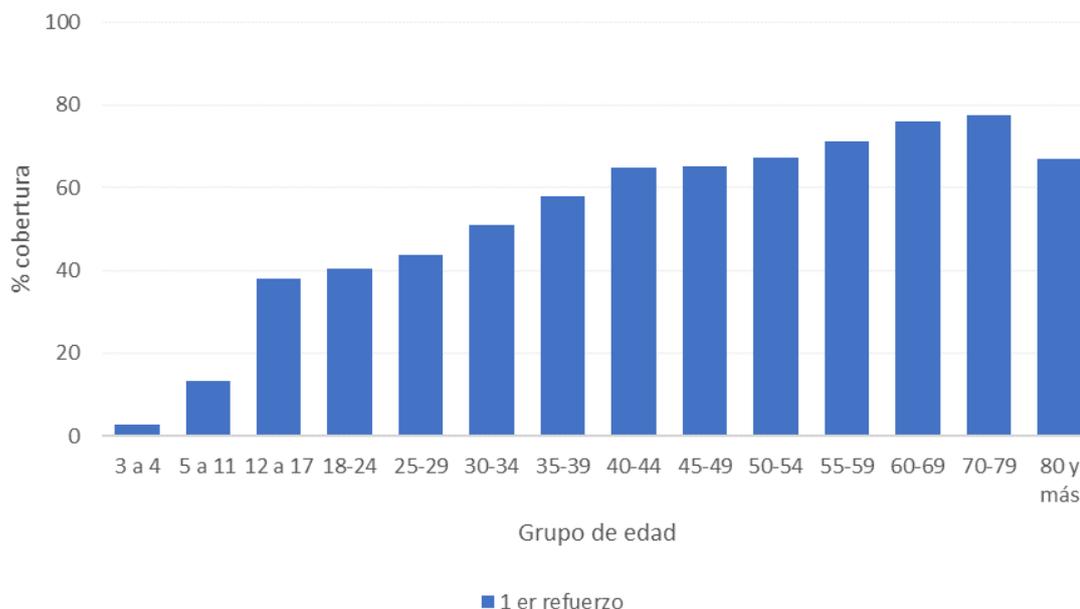
En relación con las coberturas alcanzadas para el primer refuerzo, el 47,8% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 59,7% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es del 72,8%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años

¹⁶Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---14-december-2022>

¹⁷ Se debe considerar que no pueden analizarse proporciones en las últimas semanas del año debido al escaso número de muestras secuenciadas.

la cobertura alcanzó el 38,1%, en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 13,5% y en el grupo de 3 a 4 años (incorporado en la SE 31) la cobertura es del 2,8%.

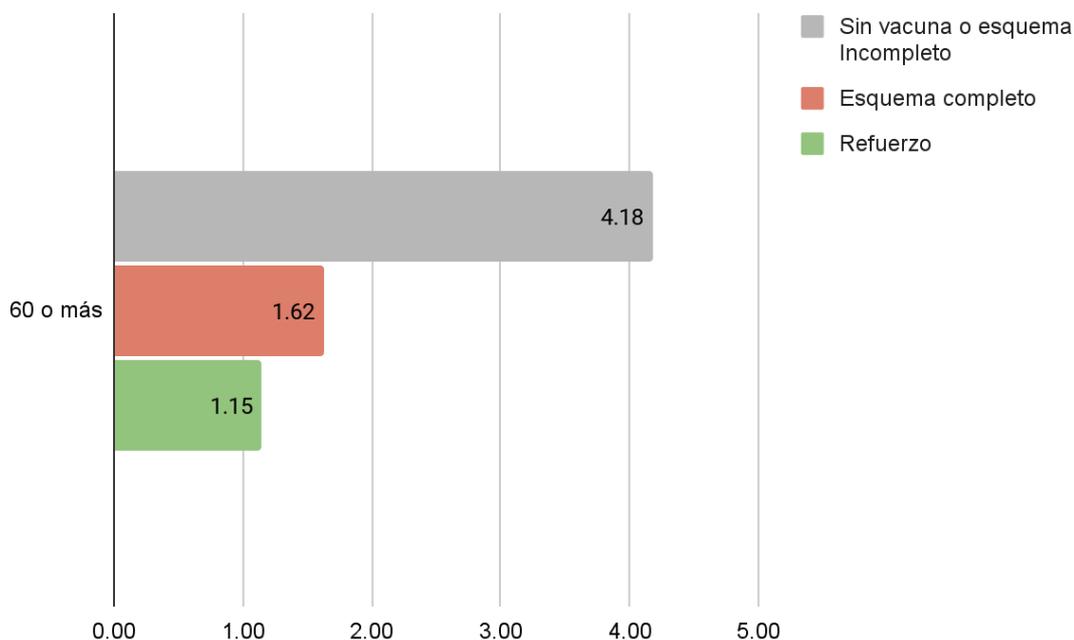
Gráfico 24. Coberturas de 1er refuerzo por grupo de edad. SE 52



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

En cuanto a los casos fallecidos según condición de vacunación, entre las SE49-SE52 se registraron 4,18 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o con esquema incompleto. Se produjeron 1,62 muertes cada 100.000 habitantes en personas de 60 años y más años con esquema completo, mientras que en personas de este mismo grupo etario vacunadas con dosis de refuerzo la mortalidad fue de 1,15 muertes cada 100.000 habitantes.

Gráfico 18. Tasas de mortalidad c/100.000 en población de 60 años y más según estado de vacunación. SE 49 - SE 52/2022, Argentina*.



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

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

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

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

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) y del Informe de avance vacunación contra Covid-19. DICEI. Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NoMiVac).

Para más información, consultar en:

<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna>

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS¹⁸

América del Norte: la actividad de la influenza fue moderada en la subregión. Predominó influenza A(H3N2), con circulación concurrente de A(H1N1)pdm09 y B/Victoria. La actividad del SARS-CoV-2 fue moderada y continúa en aumento, mientras que la actividad del VRS fue moderada pero con tendencia decreciente. En Canadá, la actividad de la influenza fue elevada y la mayoría de los indicadores de la vigilancia estuvieron por encima de los niveles esperados. En México, la actividad de la influenza continuó por encima de lo esperado para este período, con los indicadores de

¹⁸Tomado de: Reporte de Influenza SE49 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS, disponible en <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

vigilancia en niveles de baja intensidad. Se reportó una actividad elevada de la influenza en los Estados Unidos, con una tasa de hospitalización acumulada, asociada a la influenza, más alta que la tasa de hospitalización acumulada más alta observada en la semana 49 (2010-21). Continúa elevada la actividad del VRS pero con una tendencia decreciente.

Caribe: la actividad de la influenza fue moderada en toda la subregión con predominio del virus A(H3N2) y circulación concurrente de A(H1N1)pdm09. En general, la actividad del SARS-CoV-2 se mantuvo baja. Haití y Puerto Rico han mostrado una mayor actividad de influenza, en niveles de baja intensidad. Jamaica reportó aumento en la actividad del VRS.

América Central: la actividad de la influenza estuvo en niveles moderados, con predominio de influenza A(H3N2) y la circulación de influenza B (linaje indeterminado). La actividad del SARS-CoV-2 se mantuvo baja en la subregión, pero está aumentando en Costa Rica, El Salvador y Honduras. Además, se reportó un aumento de la actividad de la influenza en Guatemala y Nicaragua. La actividad del VRS continuó elevada en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá.

Países Andinos: la actividad de la influenza fue baja, con predominio de influenza A(H3N2) y circulación concurrente de influenza A(H1N1)pdm09 y B/Victoria. Bolivia y Ecuador reportaron un aumento en las detecciones de influenza B/Victoria y A(H3N2), con mayor actividad de la IRAG en Bolivia y Ecuador, ubicándose en niveles moderados en Bolivia y en niveles bajos en Ecuador. Además, el porcentaje de positividad del SARS-CoV-2 aumentó en Colombia, Ecuador y Perú. En la subregión, la actividad del VRS fue baja en general.

Brasil y Cono Sur: la actividad de la influenza continúa elevada pero con tendencia decreciente, con predominio de influenza A(H3N2) y circulación concurrente de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B/Victoria. Argentina notificó un aumento de la actividad de la influenza con predominio de influenza B (linaje indeterminado). En Chile predominó influenza A(H3N2), mientras que en Uruguay predominó influenza B/Victoria. La actividad del SARS-CoV-2 estuvo elevada en toda la subregión. Brasil continuó el reporte de una actividad elevada del VRS.

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19¹⁹

649.244.427

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS hasta el 18 de diciembre de 2022

6.646.562

Personas fallecidas en el mundo.

3.737.001

Casos nuevos reportados en la última semana.

10.482

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

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

3%↑

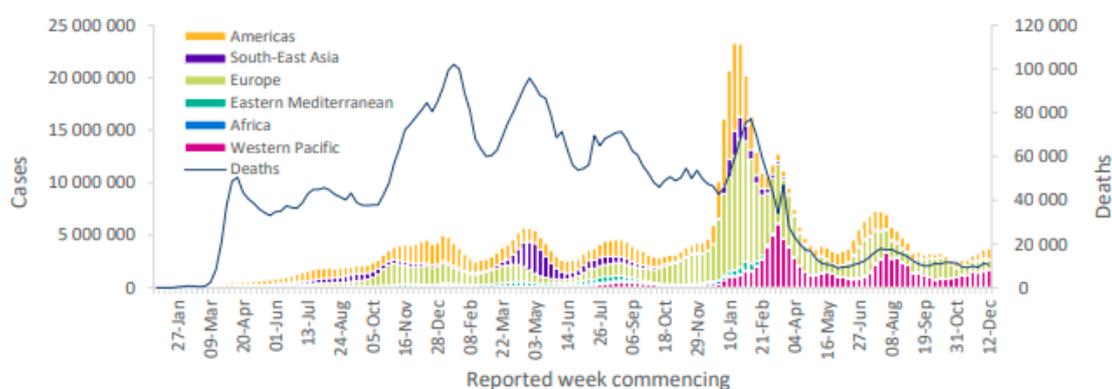
10%↓

A nivel global en la última semana el número de casos nuevos se mantuvo similar a los de la semana previa.

La cantidad de fallecidos nuevos disminuyó respecto de la semana anterior.

- ✓ Según la OMS, estas tendencias deben interpretarse con cautela ya que varios países han ido cambiando progresivamente sus estrategias de testeo de COVID-19, lo que resulta en un menor número total de pruebas realizadas y, en consecuencia, un número menor de casos detectados.
- ✓ Los casos nuevos disminuyeron o se mantuvieron estables en todas las regiones, excepto en la Región de las Américas, donde aumentaron un 18%.
- ✓ Respecto de las variantes circulantes, a nivel mundial, el 99,7 % de las secuencias reportadas entre el 19 de noviembre y el 19 de diciembre de 2022 eran la variante Omicron.
- ✓ Según las secuencias enviadas a GISAID en la semana 48, Ómicron BA.5 y sus linajes descendientes siguen siendo dominantes en todo el mundo y representaron el 68,4% de las secuencias enviadas, aunque su prevalencia está disminuyendo. La prevalencia de BA.2 y sus linajes descendientes está aumentando, principalmente debido a BA.2.75 (y sus linajes descendientes) que juntos representaron el 12,6% de las secuencias. BA.4 y sus linajes descendientes están disminuyendo con una prevalencia de 1,2%. Las secuencias no asignadas (presumiblemente Ómicron) representaron el 12,2%, mientras que los demás linajes representaron el 5,9%.
- ✓ En la semana 48 seis variantes actualmente en seguimiento representaron el 72,9% de la prevalencia y han reemplazado a los antiguos linajes descendientes BA.5. Estas seis variantes bajo seguimiento (y la respectiva prevalencia) son BQ.1 (42,5%), BA.5 con una o varias de cinco mutaciones (S:R346X, S:K444X, S:V445X, S:N450D, S:N460X) (13,4%), BA.2.75 (9,8%), XBB (6,1%), BA.4.6 (1%) y BA.2.30.2 (0,1%). Con base en la evidencia actual, no hay indicación de una mayor gravedad asociada con estas variantes bajo control en comparación con los antiguos linajes de Ómicron.

Gráfico 24. Casos y fallecidos de COVID-19 reportados semanalmente, por región de OMS.



Fuente: Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Reports (who.int)

Las recomendaciones para la comunidad y el equipo de salud para la prevención de COVID-19 y otros virus respiratorios se encuentran disponibles en:
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19>

VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

INTRODUCCIÓN

Para los datos nacionales, este informe se confeccionó con información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud hasta el día 01 de enero de 2023.

La vigilancia de las arbovirosis se realiza de forma integrada en el marco de la vigilancia de Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI) y de los casos que cumplen con definiciones específicas para cada una de las arbovirosis, y la notificación se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}). La vigilancia integrada de arbovirosis incluye el estudio de Dengue, Zika, Chikungunya, Fiebre Amarilla, Encefalitis de San Luis y Fiebre del Nilo Occidental, entre otros agentes etiológicos; así mismo, la vigilancia del SFAI integra patologías como hantavirosis, leptospirosis y paludismo, de acuerdo con el contexto epidemiológico del área y de los antecedentes epidemiológicos.

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

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

INFORMACIÓN NACIONAL DE DENGUE TEMPORADA 2022-2023

El período de análisis de esta edición corresponde a la SE 52/2022 de la temporada 2022-2023. Desde el inicio de la temporada, en agosto del presente año, no se registraron casos confirmados sin antecedente de viaje al exterior hasta el mes de diciembre, donde se notificaron dos casos en CABA y un caso en Córdoba. En el resto del país, no hay registro de casos confirmados autóctonos.

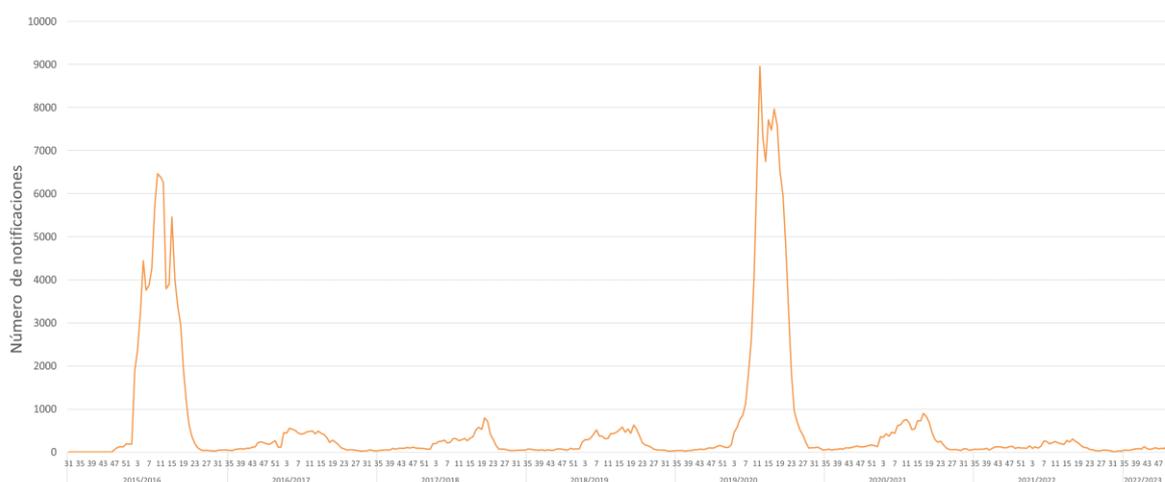
Durante los primeros meses de la temporada se registra una baja en la cantidad de casos sospechosos a nivel país, con un aumento hacia la SE 38 (Gráficos 1 y 2). En las últimas tres semanas (SE 50 a 52) se registró un promedio semanal de 99 notificaciones. Casi el mismo promedio que se registró para dichas semanas (105) en el año anterior 2021, mientras que en 2020 el promedio fue de un 35% más (155 notificaciones).

Gráfico 1. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para temporadas no epidémicas (2016-2017 a SE 52/2022). Argentina.



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

Gráfico 2. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para todas las temporadas (2015-2016 a SE 52/2022). Argentina.



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

Durante el mes de diciembre se han confirmado tres casos de dengue con pruebas de antígeno NS1 mediante técnica ELISA positivas, sin antecedente de viaje al exterior. Los primeros dos pacientes son parientes residentes en CABA. Ambos estuvieron en la misma ciudad y en localidades de la provincia de Buenos Aires durante el período de adquisición de la infección, donde no se registran más febriles en la zona. El tercer caso corresponde un paciente residente en Córdoba Capital, sin antecedente de viaje a otras localidades. Se han realizado las acciones de control correspondientes y la búsqueda de febriles, sin más casos en la zona y se han enviado segundas muestras al laboratorio nacional de referencia.

En el resto del país no hay registro de casos confirmados sin antecedente de viaje, por lo que no hay evidencia de circulación viral. Sin embargo, entre la SE 31 y 48, se han notificado 9 casos confirmados

con antecedente de viaje a otros países en CABA (un caso con antecedente de viaje a Puerto Rico y otro a México), Buenos Aires (un caso sin serotipo con antecedente de viaje a Paraguay), Córdoba (2 confirmados DEN-2 con antecedente de viaje a Colombia y a Perú), Corrientes (1 confirmado DEN-1 con antecedente de viaje a Paraguay y Colombia), Mendoza (un caso DEN-2 y un DEN-3 con antecedente de viaje a Cuba y México respectivamente) y San Juan (un caso sin serotipo con antecedente de viaje a Brasil) (Tabla 1).

Además, se han registrado 11 casos probables de dengue (2 de ellos con antecedente de viaje al exterior) y 3 casos de probables flavivirus; uno de ellos con antecedente de viaje, y un caso autóctono de Encefalitis de San Luis.

Tabla 1. Casos notificados según clasificación y antecedente de viaje. SE 31/2022 a 52/2022.

Provincia	Sin Antecedente de viaje		Con AV a otras provincias		Con AV a otros países		Total notificados
	C	P	C	P	C	P	
Buenos Aires	0	3	0	0	1	1	108
CABA	0	1	2	0	2	0	107
Córdoba	1	0	0	0	2	0	67
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	47
Santa Fe	0	0	0	0	0	1	164
Centro	1	4	2	0	5	2	493
Mendoza	0	0	0	0	2	0	4
San Juan	0	0	0	0	1	0	2
San Luis	0	0	0	0	0	0	4
Cuyo	0	0	0	0	3	0	10
Chaco	0	1	0	0	0	0	54
Corrientes	0	0	0	0	1	0	9
Formosa	0	1	0	0	0	0	12
Misiones	0	0	0	0	0	0	95
NEA	0	2	0	0	1	0	170
Catamarca	0	0	0	0	0	0	8
Jujuy	0	1	0	0	0	0	91
La Rioja	0	0	0	0	0	0	1
Salta	0	1	0	0	0	0	296
Sgo. del Estero	0	0	0	0	0	0	3
Tucumán	0	1	0	0	0	0	52
NOA	0	3	0	0	0	0	451
Chubut	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	2
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	1
Sur	0	0	0	0	0	0	3
Total PAIS	1	9	2	0	9	2	1.127

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

*AV=Antecedente de Viaje.

Del total de casos notificados con sospecha de dengue El 48% corresponden a casos sospechosos no conclusivos, el 42% han sido descartados, un 9% permanecen en estudio y el restante 2%

corresponden a casos confirmados y probables. Las notificaciones se registraron principalmente en las regiones Centro y NOA.

INFORMACIÓN REGIONAL DEL DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE 52

Dengue, Zika y Chikungunya en países de la región

Durante el 2022, a SE 52/2022, se registraron en Argentina, Bolivia, Brasil, Paraguay y Perú, los serotipos DEN-1 y DEN-2. Además, se registró también circulación de los serotipos DEN-3 y DEN-4 en Brasil.

Las tasas de incidencia más alta las muestran Brasil y Perú, con 213,89 y 1.019,77 casos totales por cada 100 mil habitantes. En cuanto a casos fatales, Brasil, Perú y Bolivia registraron muertes durante el 2022.

Si se observa las curvas epidemiológicas de Bolivia, Brasil y Paraguay (Figura 1), se puede ver que, durante el 2022, Brasil presentó un número de casos mayor a los años anteriores, similares a años epidémicos, con una concentración de casos en la primera parte del año (Figura 2). Si se analiza la curva del año 2022 para Bolivia y Paraguay, se ve que Bolivia repite el mismo patrón que Brasil, con una mayor concentración de casos en la primera parte del año y Paraguay está registrando una suba de casos en la segunda parte del año.

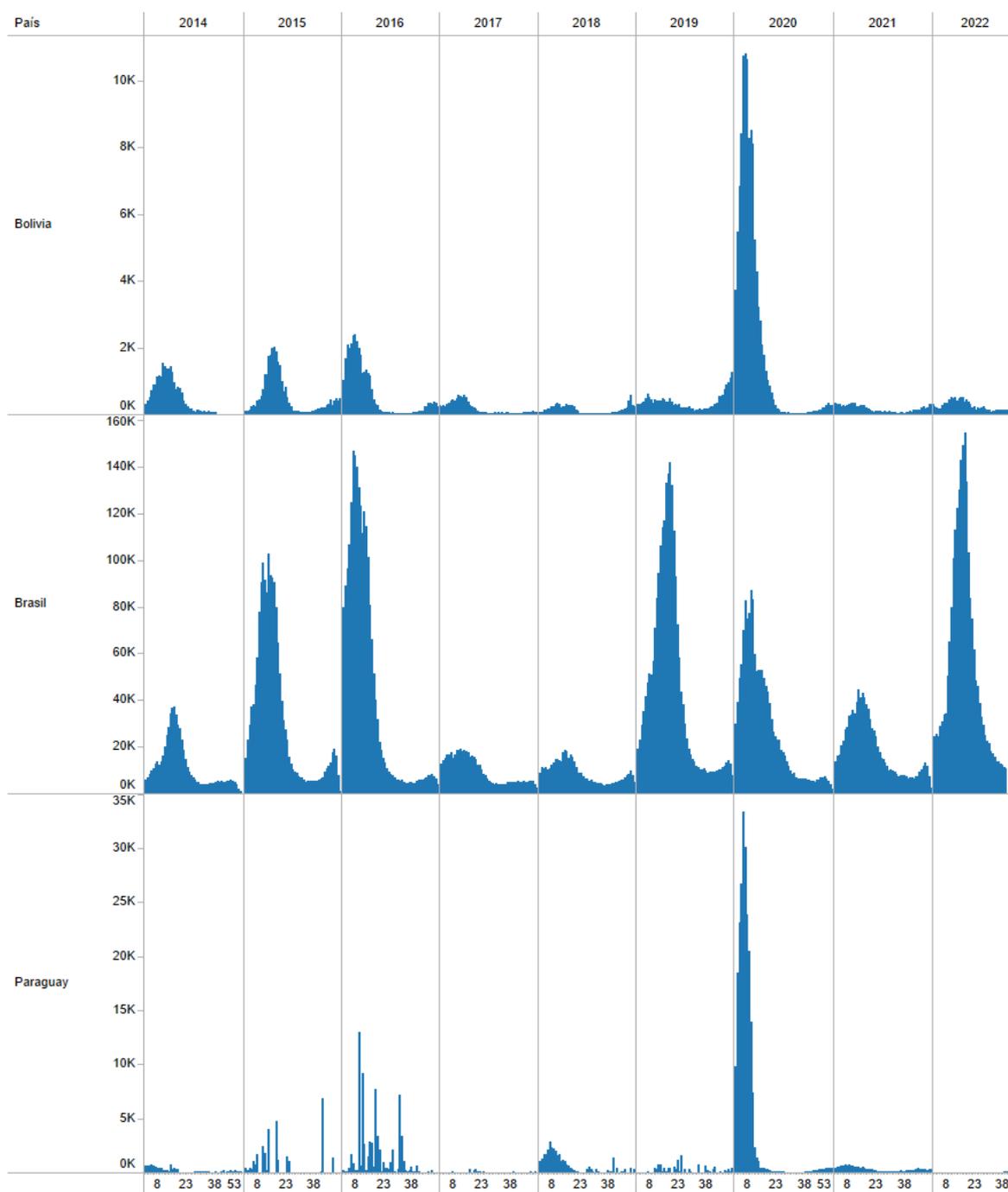
Tabla 2. Casos totales, confirmados por laboratorio y tasas de incidencia cada 100.000 hab. de dengue. Muertes y tasas de letalidad cada 100mil hab., según país, actualizado a SE 52/2022.

País	Última actualización	Serotipos circulantes	Total casos	Tasa de incidencia	Confirmados laboratorio	Muertes	Letalidad
<i>Brasil</i>	SE 40	DEN 1, 2, 3 y 4	2.582.229	1.019,77	1.141.264	929	0,04
<i>Bolivia</i>	SE 50	DEN 1 y 2	14.660	123,89	3.793	9	0,07
<i>Paraguay</i>	SE 50	DEN 1 y 2	4.460	59,87	338	0	0,00
<i>Perú</i>	SE 50		71.352	213,89	51.970	80	0,11
<i>Argentina</i>	SE 50	DEN 1 y 2	750	1,76	750	0	0,00
<i>Uruguay</i>	SE 20	-	29	0,83	7	0	0,00

*Se excluye de la tabla al país limítrofe Chile, donde no hay registro del vector *Ae. aegypti*.

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente de la Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA) y del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}).

Figura 1. Número de casos de dengue por SE. Bolivia, Brasil y Paraguay. Años 2014 a 2021 y SE 1 a 46/2022*.



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA). Datos reportados por los Ministerios e Institutos de Salud de los países y territorios de la Región.

* NOTA: Número de casos reportados de fiebre por dengue incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes No se cuenta con información actualizada de casos de dengue según semana epidemiológica.

En cuanto a Fiebre Chikungunya, Paraguay registra durante las últimas semanas un número de casos superior a años anteriores de casos, y que supera la cantidad de casos de dengue en el país. Desde la SE 01 a la SE 51 del presente año se registraron 341 casos de dengue y 1082 casos confirmados de Chikungunya²⁰. De estos últimos, 420 se corresponden a las SE 48, 49 y 50. Actualmente, el virus se encuentra en expansión a lo largo del territorio del país, afectando a la mayor parte de los departamentos (Figura 2). Brasil, Perú y Bolivia también registran casos confirmados (Tabla 2), mostrando Brasil, la incidencia más alta de la región. En cuanto Enfermedad por virus de Zika, únicamente Brasil y Bolivia registran casos confirmados, con una mayor incidencia en Brasil, donde también se registraron casos fatales (Tabla 3).

Figura 2. Circulación identificada de Chikungunya por departamentos. SE 01 a 51/2022. Paraguay



Fuente: Resumen de la Situación Epidemiológica semanal, actualizado al 30/12/2022. Dirección General de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Paraguay.

²⁰ Resumen de la Situación Epidemiológica semanal, actualizado al 30/12/2022. <https://www.mspbs.gov.py/portal/26708/chikungunya-arbovirosis-que-esta-vez-supera-al-dengue.html>

Tabla 3. Casos confirmados por laboratorio y tasas de incidencia (cada mil hab.) de Fiebre Chikungunya y Enfermedad por virus de Zika según país*. SE 01/2022 a 52/2022.

País	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus de Zika		
	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes
<i>Brasil</i>	SE 40	124.803	75	SE 38	2.656	4
<i>Bolivia</i>	SE 40	13	0	SE 50	4	0
<i>Paraguay</i>	SE 48	318	0	SE 48	0	0
<i>Argentina</i>	SE 52	0	0	SE 51	0	0
<i>Perú</i>	SE 50	363	0	SE 50	9	0

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente de la Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA) y del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}).

CONCLUSIONES

Al día de la fecha, no se registra circulación viral en ninguna localidad del país. Durante la segunda mitad del 2022 no se notificaron casos autóctonos de dengue hasta el mes de diciembre, donde se confirmaron tres casos (dos en CABA y uno en Córdoba Capital) sin más casos vinculados. Sin embargo, estos casos alertan sobre la presencia del virus en el país en un contexto favorecedor para la propagación del virus, siendo que nos encontramos en temporada de temperaturas altas y de mayor movilidad de personas dentro y fuera del país.

De igual forma, a partir del aumento de casos de Fiebre Chikungunya en Paraguay y su expansión espacial, se insta a reforzar la sospecha de esta enfermedad en todas las jurisdicciones del país, y en particular en los casos con antecedentes de viaje a la zona afectada, en conjunto con las acciones de prevención y control pertinentes.

Se recuerda también, la importancia de la adecuada toma de muestras y su procesamiento laboratorial para el cierre de casos de otros arbovirus, en un contexto de circulación viral de otras arbovirosis en la región.

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

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

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

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

Zonas sin circulación viral y presencia del vector

1. Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:

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

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

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

Zonas CON circulación viral (CONTEXTO DE BROTE)

1. Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:

- Deberán considerarse “Caso de dengue por nexo epidemiológico” a todos los casos con clínica compatible y relacionada al brote.

- **NO** se recolectarán muestras para el diagnóstico etiológico en todos los casos sino solo en una porción de los mismos y con exclusivos fines de vigilancia. Las áreas de “Atención de pacientes”, “Epidemiología” y “Laboratorio” deben coordinar en base a capacidades y magnitud del brote epidémico el porcentaje de pacientes que estudiarán por laboratorio atendiendo dos situaciones:

- Toma de muestras agudas tempranas (0-3 días de evolución preferentemente) para monitorear el serotipo viral circulante y la posible introducción de nuevos serotipos.

- Toma de muestras agudas tardías (de 6 o más días de evolución) para realización de IgM y seguimiento temporal de la duración del brote.

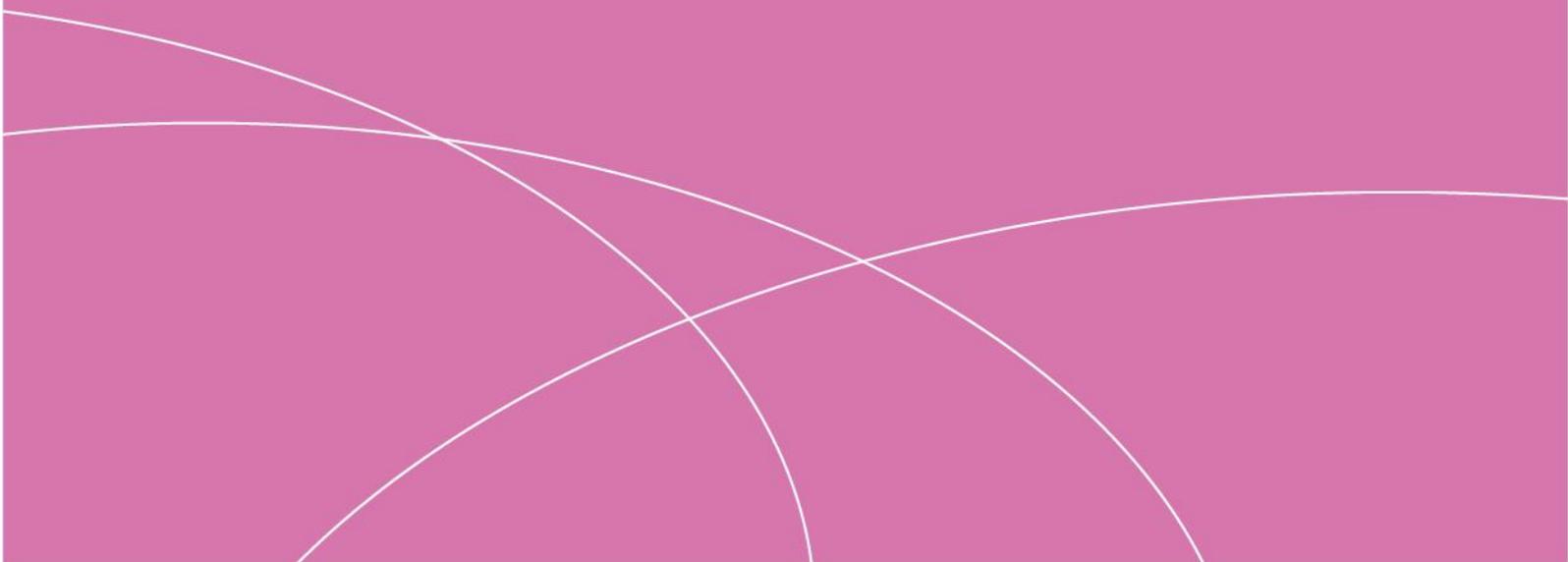
Zonas SIN presencia del vector

Todo caso sospechoso CON antecedentes de viaje:

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

epidemiológico y laboratorio positivo (no es necesario procurar confirmar la infección por laboratorio con métodos directos como PCR o indirectos como NT).

ALERTAS EPIDEMOLÓGICAS INTERNACIONALES



ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

A partir del BEN 627 se agregó esta sección de Alertas Epidemiológicas Internacionales recibidas 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 16 y el 23 de noviembre.

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA: INCREMENTO DE CASOS Y HOSPITALIZACIONES POR COVID-19 - 29 DE DICIEMBRE DE 2022

Desde el inicio de la pandemia en 2020 y hasta el 20 de diciembre de 2022, se han notificado a nivel global aproximadamente 650 millones de casos de COVID-19, incluidas cerca de 6,6 millones de defunciones. En la semana epidemiológica (SE) 50 (11 de diciembre de 2022-17 de diciembre de 2022) se notificaron aproximadamente 3.821.620 nuevos casos de COVID-19 y 10.737 nuevas muertes por COVID-19. En la Región de las Américas, los casos aumentaron por sexta semana consecutiva. Durante la SE 50, se notificaron 1.022.218 nuevos casos de COVID-19 en la región de las Américas, un aumento relativo de 17,9% en comparación con la semana anterior. Para el mismo período, se notificaron en la región de las Américas 4.637 defunciones por COVID-19, un aumento relativo de 2,5 % en comparación con la semana epidemiológica anterior. A nivel subregional, los casos y defunciones por COVID-19 aumentaron en dos subregiones: la subregión de América del Sur (49,6 % y 55,0 %, respectivamente) y la subregión de América Central (10,4 % y 57,7 %, respectivamente).

Entre los 22 países/territorios de la Región con datos disponibles, las hospitalizaciones por la COVID-19 aumentaron en 12 países y territorios durante la SE 50, en comparación con la semana previa. Entre los 16 países y territorios con datos disponibles, las admisiones a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por la COVID-19 aumentaron en 7 países y territorios.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-incremento-casos-hospitalizaciones-por-covid-19>

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA: DETECCIÓN DE POLIOVIRUS EN AGUAS RESIDUALES. CONSIDERACIONES PARA LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS 30 DE DICIEMBRE DE 2022

El 23 de diciembre de 2022, el Centro Nacional de Enlace para el RSI de Canadá informó la detección de poliovirus derivado de la vacuna de tipo 2 (VDPV2) en dos muestras de aguas residuales recolectadas en agosto de 2022 en ese país. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos están examinando los datos de la secuencia de las muestras positivas de aguas residuales para evaluar cualquier vínculo genético con las muestras de VDPV2 recolectadas en el estado de Nueva York. Dada esta situación, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reitera a los Estados Miembros la necesidad de contar con un plan de respuesta actualizado ante brotes o eventos de poliomielitis, aunar esfuerzos para lograr coberturas de vacunación contra la poliomielitis >95%, fortalecer y mantener la vigilancia epidemiológica de la parálisis flácida aguda para una rápida detección de casos.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-deteccion-poliovirus-aguas-residuales>

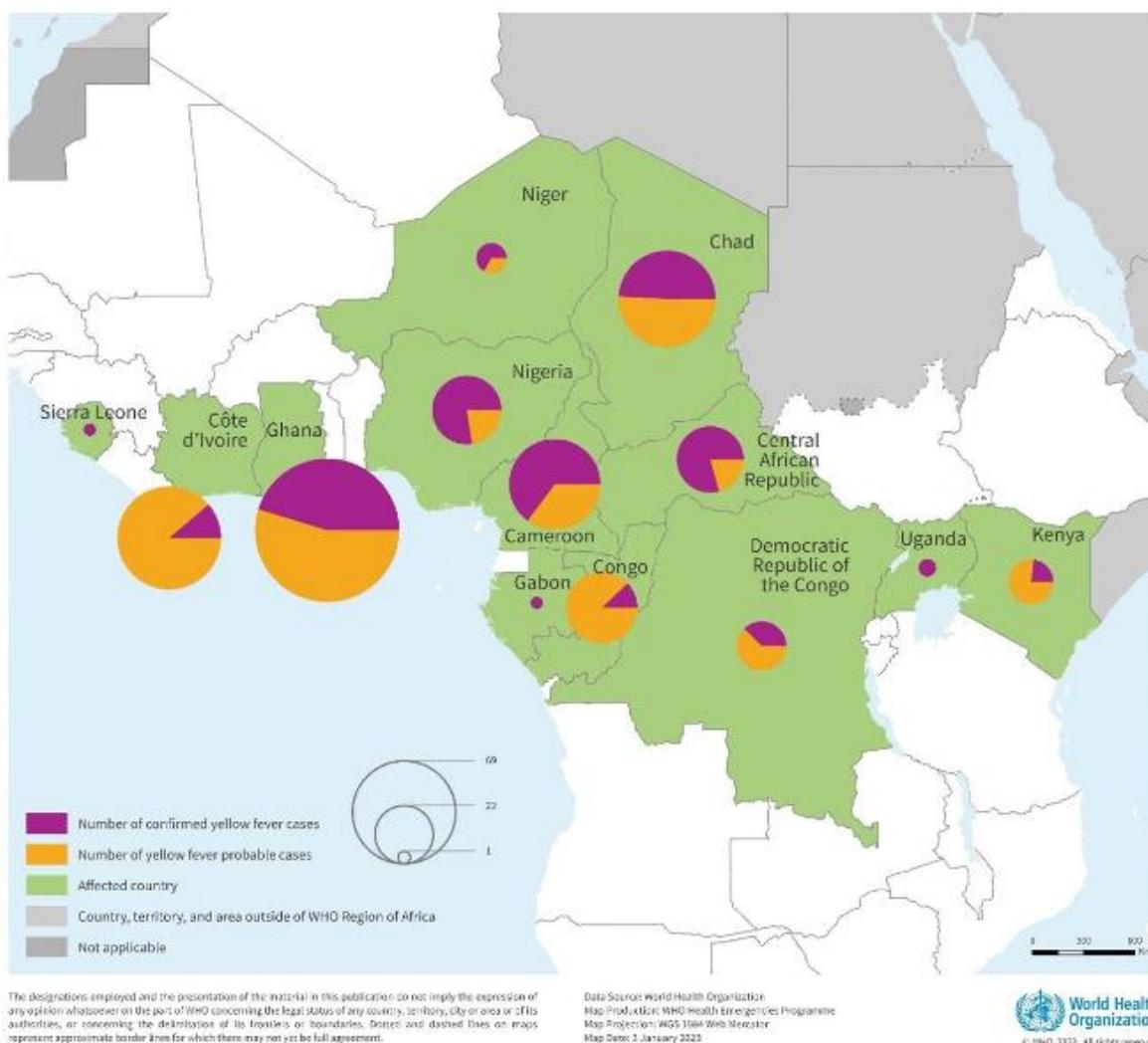
FIEBRE AMARILLA - REGIÓN DE ÁFRICA - 3 DE ENERO 2023

Desde el 1 de enero de 2021 hasta el 7 de diciembre de 2022, se notificaron a la OMS un total de 203 casos confirmados y 252 casos probables con 40 muertes (tasa de letalidad del 9 %) en 13 países de la Región de África de la OMS.

Los factores de riesgo para una mayor propagación y amplificación de la fiebre amarilla incluyen baja inmunidad de la población, movimientos de población, dinámica de transmisión viral y factores climáticos y ambientales que han contribuido a la propagación de los mosquitos Aedes. Las recientes campañas de vacunación reactiva aumentan la inmunidad de la población y pueden haber contribuido a reducir el riesgo de propagación de la fiebre amarilla en los países seleccionados, lo que resultó en una tendencia descendente gradual en los casos confirmados notificados en 2022. Sin embargo, los países siguen teniendo un alto riesgo.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON431>

Fig. 1 Distribución de casos probables y confirmados de fiebre amarilla notificados en 13 países de la Región de África de la OMS entre el 1 de enero de 2021 y el 7 de diciembre de 2022.



HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA



RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

En el marco de la circulación de virus Influenza y otros virus respiratorios y el aumento de la circulación de SARS-CoV-2, se actualizan las recomendaciones para la prevención de las infecciones respiratorias agudas en establecimientos de salud y para personal sanitario, en el marco de la estrategia de vigilancia y control integral de COVID-19 y otras infecciones respiratorias agudas:

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/prevencion-de-infecciones-respiratorias-agudas-en-establecimientos-de-salud>

RESOLUCIÓN 2827/2022: ACTUALIZACIÓN DE LAS NORMAS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

A través de la [Resolución 2827/2022](#) publicada en el [Boletín Oficial](#) del 16 de noviembre de 2022 se actualiza la **nómina de eventos de notificación obligatoria** y se aprueba el **Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria**. Así mismo, la norma establece al SNVS^{2.0} como el sistema oficial de información para el registro de los eventos de notificación obligatoria y define los alcances de la obligación de notificar, incluyendo a los profesionales asistenciales, autoridades de establecimientos y jurisdiccionales.

Además, faculta a la actualización periódica del manual de normas de forma total o parcial debiendo publicarse la última actualización en la página web del Ministerio de Salud de la Nación (cuya actualización vigente se encuentra [disponible aquí](#)).

Asigna a la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación las funciones de gestión y coordinación técnico-epidemiológica, a nivel nacional, del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud y la gestión y coordinación de las distintas estrategias de vigilancia epidemiológica de eventos de importancia para la salud pública.

La actualización de las normas de vigilancia y control luego de 15 años (la última actualización oficial se había hecho a través de la Res.1715 de 2007) es el resultado de un trabajo conjunto de las direcciones de Epidemiología y referentes de Vigilancia nacional y jurisdiccionales, los Laboratorios Nacionales de Referencia y las redes jurisdiccionales de laboratorios, los Programas de Prevención y Control y las Áreas y Direcciones del Ministerio de Salud de la Nación involucradas.

Listado de eventos de notificación obligatoria:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/listado-de-eventos-de-notificacion-obligatoria>

Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria – Actualización 2022:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-eventos-de-notificacion>

CALENDARIO EPIDEMIOLÓGICO 2023

CALENDARIO
EPIDEMIOLÓGICO | 2023

		SEMANA EPIDEMIOLÓGICA						
		D	L	M	M	J	V	S
ENERO	1	1	2	3	4	5	6	7
	2	8	9	10	11	12	13	14
	3	15	16	17	18	19	20	21
	4	22	23	24	25	26	27	28
	5	29	30	31	1	2	3	4
FEBRERO	6	5	6	7	8	9	10	11
	7	12	13	14	15	16	17	18
	8	19	20	21	22	23	24	25
	9	26	27	28	1	2	3	4
MARZO	10	5	6	7	8	9	10	11
	11	12	13	14	15	16	17	18
	12	19	20	21	22	23	24	25
	13	26	27	28	29	30	31	1
ABRIL	14	2	3	4	5	6	7	8
	15	9	10	11	12	13	14	15
	16	16	17	18	19	20	21	22
	17	23	24	25	26	27	28	29
MAYO	18	30	1	2	3	4	5	6
	19	7	8	9	10	11	12	13
	20	14	15	16	17	18	19	20
	21	21	22	23	24	25	26	27
JUNIO	22	28	29	30	31	1	2	3
	23	4	5	6	7	8	9	10
	24	11	12	13	14	15	16	17
	25	18	19	20	21	22	23	24
26	25	26	27	28	29	30	1	
JULIO	27	2	3	4	5	6	7	8
	28	9	10	11	12	13	14	15
	29	16	17	18	19	20	21	22
	30	23	24	25	26	27	28	29
	31	30	31	1	2	3	4	5
AGOSTO	32	6	7	8	9	10	11	12
	33	13	14	15	16	17	18	19
	34	20	21	22	23	24	25	26
	35	27	28	29	30	31	1	2
SEPTIEMBRE	36	3	4	5	6	7	8	9
	37	10	11	12	13	14	15	16
	38	17	18	19	20	21	22	23
	39	24	25	26	27	28	29	30
OCTUBRE	40	1	2	3	4	5	6	7
	41	8	9	10	11	12	13	14
	42	15	16	17	18	19	20	21
	43	22	23	24	25	26	27	28
	44	29	30	31	1	2	3	4
NOVIEMBRE	45	5	6	7	8	9	10	11
	46	12	13	14	15	16	17	18
	47	19	20	21	22	23	24	25
	48	26	27	28	29	30	1	2
DICIEMBRE	49	3	4	5	6	7	8	9
	50	10	11	12	13	14	15	16
	51	17	18	19	20	21	22	23
	52	24	25	26	27	28	29	30
1	31	1	2	3	4	5	6	

Dirección de
EpidemiologíaMinisterio de Salud
Argentina

Descargar calendario epidemiológico 2023
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/calendario-epidemiologico-2023>

MÁS HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA

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

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/notificacion>

*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina