



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA

32

NÚMERO 614
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	4
SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES	2
Viruela símica	3
Hepatitis aguda grave de origen desconocido	9
EVENTOS PRIORIZADOS	11
Vigilancia de Infecciones respiratorias agudas	12
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	42
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA	48
Webinar sobre viruela símica para equipos de vigilancia y control	49
Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria	50

STAFF

Dirección de Epidemiología

Carlos Giovacchini	Juan Pablo Ojeda	Andrés Hoyos Obando
Victoria Hernández	Ignacio Di Pinto	María Pía Buyayisqui
Tamara Wainziger	Hilan Mauricio Vargas	Karina Martínez
Silvina Erazo	Guillermina Pierre	Ezequiel Travin
Sebastián Riera	Martina Meglia Vivarés	Dalila Rueda
Martina Iglesias	Camila Dominguez	Analí López Almeyda
María Belén Markiewicz	Paula Rosin	Laura Bidart
Maria Eugenia Chaparro	Fiorella Ottonello	Maríel Caparelli
Luciana Iumato	Federico M. Santoro	Mercedes Paz
Leonardo Baldiviezo	Daniela Álvarez	Mariana Mauriño
Julio Tapia	Cecilia S. Mamani	Georgina Martino
Julieta Caravario	Carla Voto	Alexia Echenique
Juan Ruales	Antonella Vallone	Estefanía Cáceres
		Silvina Moisés

Contribuyeron con la gestión y/o análisis de la información para la presente edición:

Informe sobre Hepatitis aguda grave de origen desconocido: Sara Vladimirsky¹, Juan Stupka y Juan Digiosepepe², Daniela Hansen Krogh y Liliana Bisignano³, Soledad Alonso, Emma Coronel y Roxana Aquino⁴

Informe sobre Viruela símica: Adrián Lewis⁵

Informe sobre Dengue y Otros arbovirus: Alejandra Morales, Cintia Fabbr y Victoria Luppó⁶

Informe sobre Infecciones respiratorias agudas: Elsa Baumeister y Andrea Pontoriero⁷

Imagen de tapa: Operativo DETECTAR en Iruya, provincia de Salta. Agradecemos la foto aportada por Analía Acevedo, Directora de Epidemiología del Ministerio de Salud de Salta.

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 de Hepatitis Virales - INEI-ANLIS).

² Laboratorio Nacional de Referencia de Gastroenteritis Virales - INEI-ANLIS).

³ INCUCAI. Ministerio de Salud de la Nación.

⁴ Coordinación de Hepatitis Virales, Ministerio de Salud de la Nación.

⁵ Laboratorio Nacional de Referencia de viruela símica - INEI-ANLIS).

⁶ Laboratorio Nacional de Referencia de dengue y otros arbovirus - INEVH-ANLIS).

⁷ Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios, INEI-ANLIS).

SITUACIONES EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES



VIRUELA SÍMICA

SITUACIÓN NACIONAL AL 17/08/2022

80

0

Casos confirmados reportados

Personas fallecidas en el país

- ✓ Hasta el 17 de agosto se confirmaron 80 casos. Del total de casos confirmados, 34 presentaron antecedentes de viaje fuera del país previo al inicio de los síntomas. De los 46 casos sin antecedente de viaje, varios refieren contacto sexual con viajeros o desconocidos o contacto estrecho con un caso confirmado.
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 34 años con un mínimo de 24 años y un máximo de 53 años.
- ✓ El 70% de los casos confirmados fueron diagnosticados en las últimas 4 semanas (SE 30 a SE 33)
- ✓ Todos los casos correspondieron al sexo masculino.
- ✓ A la fecha no se han notificado casos graves, internaciones, ni fallecidos por esta causa.

Tabla 1. Casos totales notificados según clasificación manual y provincia de residencia. Argentina. Actualizada al 17-8-22.

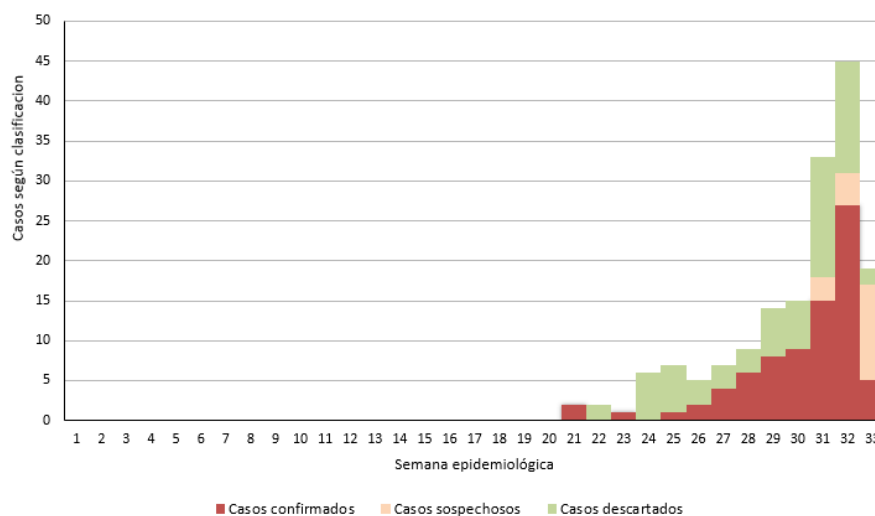
Provincia de residencia	Confirmado	Sospechoso	Descartado	Total
CABA	55	12	23	90
Buenos Aires	17	4	30	51
Córdoba	5	-	2	7
Santa Fe	2	-	4	6
Mendoza	1	1	2	4
Río Negro	-	2	1	3
San Juan	-	-	2	2
Chaco	-	-	1	1
La Pampa	-	-	1	1
Neuquén	-	-	1	1
Total	80	19	67	166

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

*Un caso fue confirmado por criterio clínico epidemiológico.

Con respecto a la jurisdicción de residencia de los casos confirmados, el 68,8% reside en CABA y 21,2% en la provincia de Buenos Aires, y el 6,2% en Córdoba.

Gráfico 1. Casos notificados de viruela símica según clasificación y semana de notificación. Argentina. Actualizado al 17/08/2022 (n=166)



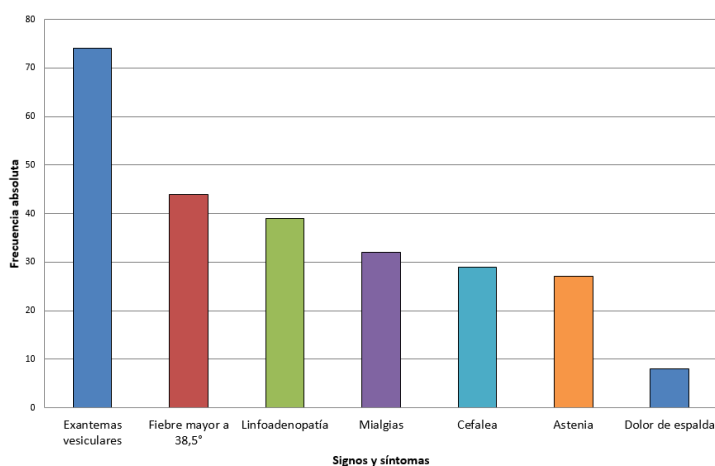
Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del SNVS^{2.0}

Los casos por semana epidemiológica muestran un aumento paulatino y sostenido de los casos confirmados desde la SE 26 y un aumento más pronunciado a partir de la SE31. También puede observarse una sensibilización de la vigilancia sobre todo en el aumento de la sospecha, particularmente desde la SE31.

La mayoría de los casos en el brote actual han presentado síntomas leves de la enfermedad (Gráfico 2), sin embargo, puede causar una enfermedad grave en ciertos grupos de riesgo (niños pequeños, personas gestantes y personas inmunodeprimidas).

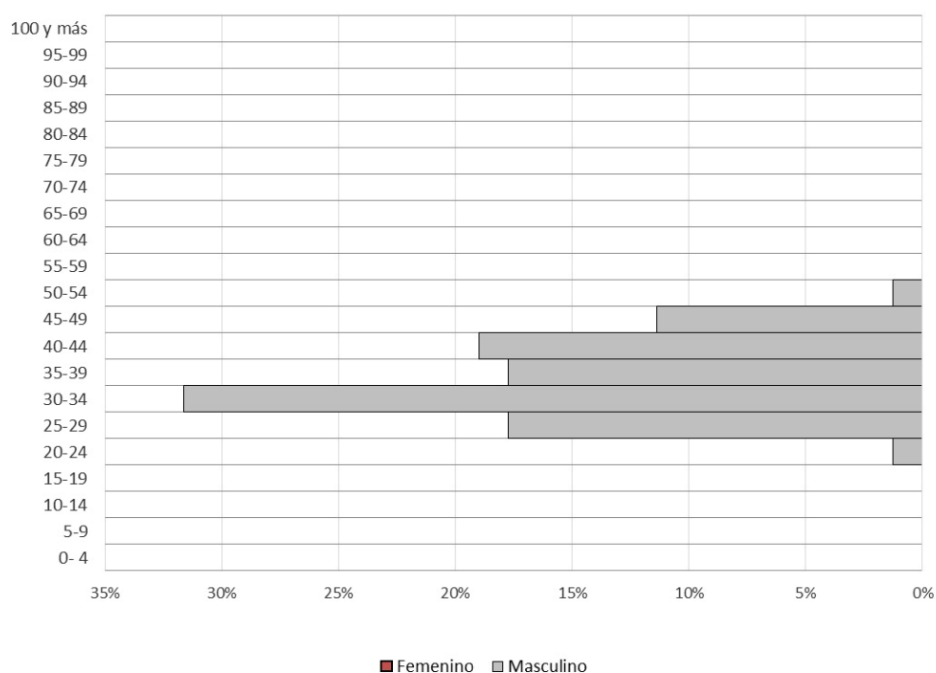
Los casos se caracterizaron principalmente por la presencia de exantemas vesiculares, en varios casos pocas lesiones en diferentes localizaciones incluyendo genitales, perianales, manos, torso y cara

Gráfico 2. Viruela símica: frecuencia absoluta de signos y síntomas en casos confirmados



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

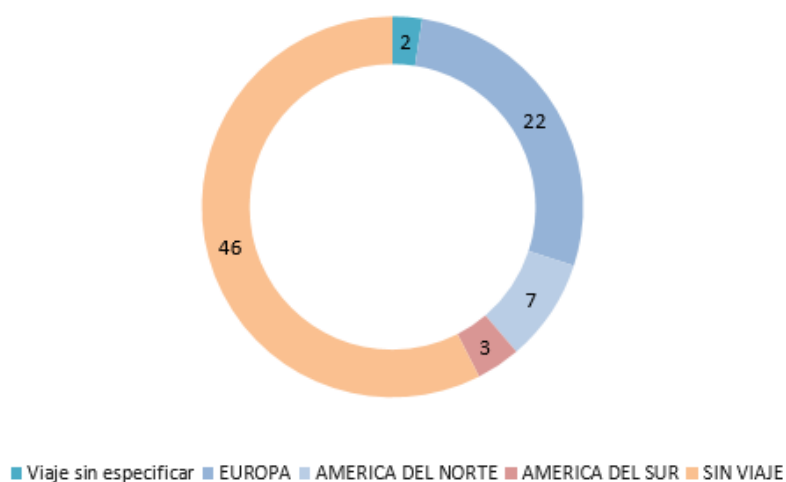
Gráfico 3. Casos de viruela símica confirmados según grupo de edad y sexo Distribución etaria y sexo informado en los casos confirmados (n=80)



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

El 100% de los casos confirmados hasta el momento en Argentina se dieron en personas de sexo masculino, con una mediana de 34 años, con un mínimo de 24 años y un máximo de 53 años. Hasta el momento una de las poblaciones más afectada es la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres (45 de los 80 casos registrados hasta ahora lo refieren y para el resto de los casos no se cuenta con el dato). 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, o con materiales contaminados.

Gráfico 4. Casos confirmados por antecedente de viaje (n=80)



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

De los 80 casos registrados hasta el momento, 34 refieren antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas y los 46 restantes se distribuyen entre casos que tuvieron contacto sexual con viajeros, o con personas que desconocen si viajaron y contactos de casos confirmados previamente.

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/sites/default/files/2022/06/20220527_-ficha_viruela_simica_1.pdf

SITUACIÓN INTERNACIONAL

36.412

Casos confirmados reportados a OMS

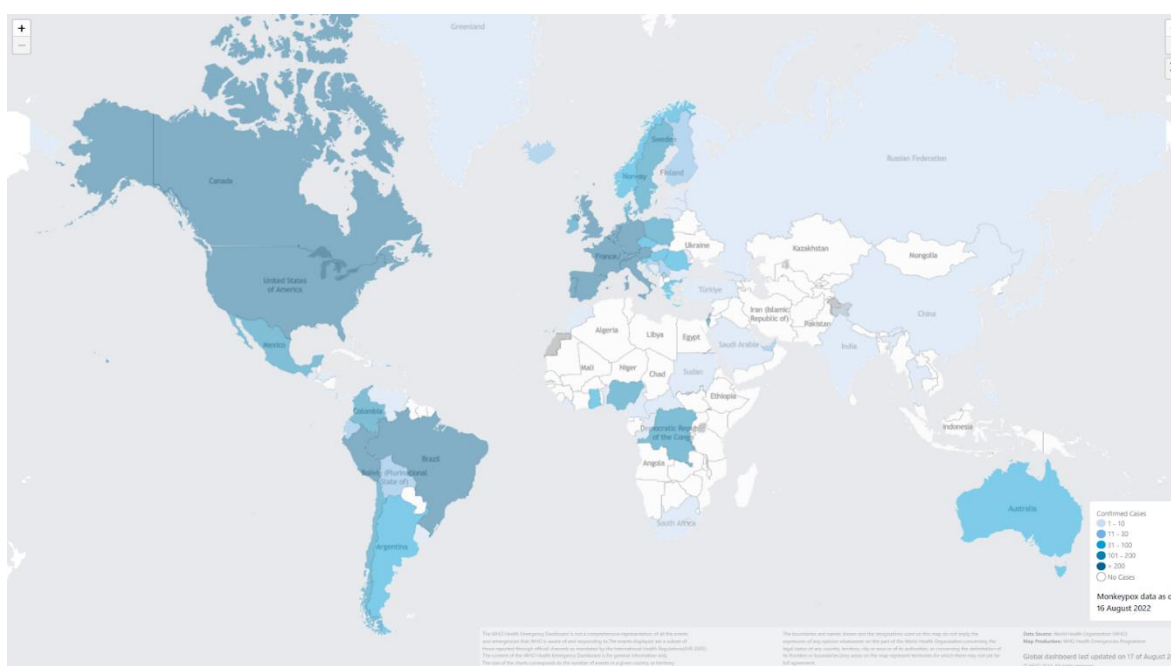
122

Países afectados

12

Personas fallecidas reportadas a OMS al 16 de agosto

Mapa 1. Distribución geográfica de casos de viruela símica reportados a OMS entre el 01/01 y el 16/08.



Fuente: [WHO Health Emergency Dashboard](https://www.who.int/emergencies/diseases/nipw/monkeypox)

Tabla 2. Viruela símica: Casos notificados y fallecidos por Región de la OMS, al 16-8-22.

Región	Casos	Fallecidos
Región de África	404	7
Región de las Américas	16.434	2
Región del Mediterráneo Oriental	33	0
Región de Europa	19.429	2
Región del Sudeste Asiático	13	1
Región del Pacífico Occidental	99	0

Fuente: [WHO Health Emergency Dashboard](https://www.who.int/emergencies/diseases/nipw/monkeypox)

Desde el 1 de enero hasta el 17 de agosto de 2022, se han registrado más de 36.000 casos de viruela símica confirmados por laboratorio en 122 países/territorios/área y 12 muertes distribuidas en cuatro de las seis Regiones de la OMS. A nivel mundial se han notificado 4.700 casos en los últimos 7 días.

En la Región de las Américas, del 04/08 al 11/08, hubo un incremento del 56% en relación a la semana previa. Por segunda semana consecutiva la Región de las Américas representa la mayor proporción de casos reportados a nivel mundial.

A la fecha, se han reportados dos muertes en la Región de las Américas, la primera reportada por Brasil y la segunda por Ecuador. Ambas personas eran de sexo masculino y poseían patologías preexistentes.

Para la semana mencionada la mayoría de los casos confirmados (1.459/1.568) son hombres; el 80% de 2.012 casos son de edad de 25 a 45 años de edad, y la mayoría (82%) se autoidentifican como hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

El 77% de los 1.479 casos en la Región de las Américas, con información disponible, son casos de transmisión local.

El día 23 de julio de 2022 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y debido a la rápida propagación del virus en al menos 75 países y territorios, 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 control⁸.

⁸ [https://www.who.int/news/item/23-07-2022-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-\(ihr\)-emergency-committee-regarding-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox](https://www.who.int/news/item/23-07-2022-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr)-emergency-committee-regarding-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox)

HEPATITIS AGUDA GRAVE DE ORIGEN DESCONOCIDO

SITUACIÓN NACIONAL AL 17/08/2022

10

Casos probables notificados

1

Caso probable fallecido

3

Casos probables trasplantados

23

Casos descartados

22

Casos pendientes de clasificación

3

Mediana de edad probables (Min 0 – Max 8)

29

Última semana epidemiológica en que se registraron casos probables.

32

Última semana epidemiológica en que se registraron casos pendientes en investigación.

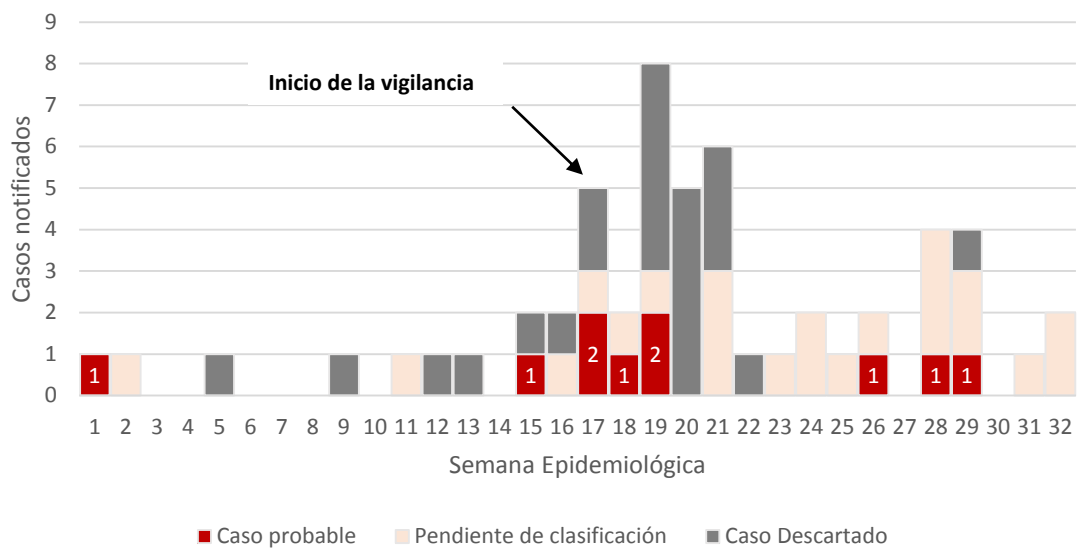
Tabla 1. Casos de hepatitis aguda grave de origen desconocido en pediatría, según jurisdicción de residencia y clasificación del caso.

Jurisdicción de residencia	Casos probables	Pendientes de clasificación	Casos Descartados	Notificaciones totales
Buenos Aires	2	11	14	27
CABA		3	1	4
Catamarca		1		1
Chaco		1		1
Chubut	1		1	2
Córdoba			1	1
Corrientes			2	2
La Pampa	1	1		2
Mendoza	1	1		2
Misiones	1	1	1	3
Neuquén	1		1	2
Rio Negro			1	1
San Juan	1			1
San Luis	1			1
Santa Cruz		1		1
Santa Fe	1	2		3
Tucumán			1	1
Total general	10	22	23	55

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología a partir de datos del SNVS 2.0.

El trabajo de recopilación de información y cierre de los casos se realiza en conjunto por los equipos de la Dirección de Epidemiología, la Coordinación de Hepatitis Virales y los laboratorios nacionales de referencia de Hepatitis Virales y Gastroenteritis virales del INEI-ANLIS y el equipo técnico del INCUCAI.

Gráfico 1. Curva de casos de Hepatitis Aguda Grave de origen desconocido en menores de 16 años, según clasificación del caso por SE*. Argentina, 2022.



*Calculada en base a la FIS y cuando no se encuentre, Fecha de apertura.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del SNVS 2.0

Documento integrado sobre hepatitis aguda grave:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/documento-integrado-sobre-hepatitis-aguda-grave>

Ficha de notificación:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ficha-de-notificacion-hepatitis-aguda-grave>

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 la vigilancia de las enfermedades respiratorias agudas de presunto origen viral
- ✓ Se prioriza el diagnóstico de COVID-19 en personas con síntomas respiratorios pertenecientes a los siguientes grupos:
 - Personas mayores de 50 años
 - Personas con condiciones de riesgo
 - 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
- ✓ Por lo tanto, el análisis de la información epidemiológica referida a la COVID-19 aborda desde dicha fecha la caracterización de la incidencia en la población de 50 y más años y la caracterización de los casos graves y los fallecimientos en la población general.
- ✓ 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 (No UMAs), Internado y/o fallecido por COVID-19 o IRA, Monitoreo de SARS-COV-2 y OVR en ambulatorios y los casos estudiados por laboratorio para la detección de virus respiratorios bajo vigilancia en Argentina a partir de los datos registrados al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS^{2.0}.

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE LA SE 31/2022

42.227

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana 31 en la población general.

71

Los fallecidos fueron informados en la semana 31. De estos, 35 ocurrieron en dicha semana.

19,48%

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

1,28%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 31/2022

- ✓ Entre la SE01 y SE30 de 2022 se registraron 665.620 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 102.342 casos de Neumonía, 117.328 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 23.382 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ En la SE 31 de 2022 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio la proporción de positividad para SARS-CoV-2, influenza y VSR entre las muestras analizadas por rt-PCR es de 24.79%, 9.28% y 6.04%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, desciende para influenza y VSR.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE23-31 el porcentaje de positividad para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 17.06%, 3.62% y 39.52%, respectivamente. Se observa un ascenso de la positividad para influenza y un descenso para VSR, en comparación con la semana previa.
- ✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de VSR, influenza, parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus.
- ✓ Hasta la SE 31 de 2022 se registraron 97 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

9.602.534

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 6 de agosto de 2022

129.440

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 6 de agosto de 2022.

92,1%

De los fallecidos en las últimas 4 semanas tenían 50 años o más.

82,3%

De la población argentina recibió al menos dos dosis de la vacuna contra la COVID-19.

100%

De los casos investigados en vigilancia genómica de SARS CoV-2 entre la SE04 y SE 27 corresponden a variante Ómicron en todas las regiones del país. Entre la SE25 y SE27 se observa que BA.4 y BA.5 se encuentran en ascenso mientras que la proporción de BA.2 disminuye.

46%

De la población argentina recibió el primer refuerzo. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 57,6% 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 70,8%.

90,5%

De la población de 18 y más años recibió al menos dos dosis contra la COVID-19.

92,3%

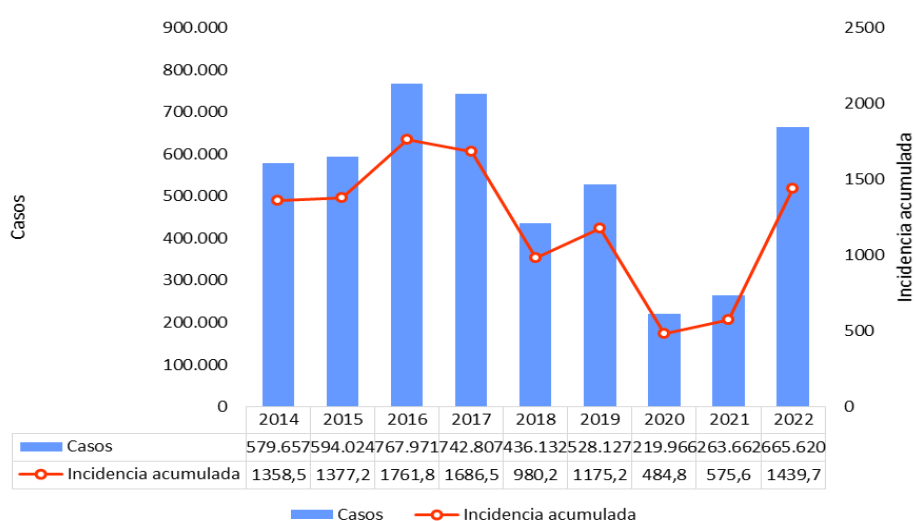
De la población de 50 y más años recibió dos dosis contra la COVID-19.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En las 30 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 665.620 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1439.7 casos/100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 30 semanas de los últimos nueve años, se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron el 2016 y 2017. El número de casos registrados presenta un descenso durante los años 2020 y 2021 en contexto del inicio y desarrollo de la pandemia de COVID-19 observándose un incremento en las semanas analizadas del año en curso (Gráfico 7).

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 30 – Año 2014-2022 Argentina.



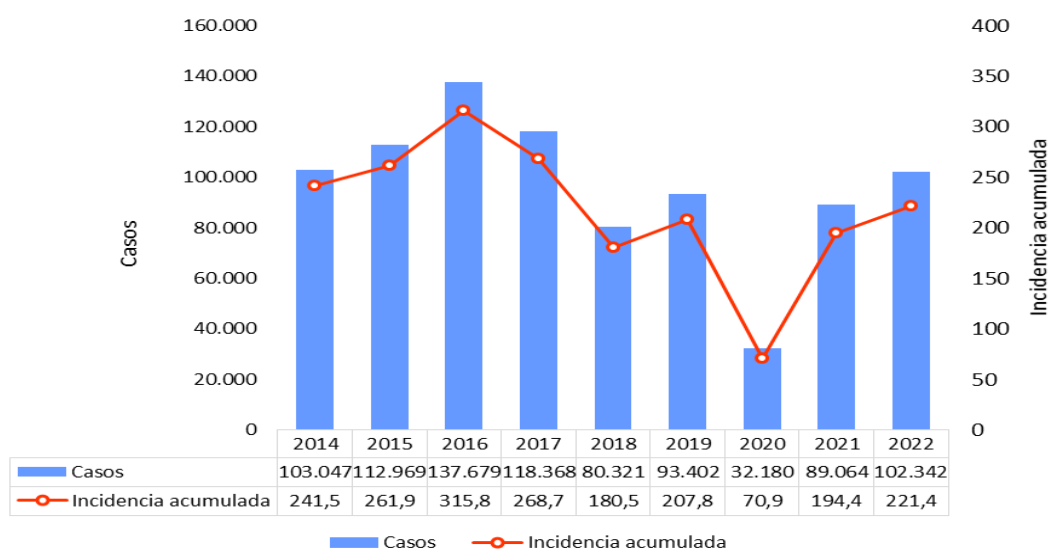
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

En las 30 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 102.342 casos de Neumonía, con una tasa de incidencia acumulada de 221,4 casos/100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 30 semanas de los últimos nueve años se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron 2016 y 2017, a partir de los cuales se observa una tendencia en descenso hacia el año 2020 que vuelve a incrementarse durante el año 2021 (Gráfico 8).

Gráfico 2: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a SE30 – Año 2014-2022. Argentina.⁹



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

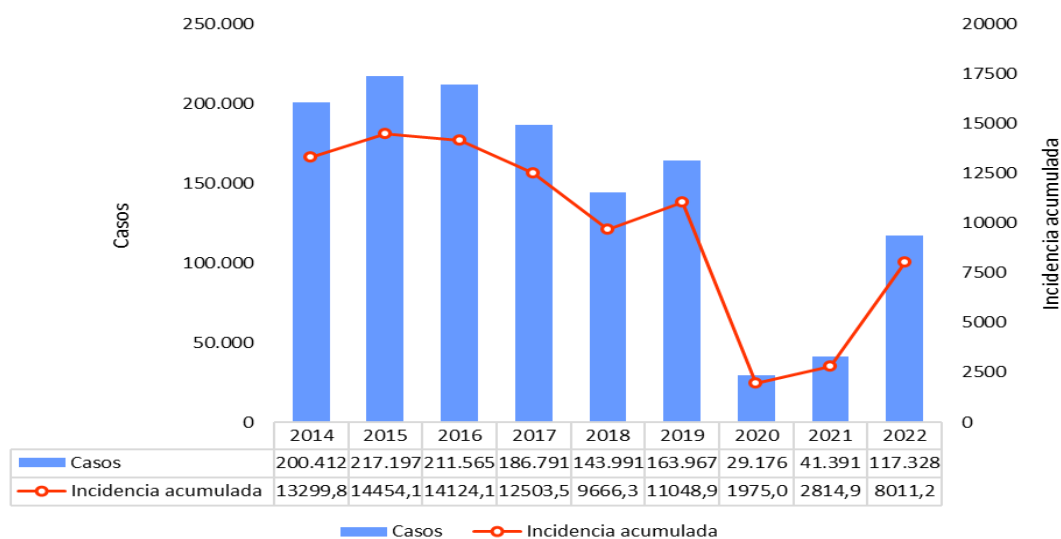
⁹ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las neumonías en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las neumonías en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

BRONQUIOLITIS

En las 30 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 117.328 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 8011,2 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 30 semanas de los últimos nueve años muestra que los años con mayor número de notificaciones fueron 2015 y 2016, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019 respecto del año previo y con un número inusualmente bajo registrado hasta el momento para 2020 y 2021. Durante el año en curso, los casos registrados vuelven a incrementarse, aunque en menor número respecto a años históricos (Gráfico 9).

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 30 – Año 2014-2022 Argentina.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 (SNVS) C2 y SNVS ^{2.0}

¹⁰ 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.

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 SE31 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 6.393, 3.450 y 2.600 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente. El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 por PCR asciende a un 33,84% en SE24, descendiendo en las 3 semanas posteriores. En la SE29 vuelve a ascender a 37,41% descendiendo a 19,48% en la SE 31. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE16-17 con un descenso posterior. En las SE26 y SE27 vuelve a ascender y se sitúa en un 1,28 % en la SE31. A partir de la SE21 el porcentaje de positividad para VSR fue en ascenso, manteniéndose estable entre las SE21-24 disminuyendo en SE25, en SE27 vuelve a incrementarse y alcanza el 3,6% en SE30. En la última SE analizada no se detectaron muestras positivas para VSR (Tabla 3- Gráfico 10).

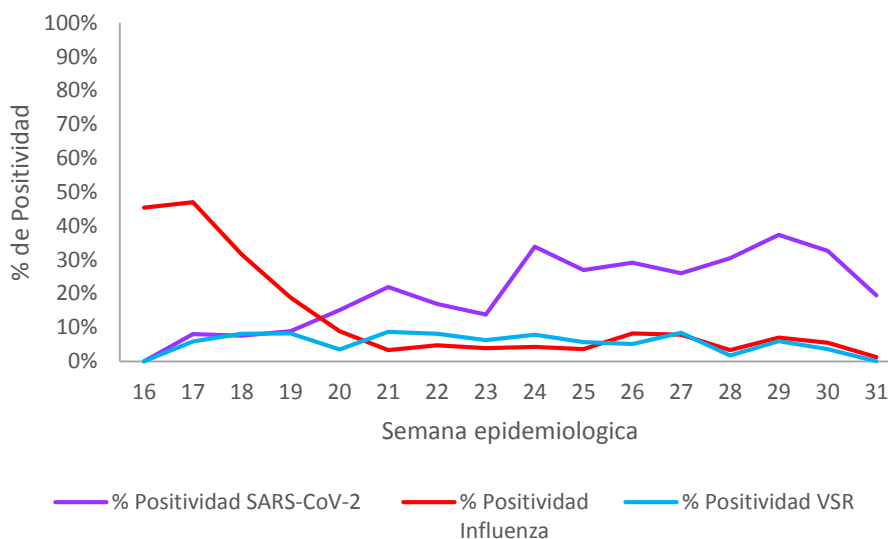
Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16-31 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.¹¹

	Última semana			SE16 – SE31		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	4.275	1.700	39.77%	51.274	20.276	34.58%
SARS-CoV-2 por PCR	267	52	19.48%	6.393	1.585	24.79%
Influenza	78	1	1.28%	3.450	320	9.28%
VSR	74	0	0.00%	2.600	157	6.04%

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.

¹¹ Se debe considerar para la interpretación de los porcentajes que el número de muestras notificadas en la última semana es aún escaso y se actualizará en la medida que se registre nueva información al SNVS.2.0.

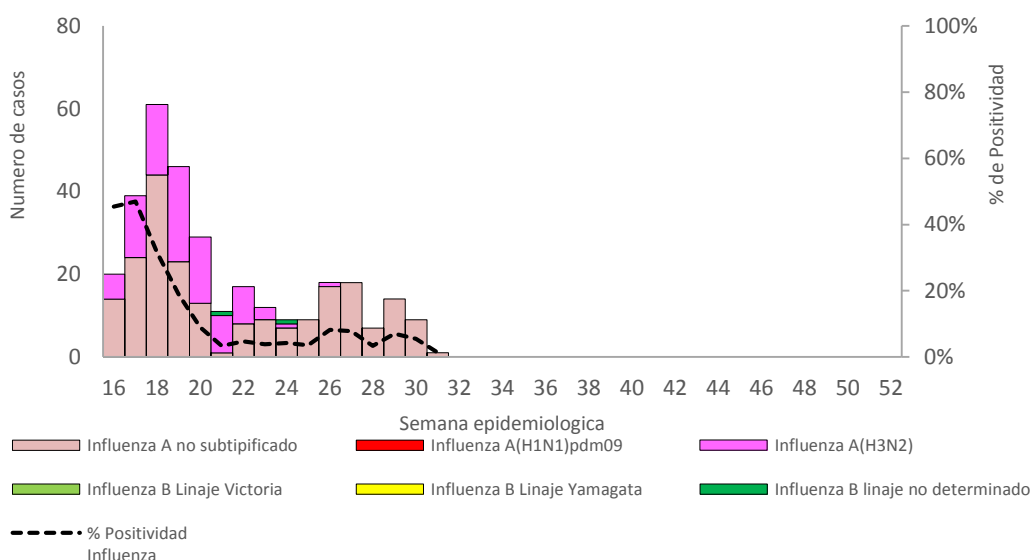
Gráfico 4. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16-31 Año 2022.¹²



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 con las muestras positivas para virus Influenza (n=320), 318 (99,3%) fueron positivas para Influenza A y 2 (0,7%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 100 muestras cuentan con subtificación, detectándose influenza A H3N2 (Gráfico 11).

Gráfico 5. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-31 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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

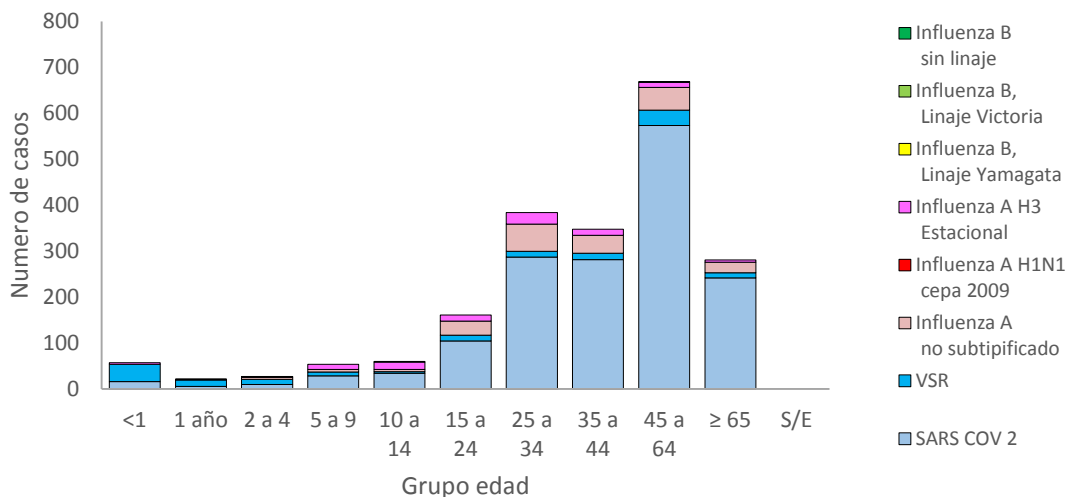
¹² Corresponde a las muestras analizadas para SARS-CoV-2, influenza y VSR por PCR.

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

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 45-64 años. Las muestras positivas para VSR también se registran en todos los grupos de edad, principalmente en los menores de 1 año y en segundo lugar, en el grupo de 45-64 años. (Gráfico 12).

Gráfico 6. Distribución absoluta de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados a SE 31 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

El objetivo de esta estrategia es monitorear los casos moderados y graves de infección respiratoria aguda y caracterizar la clínica, epidemiología y etiología de estos casos. Se presentan los datos relevados al evento evento “Internado y/o fallecido por COVID o IRA”.

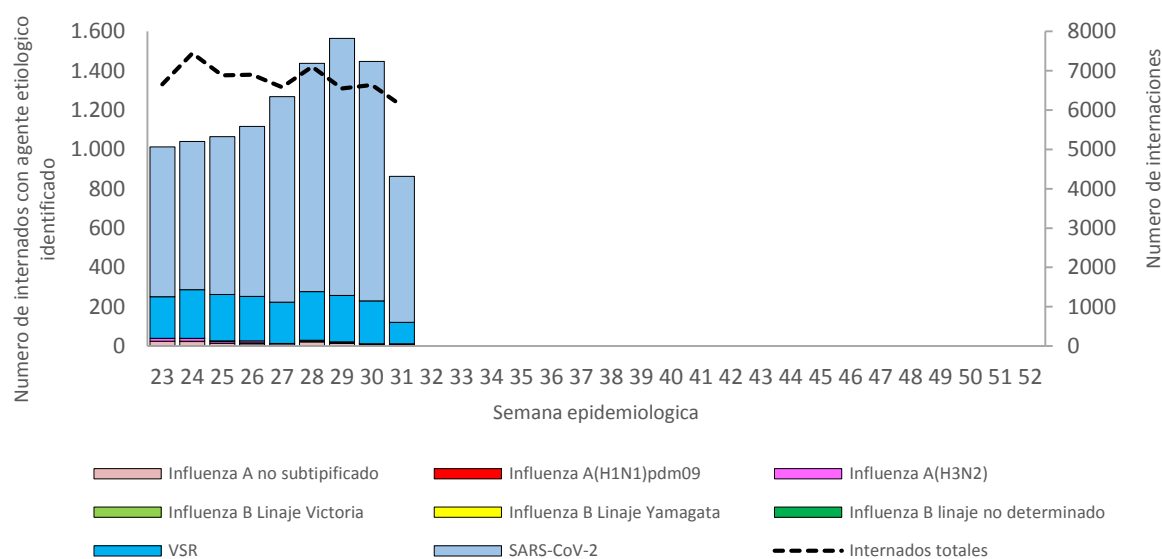
Entre la SE23-31, se notificaron 50.738 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 8.658 fueron positivas (porcentaje de positividad 17,06%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 6.074 muestras para virus influenza con 220 detecciones positivas (porcentaje de positividad 3,62%), de las mismas 214 fueron influenza A y 6 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 79 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 66 (83,54 %) son influenza A H3N2 y 13 (16,45%) son influenza A H1N1. En relación a influenza B, corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje.

Durante el mismo periodo, hubo 4.904 muestras estudiadas para VSR registrándose 1.938 con resultado positivo (porcentaje de positividad 39,52%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS.2.0 en SE 31 desciende respecto a la semana previa (Variación de 0,08%, Gráfico 13).

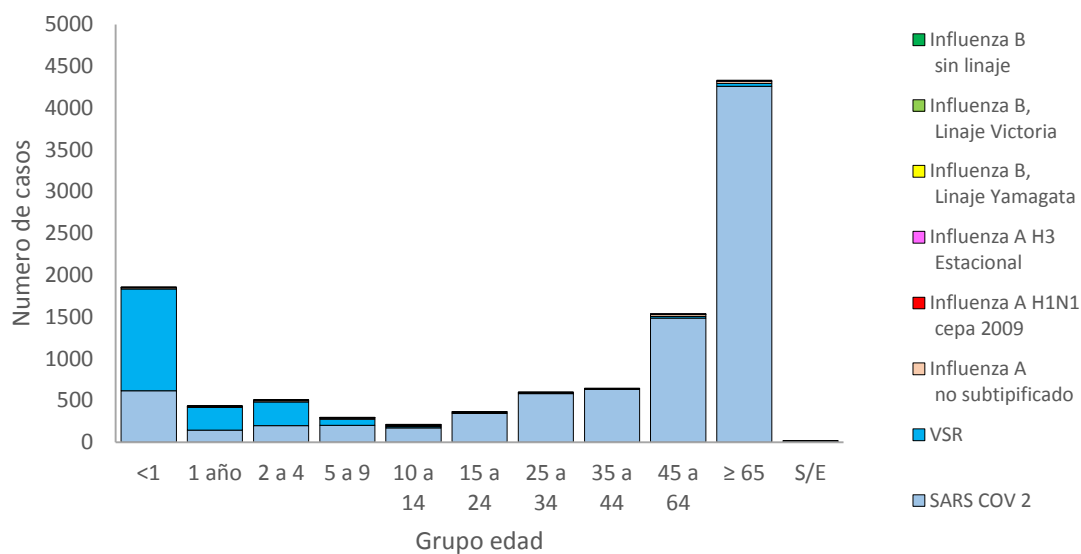
Gráfico 7. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23-31 Año 2022



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 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, ≥ 65 años y 45 a 64 en el periodo analizado (Gráfico 14).

Gráfico 8. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23-31 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}.

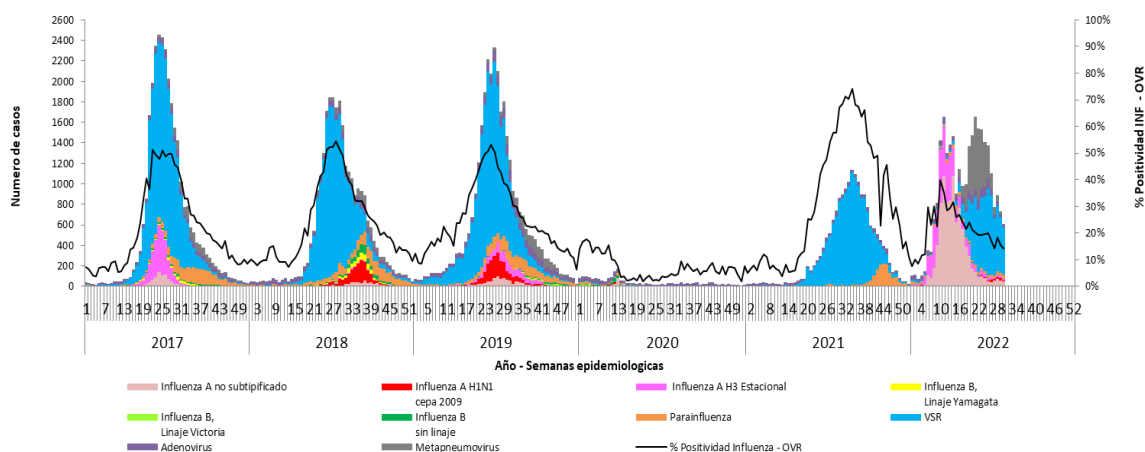
Hasta la SE 31 de 2022, se registraron 97 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

VIGILANCIA 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-19 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 (Gráfico 15).

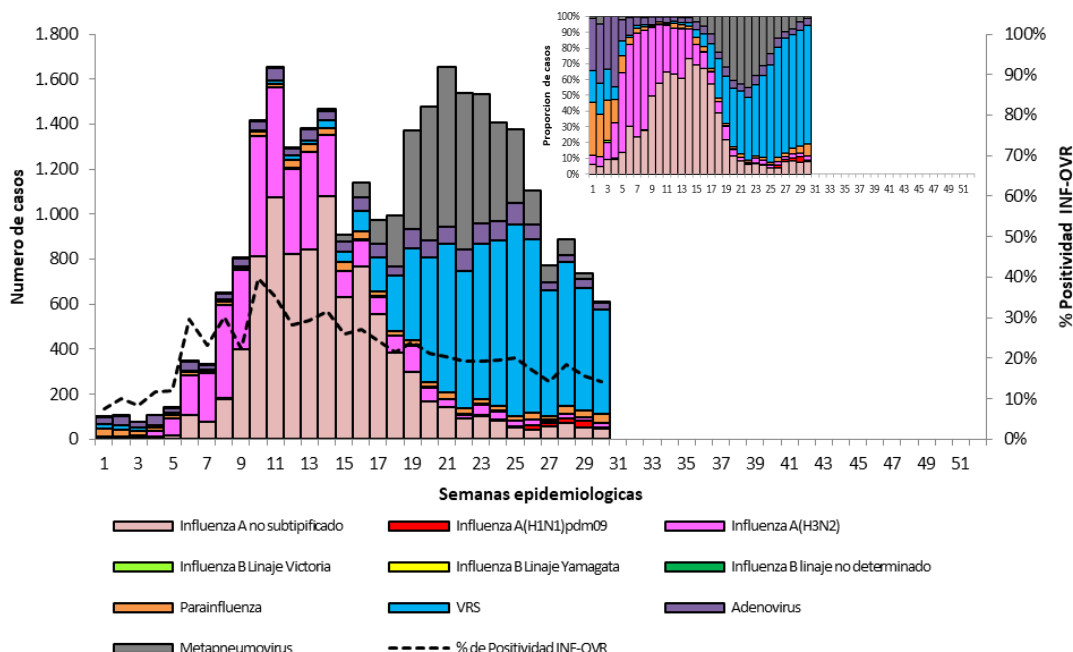
Gráfico 9. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2021. SE01-SE30 2022



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 SE30 se detecta circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: VSR, influenza, parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus (Gráfico 20). Se destaca la frecuencia absoluta y relativa de metapneumovirus en particular entre las SE16-26 y el descenso de virus Influenza en las últimas 14 semanas.

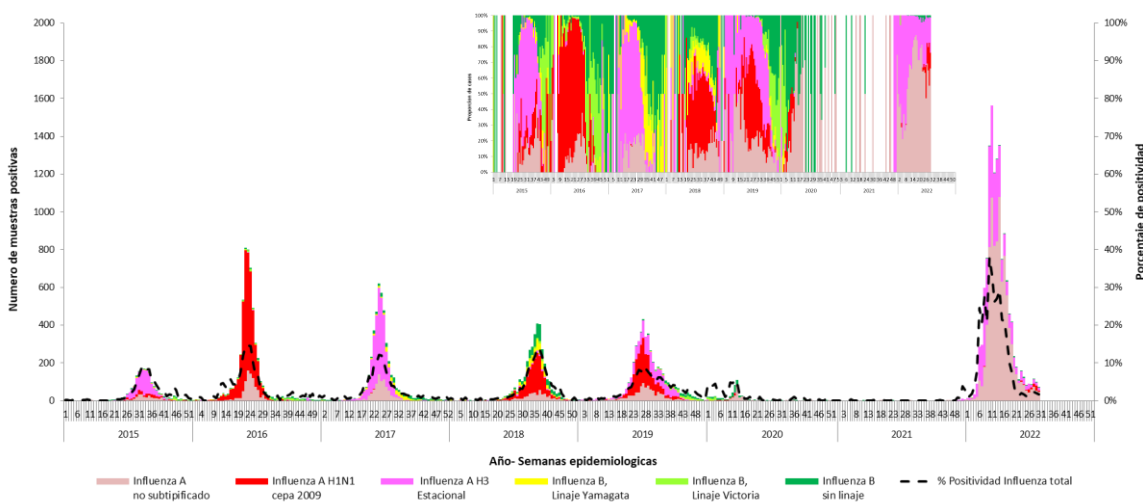
Gráfico 10. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01- SE30 de 2022. Argentina. (n=28.371)



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 con un descenso posterior a partir de la SE16. Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados la proporción de positividad para influenza se sitúa en 1,65% durante la SE30.

Gráfico 11. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica, SE 01 de 2015 a SE30 de 2022. Argentina.



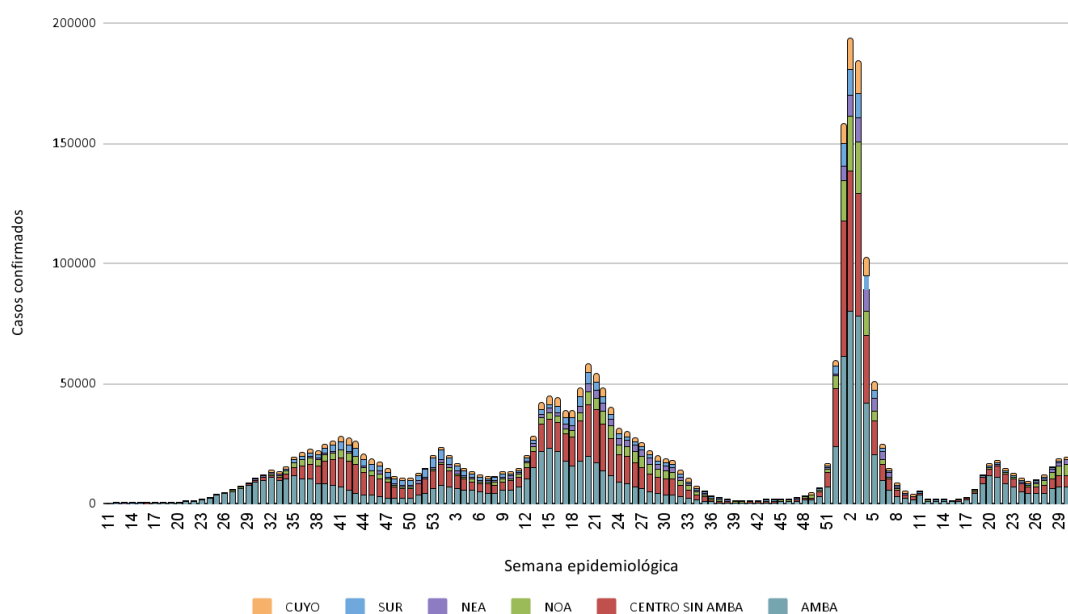
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

VIGILANCIA DE COVID-19

En Argentina, desde el inicio de la pandemia hasta el 6 de agosto de 2022, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 9.602.534 casos confirmados de COVID-19 y 129.440 fallecimientos. Respecto a la población de 50 y más años (población priorizada para el diagnóstico en la actualidad), desde el inicio de la pandemia hasta el 6 de agosto de 2022, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 2.453.192 casos confirmados de COVID-19 y 117.073 fallecimientos.

Para el análisis de la tendencia de los casos se utiliza como variable temporal la fecha de inicio del caso¹³. Considerando dicha fecha, se registra un aumento de los casos del 7% durante la SE 30 en relación a la semana previa (aumento de 3.046 casos) (Gráfico 18).

Gráfico 12. Casos confirmados en población de 50 años y más por semana epidemiológica¹⁴ según región del país. SE 10/2020 - SE 31/2022, Argentina



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

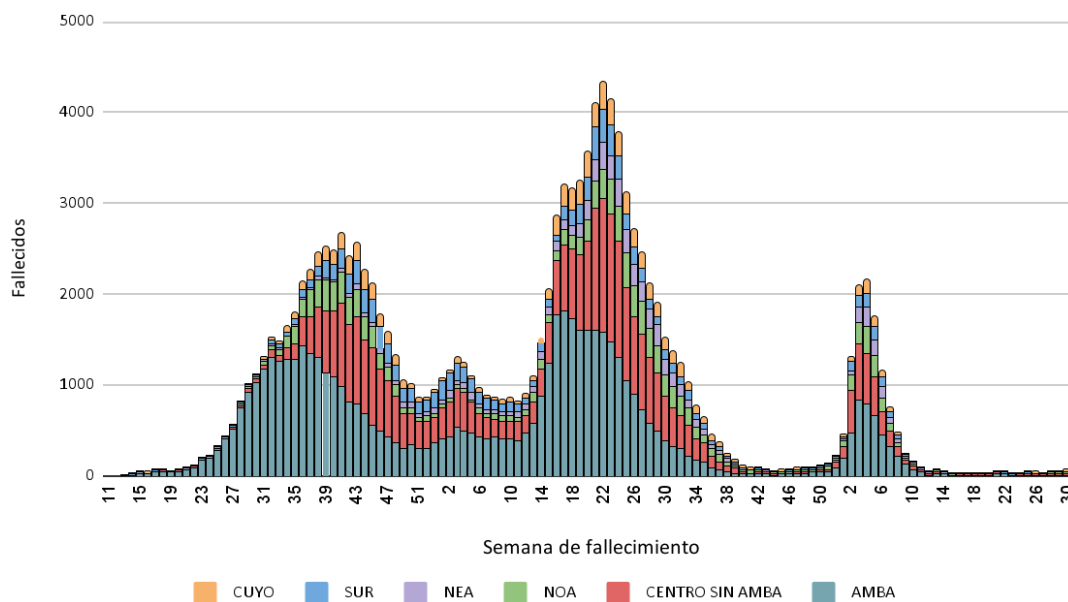
En cuanto a los fallecimientos, para la SE 30 se registraron 68 muertes con fecha de fallecimiento en esa semana, similar a lo registrado la semana previa, según las notificaciones realizadas a la

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.

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.

SE 31. Se destaca que desde la SE 12/2022 se observa la cantidad de fallecidos por semana más baja desde el comienzo de la pandemia (Gráfico 19).

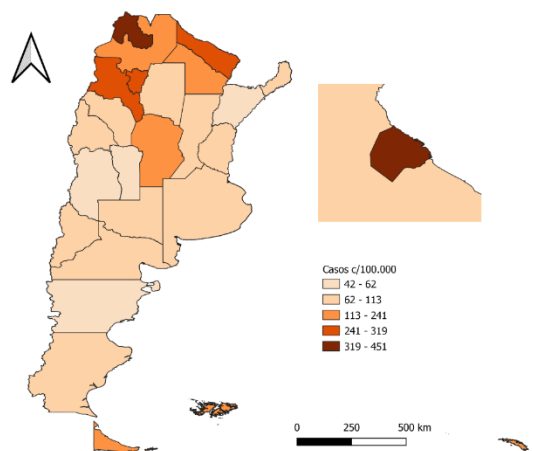
Gráfico 13. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE1/2020 a SE 31/2022, Argentina según regiones.



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

La incidencia de casos de COVID-19 a nivel nacional en mayores de 50 años en las últimas 4 semanas (SE 28 a SE 31/2022) fue de 143,8 casos cada 100.000 habitantes. Las jurisdicciones que presentaron las tasas más elevadas fueron Jujuy y CABA (Mapa 3).

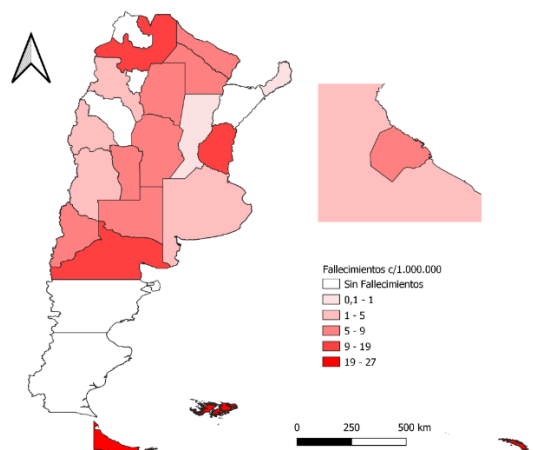
Mapa 1. Incidencia en población de 50 y más años cada 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 28 a 31/2022, Argentina. N=66.496.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}). Poblaciones utilizadas: INDEC proyección 2022.

En cuanto a la tasa específica de mortalidad por COVID-19 (Mapa 4), a nivel nacional esta fue 5 fallecidos por cada millón de habitantes considerando el período comprendido en las últimas 4 semanas (SE 28 a 31). Las provincias con las mayores tasas para el período fueron Tierra del Fuego, Entre Ríos, Salta y Río Negro.

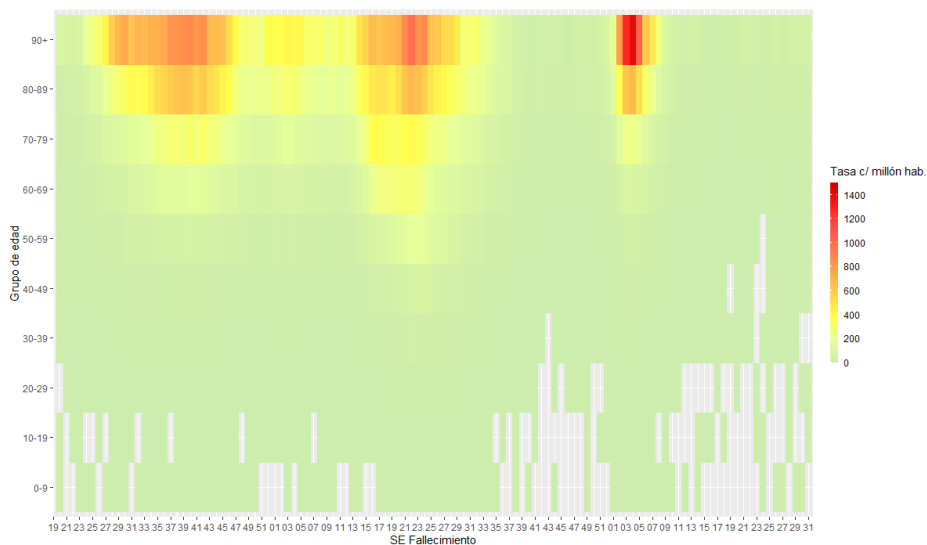
Mapa 2. Tasa de mortalidad acumulada por 1.000.000 de habitantes por jurisdicción de residencia. SE 28 a 31/2022, Argentina. Argentina. N=235.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}). Poblaciones utilizadas: INDEC proyección 2022.

Si se analiza la tasa de mortalidad en su evolución a lo largo de las semanas se observa que son más altas en los grupos de edad más avanzada (mayores de 70 años). A partir de la SE 12 del año en curso y a nivel país, se registran de manera sostenida las tasas de mortalidad por semana más bajas de la pandemia.

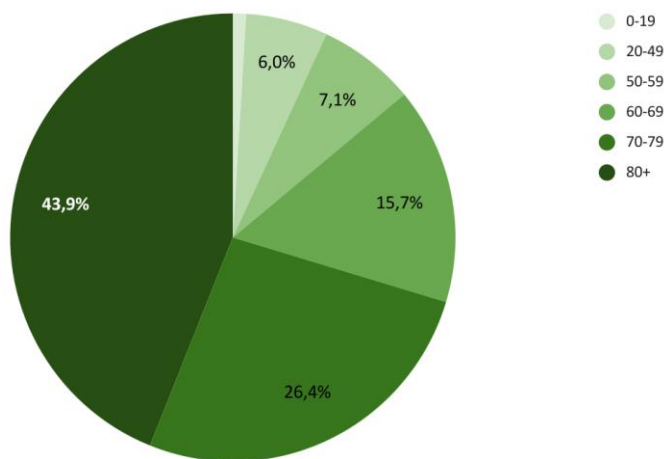
Gráfico 14. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/20 a 31/22.



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 2022, se observa que el 93,1% tenían 50 años o más.

Gráfico 15. Fallecidos por grupo edad. Total País, SE 01 a 31/22. N=11.780*



*Nota: Se excluye un fallecido sin dato de edad correspondiente al período informado.

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

Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 09/08/22 SE 31.](#)

INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

Omicron es actualmente la variante dominante que circula a nivel mundial. El patrón de alta transmisión observado para Ómicron ha facilitado la aparición de mutaciones adicionales que definen diferentes sublinajes clasificados dentro la misma variante. A la fecha, se han reportado globalmente 5 diferentes linajes principales de Ómicron: BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 y BA.5 y sus linajes descendientes (BA.1.1, BA.2.12.1, entre otros). En la actualidad, las proporciones de BA.5 continúan en ascenso en diferentes regiones.

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 la SE25 y SE27 se observa que BA.4 y BA.5 se encuentran en ascenso mientras que la proporción de BA.2 disminuye: la proporción de BA.4 aumenta de 9.2% a 13.6% (y a 15.5% si se consideran solo las muestras con identificación de linaje), BA.5 se incrementa de 8.5% a 14.8% (y a 16.9% si se consideran solo las muestras con identificación de linaje), Ómicron compatible con BA.4/BA.5 aumenta de 10% a 20.9% (y a 23.9% si se consideran solo las muestras con identificación de linaje), y la proporción de BA.2 desciende de 55.4% a 24.7% (y a 28.2% si se consideran solo las muestras con identificación de linaje).

Para el resto de las variantes del virus (incluida Delta) no se registran casos desde la SE03 de 2022.

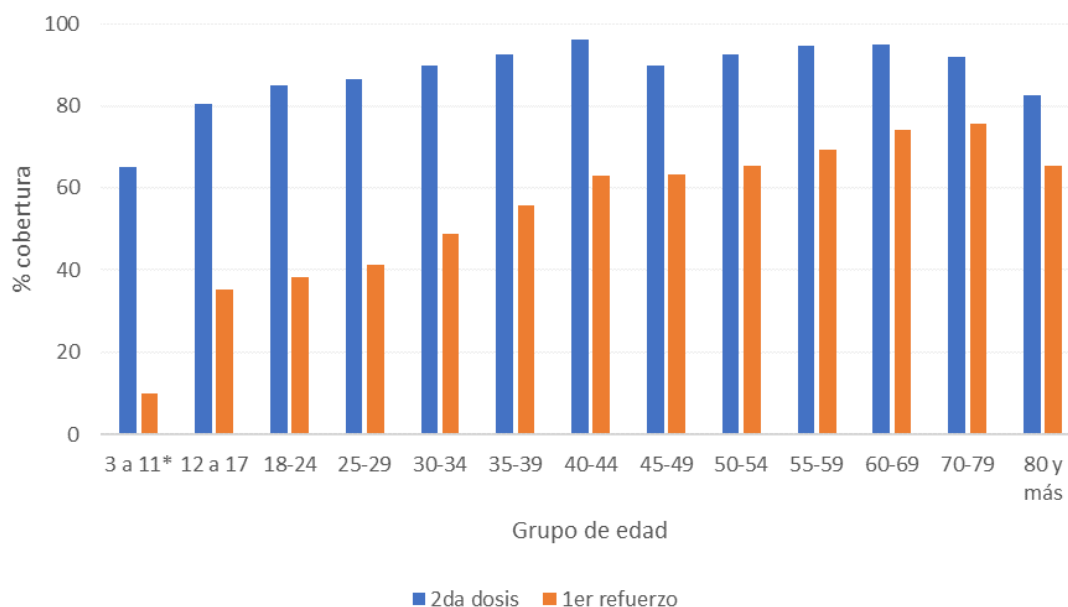
Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 09/08/22 SE 31](#) y el [Informe de Vigilancia Genómica SE 30](#).

INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas de segunda dosis, el 82,3% de la población argentina recibió dos dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 90,5% de la población de 18 y más años recibió las dos dosis, mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura de la segunda dosis es del 92,3%. Con respecto al grupo de entre 12 y 17 años, hasta la SE31, la cobertura alcanzó el 80,6%. En el grupo de 3 a 11 años, entre el inicio del plan de vacunación en la SE41/2021 hasta la SE31, la cobertura alcanzó el 65,1%.

Respecto de las coberturas del primer refuerzo, el 46% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 57,6% 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 70,8%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años la cobertura alcanzó el 35,4% y en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 10,1%.

Gráfico 16. Coberturas de 2da dosis y 1er refuerzo por grupo de edad. SE 31**



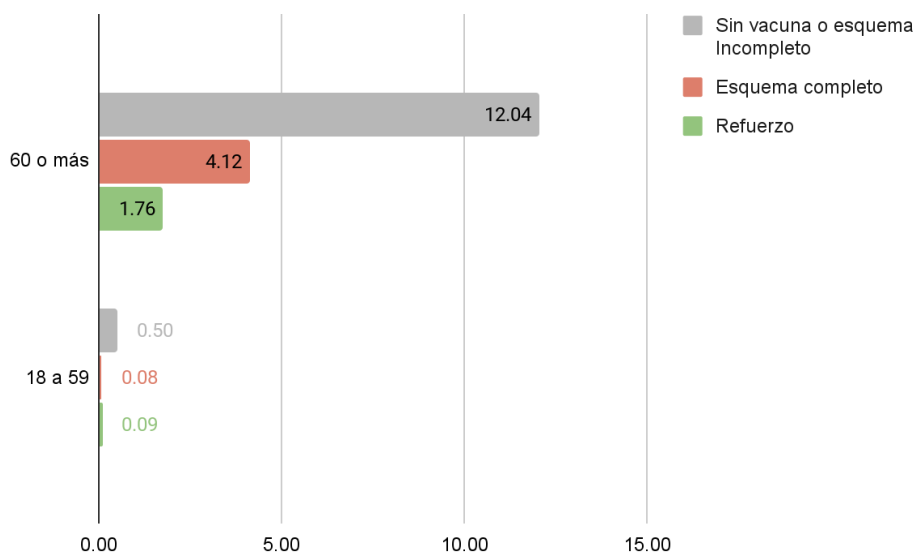
Fuente: Informe de avance vacunación contra COVID-19. DICEI. Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NoMiVac).

*El 1er refuerzo se aplica en el grupo de 5 a 11 años.

** Se actualizaron las proyecciones de población utilizadas como denominadores al año 2022.

En cuanto a los casos fallecidos según condición de vacunación, entre las SE28-SE31 se registraron 12,04 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o con esquema incompleto. Se produjeron 4,12 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 1,76 muertes cada 100.000 habitantes.

**Gráfico 17. Tasas de mortalidad c/100.000 hab según grupo de edad y estado de vacunación.
SE 28 - SE 31/2022, Argentina*.**



Se excluyen los grupos de 3 a 17 años debido a que las tasas son muy inestables por presentar numeradores muy pequeños (inferiores a 5 casos).

**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 RESPIRATORIOS¹⁵

América del Norte: en general, la actividad de la influenza disminuyó en la subregión, mientras que el porcentaje de positividad de SARS-CoV-2 aumentó. En México la actividad de influenza permaneció baja con predominio del virus A(H3N2); la actividad moderada de IRAG y de elevada intensidad de ETI fueron relacionadas con circulación elevada de SARS-CoV-2. En los Estados Unidos, la actividad de la influenza fue baja, predominando los virus influenza A(H3N2). La actividad del VRS se mantuvo estable respecto a las semanas previas mientras que la actividad del SARS-CoV-2 y el número de hospitalizaciones asociadas a la COVID-19 continuaron elevados.

Caribe: la actividad de la influenza se mantuvo muy baja, con predominio del virus influenza A(H3N2) en la subregión. La República Dominicana notificó un aumento de la actividad del SARS-CoV-2, con actividad de IRAG por debajo de los umbrales epidémicos; mientras que en Haití, se reportó elevada actividad de SARS-CoV-2 y de IRAG. En la República Dominicana, la actividad del VRS se mantuvo elevada como esperado en el inicio de la temporada con circulación concurrente de SARS-CoV-2.

América Central: la actividad de la influenza continuó en descenso en la subregión, con predominio de influenza A(H3N2) en tanto la actividad de VRS aumentó. En Nicaragua la actividad de la influenza ascendió en niveles de intensidad moderados con predominio del virus A(H3N2) y circulación concurrente del VRS. La actividad del SARS CoV-2 continuó en aumento en toda la subregión con niveles elevados en Costa Rica, Honduras y Guatemala. Los recuentos de casos de ETI asociados con influenza y SARS-CoV-2 se mantuvieron en niveles moderados en Guatemala.

Países Andinos: la actividad de la influenza se mantuvo baja con predominio de A(H3N2), excepto en Bolivia y Perú donde la circulación aumentó por encima de los niveles epidémicos. La actividad del SARS-CoV-2 siguió aumentando en Bolivia, Colombia y Perú. En Bolivia, las hospitalizaciones por IRAG aumentaron a niveles de intensidad elevada asociados a la circulación concurrente de influenza y SARS-CoV-2.

Brasil y Cono Sur: en general, la actividad de la influenza se mantuvo en niveles bajos con predominio de influenza A(H3N2) a expensas de la circulación en Chile y Uruguay. La actividad del SARS-CoV-2 siguió en aumento en niveles moderados en toda la subregión. Chile, Paraguay y Uruguay reportaron actividad de la IRAG elevada sobre los niveles epidémicos para el periodo, con predominio de VRS y SARS-CoV-2 en Chile y Uruguay. En Paraguay predominó el SARS-CoV-2.

Global: La actividad de influenza ha disminuido de forma constante, desde el pico observado en marzo de 2022. En las zonas templadas del hemisferio sur, la actividad de influenza pareció disminuir durante este periodo del informe. En Oceanía, las detecciones principalmente de influenza A(H3N2) disminuyeron en general, pero se notificó una actividad elevada de la ETI en algunas islas del Pacífico. En el sur de África, la actividad de la influenza disminuyó en general con detecciones continuas de influenza A(H1N1)pdm09, influenza A(H3N2) y algunos virus de la influenza B. En África tropical, la actividad de influenza continuó disminuyendo. De las detecciones reportadas los virus de la influenza A predominaron. En el sur de Asia, las detecciones de influenza predominantemente A(H3N2) estuvieron en niveles similares a las semanas anteriores y se mantuvieron en niveles bajos en general. En el Sudeste Asiático, las

¹⁵Tomado de: Reporte de Influenza SE30 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS.

detecciones del virus de la influenza disminuyeron, con predominio de influenza A(H3N2). En Europa, en general la actividad de la influenza se mantuvo en niveles interestacionales bajos, con influenza A(H3N2) predominante entre los virus con subtipo determinado. En Asia Central y en el norte de África no se informaron detecciones de influenza. En el este de Asia, la actividad de la influenza predominantemente A(H3N2) parece que alcanzó su punto máximo. En otros lugares, los indicadores y la actividad de la enfermedad gripal permanecieron bajos. En Asia occidental, se informó un bajo número de detecciones de los virus de la influenza A(H1N1)pdm09, A(H3N2) y B.

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19¹⁶

581.831.612

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS hasta el 7 de julio de 2022

6.413.423

Personas fallecidas en el mundo.

6.980.516

Casos nuevos reportados en la última semana.

14.563

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

3%↑

A nivel global en la última semana el número de casos nuevos aumentó levemente respecto de la semana previa.

9%↓

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

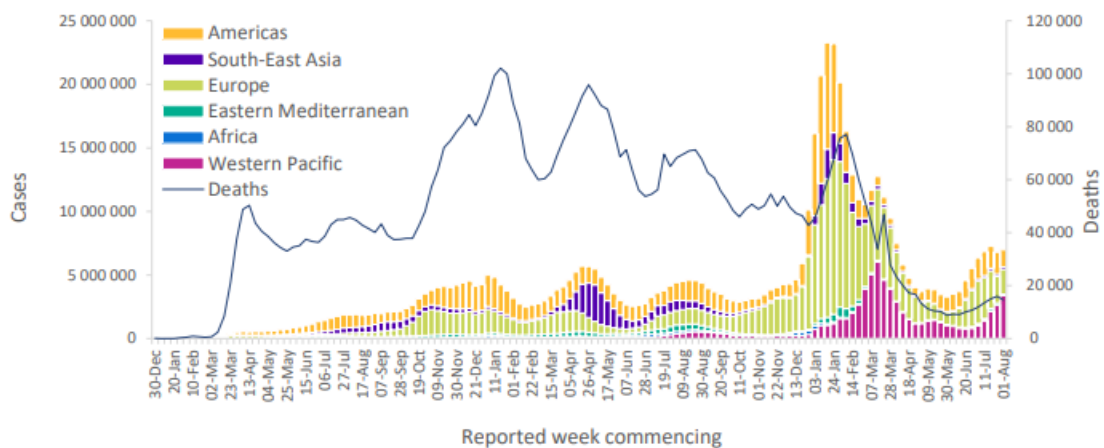
A nivel mundial, **el número de casos nuevos se mantiene estable** (en la última semana aumentó levemente con respecto a la semana previa), y el número de fallecimientos disminuyó. En la Región de las Américas el número de casos disminuyó en un 22% y el de fallecidos disminuyó en un 10%, en comparación con la semana previa.

- ✓ 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.
- ✓ Respecto de las variantes circulantes, a nivel mundial, los linajes predominantes de la variante Omicron son BA.4 y BA.5. Según muestras estudiadas en la SE 30, respecto de

¹⁶ 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>

la semana previa la proporción de secuencias notificadas de BA.5 aumentó de 68,9% a 69,7%, mientras que las proporciones de BA.4, BA.2.12.1 y BA.2 disminuyeron.

Gráfico 18. 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 7 de agosto de 2022.

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 31/2022, primera semana de la temporada 2022-2023. Correspondiente al período interepidémico. La vigilancia epidemiológica continúa activa a pesar de que la circulación viral ha cesado a lo largo del país.

En la SE 31/2022), se notificaron 15 casos con sospecha de dengue, de los cuales el 60% presentó pruebas de laboratorio negativas y el 40% restante se encuentran en estudio. Las notificaciones se registraron en siete provincias del país. No se registran casos confirmados hasta el momento.

RESUMEN DE LA TEMPORADA 2021-2022

Para la temporada 2021-2022 se confirmaron 789 casos sin antecedente de viaje al exterior, todos ellos durante el 2022. Los casos se presentaron en las provincias de Salta, Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, Santiago del Estero y Misiones. Salta aportó un 77% de los casos confirmados, seguida por Buenos Aires con un 19% y Santa Fe con un 3%. Si bien los casos se distribuyeron entre las SE 04 y la SE 23 del 2022, el 62% de los mismos se concentró entre las SE 14 y 18. No se registraron casos confirmados fallecidos.

Durante este período, siete localidades presentaron circulación viral. En la provincia de Salta se evidenció circulación en Profesor Salvador Mazza, Tartagal, Aguaray, Santa Victoria Este y

Rivadavia. En la provincia de Buenos Aires se registró un brote en varias localidades del partido de La Matanza y en la provincia de Santa Fe en la localidad de Rafaela.

Se estudió el serotipo del 30% de los casos. De ellos, el 89% registró serotipo DEN-2 (Salta y un caso en Santiago del Estero), y el restante 11%, serotipo DEN-1 (Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba).

En cuanto a casos importados, fueron confirmados 23 casos con antecedente de viaje al exterior del país, provenientes de Brasil, Bolivia, Costa Rica, México, Maldivas y Cuba.

Del total de los casos reportados durante el período de estudio, el 15% corresponde a casos confirmados, 2% a casos probables, 57% a casos sospechosos no conclusivos, el 19% a casos descartados y un 6% se encuentran aún en estudio.

INFORMACIÓN REGIONAL DEL DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE 31

Dengue, Zika y Chikungunya en países limítrofes

Durante el 2022, a SE 31/2022, se registraron en Bolivia, Brasil, Paraguay y Argentina los serotipos DEN-1 y DEN-2. Además, se registró también circulación del serotipo DEN-4 en Brasil. Uruguay presenta 7 casos confirmados y Chile no registra casos de dengue.

Tabla 1. 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*. SE 01/2022 a 31/2022.

País	Última actualización	Serotipos circulantes	Total casos	Tasa de incidencia	Confirmados laboratorio	Muertes	Letalidad
Brasil	SE 30	DEN 1, 2 y 4	1.910.657	892,86	961.748	774	0,040
Bolivia	SE 27	DEN 1 y 2	8.397	70,96	2.962	5	0,060
Paraguay	SE 29	DEN 1 y 2	4.744	65,71	153	0	0,000
Uruguay	SE 20	-	29	0,83	7	0	0,000
Argentina	SE 30	DEN 1 y 2	814	1,76	814	0	0,000

*Se excluye de la tabla al país limítrofe Chile, donde no hay circulación viral de dengue.

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}).

El estado de Rio Grande do Sul en Brasil emitió una alerta máxima contra el dengue el día 20 de abril de 2022. A la SE 30/2022 se han confirmado 49.149 casos autóctonos correspondientes a este año y 65 fallecimientos.

En cuanto a otras arbovirosis, Brasil, Bolivia y Paraguay registran casos de Fiebre Chikungunya; y Brasil y Bolivia de Enfermedad por virus Zika. En ambos eventos la mayor cantidad de confirmados se concentra en Brasil. (Tabla 5).

Tabla 2. 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 31/2022.

País	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus de Zika		
	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes
Brasil	SE 30	84.877	40	SE 27	1.692	0
Bolivia	SE 27	11	0	SE 27	3	0
Paraguay	SE 30	128	0	SE 29	0	0
Argentina	SE 30	0	0	SE 30	0	0

*Se excluyen de la tabla a los países limítrofes Chile y Uruguay donde no hay circulación de los virus Zika y Chikungunya.

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}).

Fiebre Amarilla

En cuanto a la situación de la Fiebre Amarilla en países limítrofes para el año 2022, se registró únicamente un caso confirmado en Brasil, con lugar de contagio al norte de Brasil, región lejana a la frontera con Argentina. A lo largo del año 2021 se han registrado únicamente casos en Brasil y Bolivia.

Situación en Brasil

Actualmente la vigilancia del virus se concentra principalmente en la región sudeste del país. Los estados limítrofes con Argentina, Santa Catarina, Paraná y Rio Grande do Sul, registran circulación viral desde 2018.

Para el período de estudio (de julio a 2021 a junio del presente año), en Santa Catarina se notificaron 122 epizootias en primates no humanos. En cuanto a casos humanos, para el mismo período, se notificaron 90 casos sospechosos, de los cuales 89 fueron descartados y uno confirmado con evolución fatal y antecedente de viaje al norte de Brasil. Del total de los casos registrados en este período, 56 corresponden al presente año.

En el año 2022 el Estado de Rio Grande Do Sul notificó cuatro casos sospechosos de fiebre amarilla que se concluyeron como descartados. Hasta la SE 02/2022, se ha registrado 267 casos sospechosos de epizootias, ninguno de ellos transcurrido durante el 2022¹⁷.

No se cuenta con información sobre la situación de Fiebre en el Estado de Paraná para dicho período.

CONCLUSIONES

Desde el inicio de la temporada actual (SE 31/2022 a la fecha), no se han registrado casos confirmados de dengue.

A lo largo del país, no se registra evidencia de circulación viral, habiéndose presentado el último caso confirmado por laboratorio ocho semanas atrás, sin vínculo epidemiológico con otros casos. Se refuerza en este contexto la importancia de la vigilancia por laboratorio para el cierre de casos mediante pruebas moleculares que permitan determinar la circulación actual del virus en las zonas afectadas.

En conjunto con la vigilancia regional y provincial, se hace imprescindible el análisis de la situación de salud referente a arbovirosis de países limítrofes como Brasil, Bolivia y Paraguay.

¹⁷ Informativo Epidemiológico de Arboviroses, Setembro de 2021, SE 40/2021. <https://www.cevs.rs.gov.br/dengue-chikungunya-zika-virus>

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).

En la sección **Herramientas para la vigilancia** de este boletín se presenta una nueva actualización del **algoritmo de diagnóstico de dengue**.

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA



WEBINAR SOBRE VIRUELA SÍMICA PARA EQUIPOS DE VIGILANCIA Y CONTROL

INTRODUCCIÓN

El 17/08 tuvo lugar una reunión virtual organizada por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación dirigida a equipos de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades de todo el país con el objetivo de compartir información sobre las características de la enfermedad y el brote actual (transmisión y reservorio; el virus, antecedentes epidemiológicos, características clínicas y epidemiológicos del brote actual), describir la situación epidemiológica internacional y nacional y difundir las principales medidas de salud pública (vigilancia epidemiológica, aislamiento y manejo de casos, rastreo de contactos). La presentación realizada puede consultarse [aquí](#).

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

En un trabajo conjunto de la Dirección de Epidemiología, Laboratorios, Programas y Direcciones del Ministerio de Salud de la Nación involucradas y las Direcciones de Epidemiología y referentes de vigilancia epidemiológica jurisdiccionales, se terminó de consensuar durante 2021 la actualización del *Listado de Eventos de Notificación Obligatoria* y el *Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria*. Actualmente se encuentra en trámite la resolución ministerial que oficializará esta actualización. Cuando culmine dicho proceso podrá accederse al documento oficial en la página web del Ministerio de Salud. Mientras tanto, como herramienta para la realización de las acciones de vigilancia y control puede accederse al texto provisional del Manual en el siguiente código QR:



Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia
y Control de Eventos de Notificación Obligatoria
2022

*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina