

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLOGICA

33

NÚMERO 615
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	40
INFORMES ESPECIALES	45
Vigilancia de enfermedad febril exantemática	46
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA	52
Fiicha de vigilancia centinela de infección respiratoria aguda grave (IRAG)	53
Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria	54

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	Análí López Almeyda
María Belén Markiewicz	Paula Rosin	Laura Bidart
Maria Eugenia Chaparro	Fiorella Ottonello	Maríel Caparelli
Luciana Iummató	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 Vladimírsky¹, Juan Stupka y Juan Digioseppe², Daniela Hansen Krogh y Liliana Bisignano³, Soledad Alonso, Emma Coronel y Roxana Aquino⁴
Informe sobre Viruela símica: Adrián Lewis⁵

Informe sobre Infecciones respiratorias agudas: Elsa Baumeister y Andrea Pontoriero⁶

Informe sobre dengue y otros arbovirus: Cintia Fabbri, Alejandra Morales y Victoria Luppo⁷

Informe sobre Enfermedad Exantemática: Gabriela Elbert, Marcela López Yunes⁸, Alejandra Gaiano⁹, Lorena Pérez¹⁰, Teresa Varela¹¹, Marcelo Regner¹² y Gabriela Miranda¹³

Imagen de tapa: Rash de sarampión. Ministerio de Salud de la Nación.

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 laboratorio 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 LNR Influenza y otros virus respiratorios, INEI-ANLIS

⁷ Laboratorio Nacional de Referencia de dengue y otros arbovirus - INEVH-ANLIS).

⁸ Dirección de control de enfermedades inmunoprevenibles - DCEI.

⁹ Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) Buenos Aires

¹⁰ Sala de Situación provincial en la Dirección de Epidemiología de Buenos Aires

¹¹ Dirección de vigilancia epidemiológica y control de brotes.

¹² Epidemiología e inmunizaciones de la Región Sanitaria V - Buenos Aires

¹³ Directora de Epidemiología del Municipio de Vicente López

SITUACIONES EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES



VIRUELA SÍMICA

SITUACIÓN NACIONAL AL 24/08/2022

133

0

Casos confirmados reportados

Personas fallecidas en el país

- ✓ Hasta el 24 de agosto se confirmaron 133 casos. Del total de casos confirmados, 38 presentaron antecedentes de viaje fuera del país previo al inicio de los síntomas. De los 95 casos sin antecedente de viaje, 71 cuentan con datos que refieren contacto sexual con viajeros o desconocidos o contacto estrecho con un caso confirmado.
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 35 años con un mínimo de 18 años y un máximo de 58 años.
- ✓ El 71,4% de los casos confirmados fueron diagnosticados en las últimas 4 semanas (SE 31 a SE 34)
- ✓ El 99,9% de los casos correspondieron al sexo legal masculino.
- ✓ A la fecha no se han notificado casos graves ni fallecidos por esta causa.

Tabla 1. Casos totales notificados según clasificación manual y provincia de residencia. Argentina. Actualizada al 24-8-22.

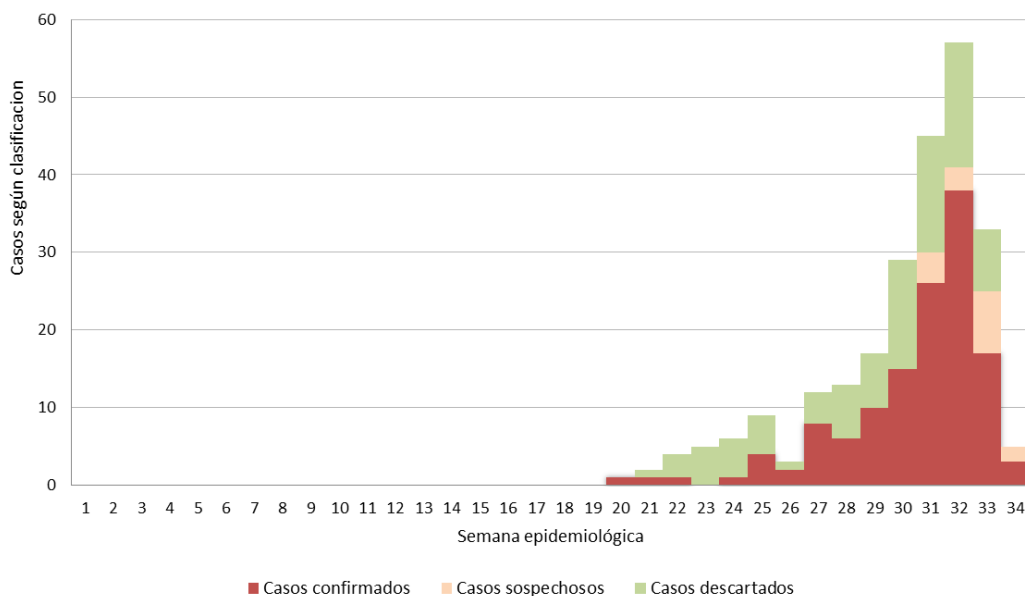
Provincia de residencia	Confirmado	Sospechoso	Descartado	Total
Buenos Aires	32	7	39	78
CABA	91	13	36	140
Chaco	0	0	1	1
Córdoba	5	0	2	7
Corrientes	0	0	1	1
La Pampa	0	0	1	1
Mendoza	1	0	3	4
Neuquén	0	1	1	2
Río Negro	2	0	1	3
San Juan	0	0	2	2
Santa Fe	2	0	4	6
Total	133	21	91	245

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 68,4% reside en CABA y 24% en la provincia de Buenos Aires, y el 3,7% en Córdoba.

Gráfico 1. Casos notificados de viruela símica según clasificación y semana de notificación. Argentina. Actualizado al 24/08/2022 (n=245)



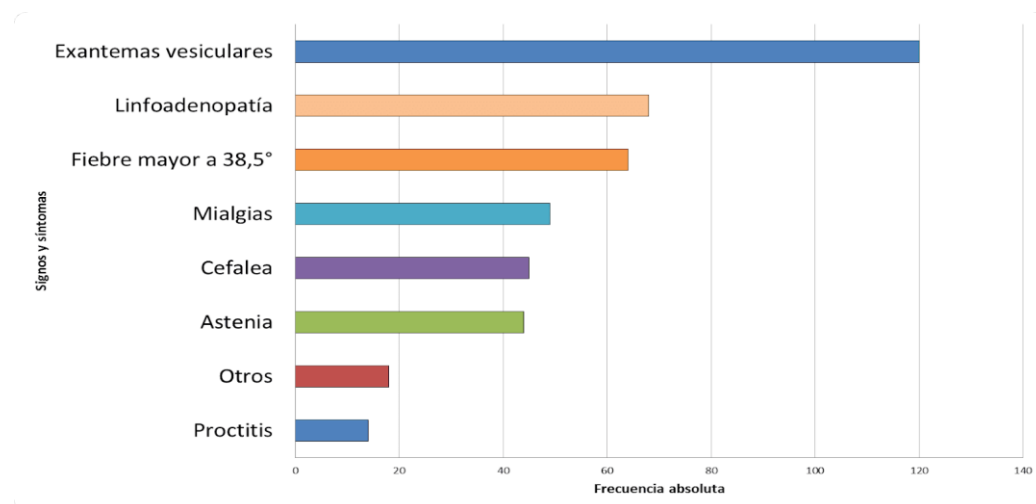
Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del SNVS^{2.0}

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 SE 31. También puede observarse una sensibilización de la vigilancia sobre todo en el aumento de la sospecha, particularmente desde la SE 31.

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

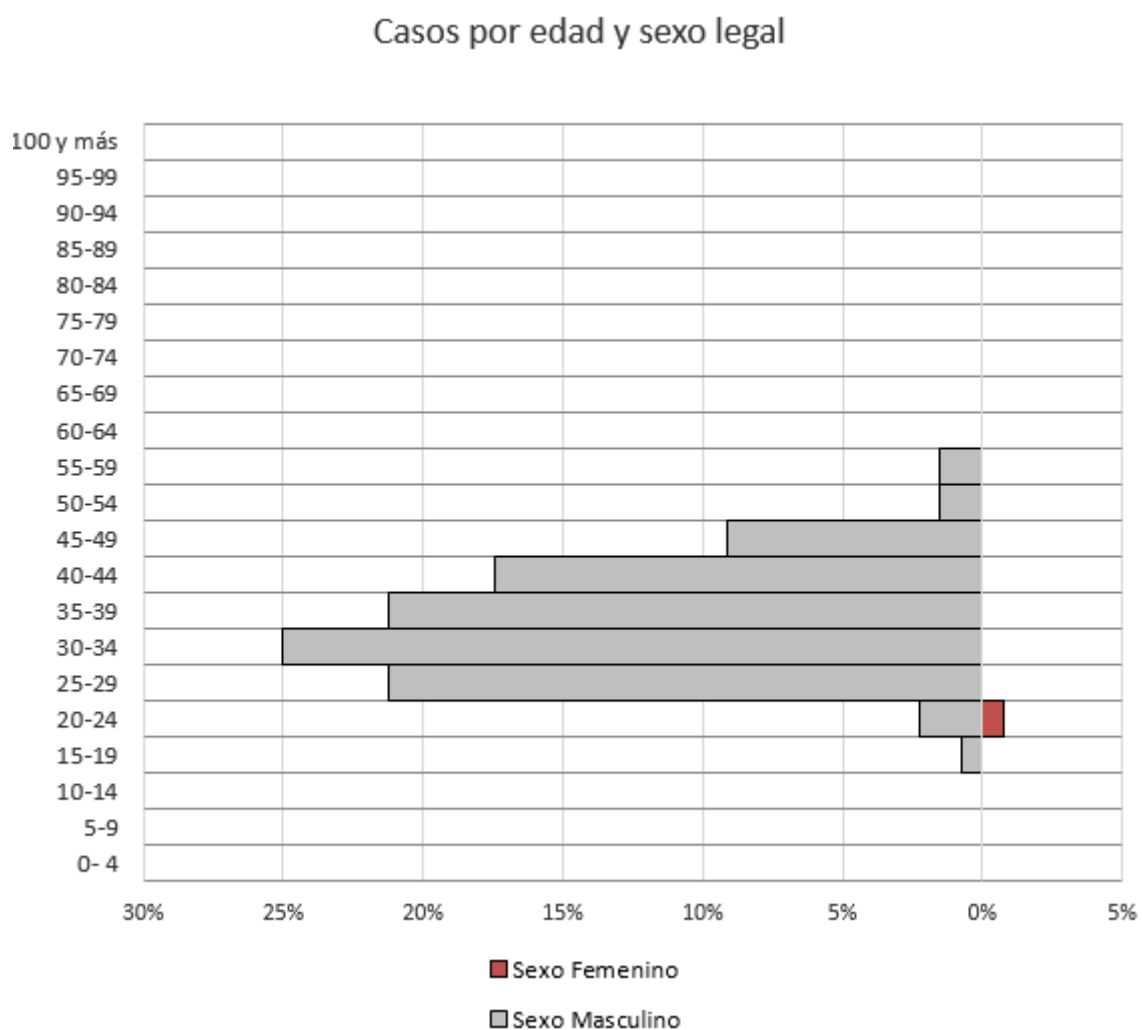
Los casos se caracterizaron principalmente por la presencia de exantemas vesiculares, en varios casos pocas lesiones en diferentes localizaciones incluyendo genitales, perianales, manos, torso y cara.

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}

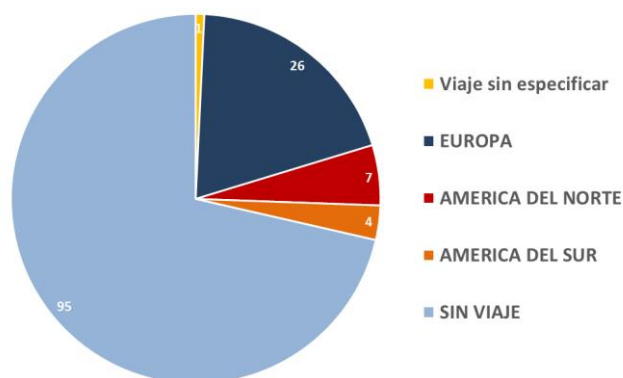
Gráfico 3. Casos de viruela símica confirmados según grupo de edad y sexo legal. (n=133)



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

El 99,9% de los casos confirmados hasta el momento en Argentina se dieron en personas de sexo legal masculino, con un caso de sexo legal femenino y género mujer trans, con una mediana de 35 años, con un mínimo de 18 años y un máximo de 58 años. Hasta el momento una de las poblaciones más afectada es la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres (60 de los 133 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=133)



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

De los 133 casos confirmados hasta el momento, solo 38 refieren antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas. De los 95 casos restantes se distribuyen entre casos con antecedentes de contacto físico con casos sospechoso/confirmado/sintomático, contacto físico con viajero, relaciones múltiples/ocasionales y relaciones sexuales en los últimos 21 días.

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

42.800

Casos confirmados
reportados a OMS

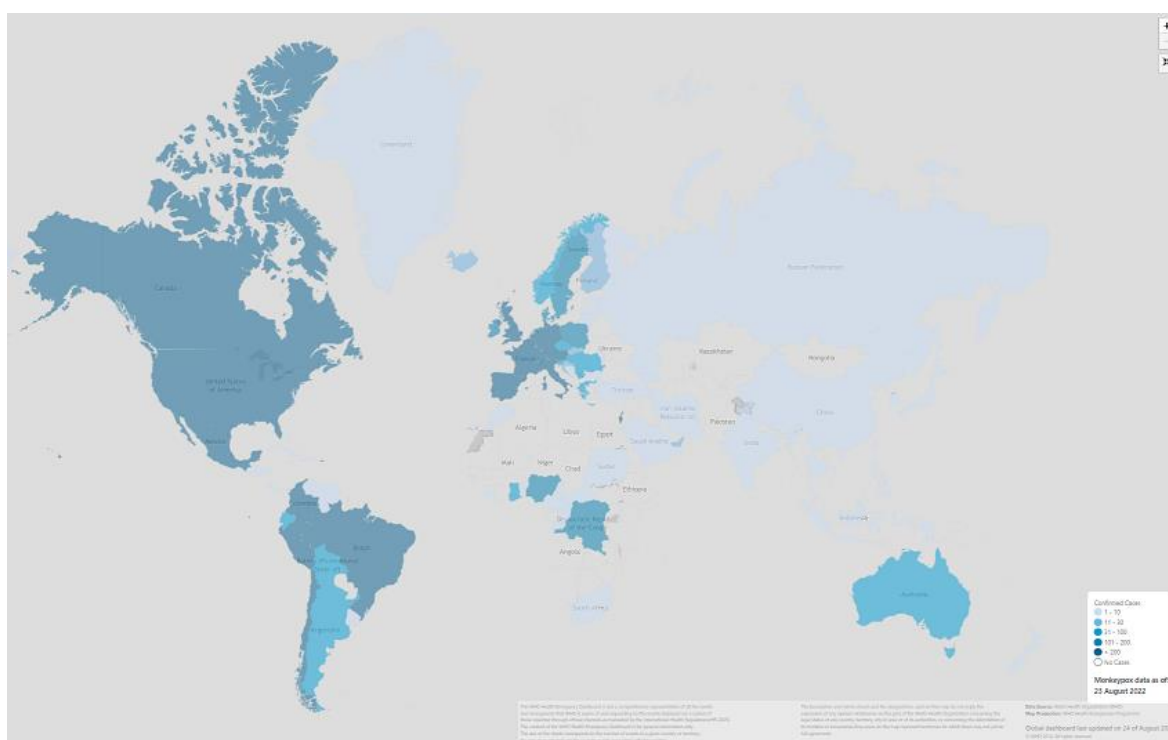
124

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 24/08.



Fuente: [WHO Health Emergency Dashboard](#)

Tabla 2. Viruela símica: Casos notificados y fallecidos por Región de la OMS, al 24-8-22.

Región	Casos	Fallecidos
Región de África	404	7
Región de las Américas	21.120	2
Región del Mediterráneo Oriental	36	0
Región de Europa	21.098	2
Región del Sudeste Asiático	14	1
Región del Pacífico Occidental	121	0

Fuente: [WHO Health Emergency Dashboard](#)

Desde el 1 de enero hasta el 24 de agosto de 2022, se han registrado más de 42.000 casos de viruela símica confirmados por laboratorio en 124 países/territorios/área y 12 muertes distribuidas en

cuatro de las seis Regiones de la OMS. A nivel mundial se han notificado 5.100 casos en los últimos 7 días.

En la Región de las Américas¹⁴, del 11/08 al 17/08, hubo 18.659 casos confirmados, representando un incremento del 34% en relación a la semana previa.

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 con información (3.916/4.035) son hombres entre las edades de 25 a 45 años, y la mayoría (88%) se auto identifican como hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

La proporción de casos de sexo femenino está en aumento en las últimas tres semanas.

Cinco países en la Región reportaron 46 casos confirmados con personas menores a 18 años (Brasil, Canadá, Ecuador, México y Perú).

El 82% 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 control¹⁵.

¹⁴ Informe Semanal de Situación sobre la Respuesta al Brote de Viruela Símica en varios países - Región de las Américas - 19 de agosto del 2022, disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/informe-semanal-situacion-sobre-respuesta-al-brote-viruela-simica-varios-paises-region-7>

¹⁵ Segunda reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI) en relación con el brote de viruela símica en varios países, disponible en [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 24/08/2022

10

Casos probables notificados

1

Caso probable fallecido

3

Casos probables trasplantados

24

Casos descartados

25

Casos pendientes de clasificación

3

Mediana de edad probables (Min 0 – Max 8)

29

Última semana epidemiológica en que se registraron casos probables.

33

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

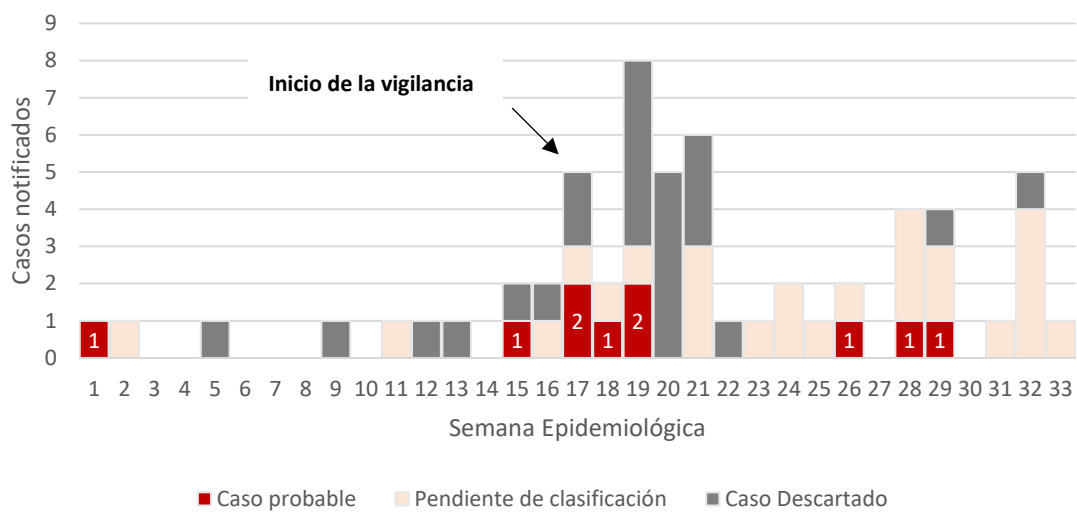
Tabla 1. Casos de hepatitis aguda grave de origen desconocido en pediatría, según jurisdicción de residencia y clasificación del caso.

Jurisdicción de residencia	Casos notificados	Casos probables	Casos Descartados	Pendientes de clasificación
Buenos Aires	30	2	14	14
CABA	5		2	3
Catamarca	1			1
Chaco	1			1
Chubut	2	1	1	
Córdoba	1		1	
Corrientes	2		2	
La Pampa	2	1		1
Mendoza	2	1		1
Misiones	3	1	1	1
Neuquén	2	1	1	
Rio Negro	1		1	
San Juan	1	1		
San Luis	1	1		
Santa Cruz	1			1
Santa Fe	3	1		2
Tucumán	1		1	
Total general	59	10	24	25

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:

Descargar documento [aquí](#)

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 (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 SNVS^{2.0}.

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE LA SE 32/2022

31.198

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana 32 en la población general.

126

Fallecidos fueron informados la última semana (SE 32)¹⁶. De estos, 41 ocurrieron en dicha semana.

20,44%

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

4,55%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 32/2022

- ✓ Entre la SE01-31 de 2022 se registraron 696.584 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 107.065 casos de Neumonía, 124.987 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 24.030 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ Hasta la SE 32 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 25,42%, 9,22% y 6%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, aumenta para influenza y para VSR.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE 23-32 el porcentaje de positividad para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 17,41%, 3,7% y 38,7%, respectivamente. Se observa un descenso de la positividad para influenza y 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 32 de 2022 se registraron 97 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

9.633.732

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 13 de agosto de 2022

129.566

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 13 de agosto de 2022.

¹⁶ Durante la SE 32 la provincia de Tucumán actualizó la notificación de fallecidos por COVID-19 correspondiente a semanas previas del año en curso en el SNVS2.0.

95,1%

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

82,4%

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.

46,3%

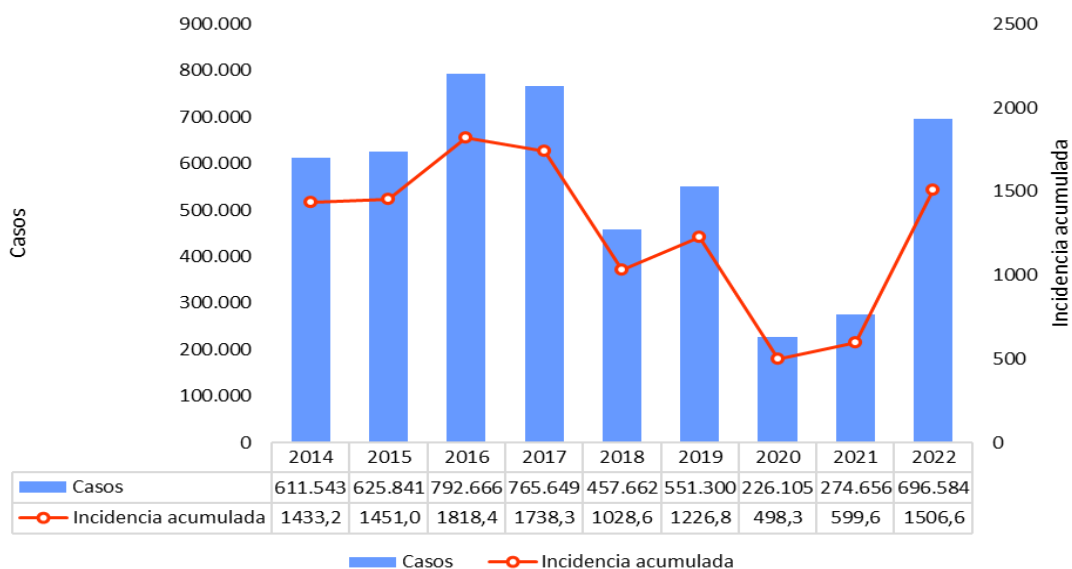
De la población argentina recibió el primer refuerzo. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 57,8% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es del 71%.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En las 31 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 696.584 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1506,6 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 31 semanas de los últimos nueve años, se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron el 2016 y 2017, seguido por los casos registrados en el presente año.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 31 – Año 2014-2022 Argentina.



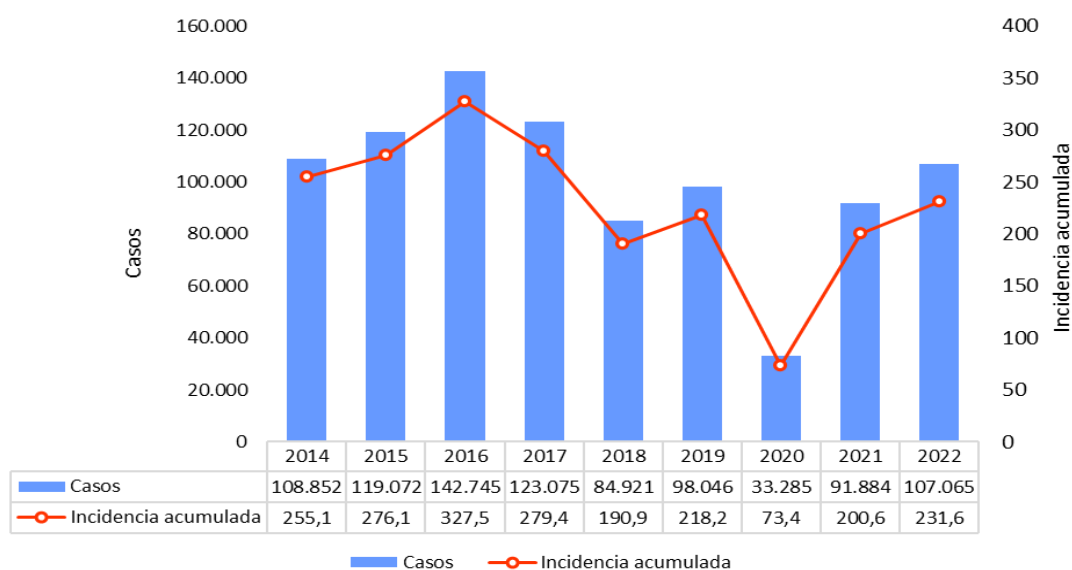
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

En las 31 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 107.065 casos de Neumonía, con una tasa de incidencia acumulada de 231,6 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 31 semanas de los últimos nueve años se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron 2016 y 2017, igual que lo descripto para ETI. 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 2: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a SE31 – Año 2014-2022. Argentina.¹⁷



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

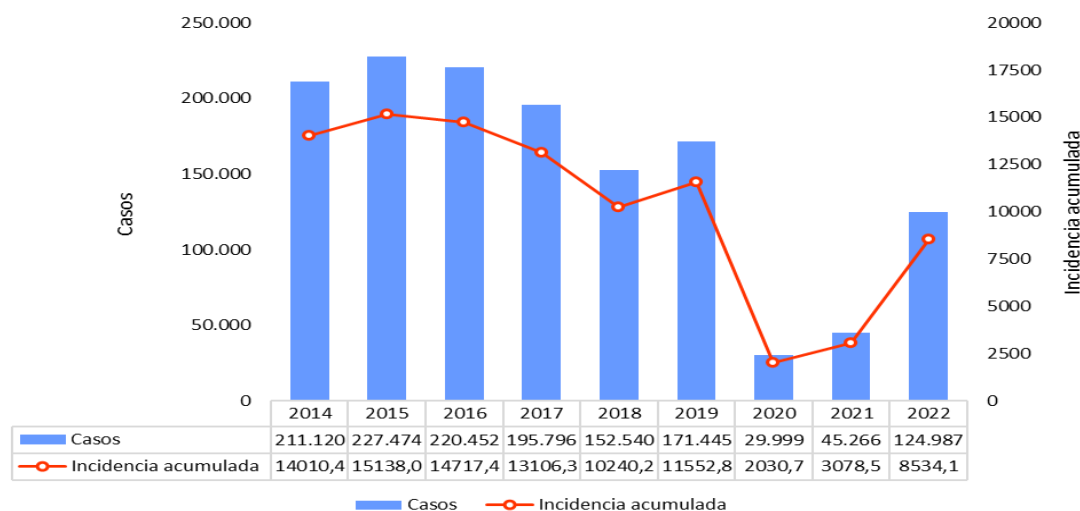
En las 31 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 124.987 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 8534,1 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 31 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 para 2020 y 2021. Durante el año en curso, los casos registrados vuelven a incrementarse

¹⁷ 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.

respecto de los dos años previos pero no llegan a los niveles de notificación alcanzados en todos los demás años de la serie.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 31 – Año 2014-2022 Argentina.¹⁸



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 SE32 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 6.887, 3.666 y 2.803 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 33,03% en SE24, a partir de la cual -si bien con fluctuaciones- se mantuvo entre 26 y 37,41% (en sus valores mínimo y máximo) hasta la SE31, descendiendo a 20,44% en la SE 32. La positividad para influenza alcanzó un máximo de 8,7%entre las SE16-17 y con valores por debajo de 6% en el resto de las semanas. En SE26 se registró un 4,5 % en la SE32. El porcentaje de positividad para VSR se mantuvo en valores por debajo del 10% con oscilaciones entre 1,7% y 8,5%, situándose en 7,8% en la SE32.

Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR –

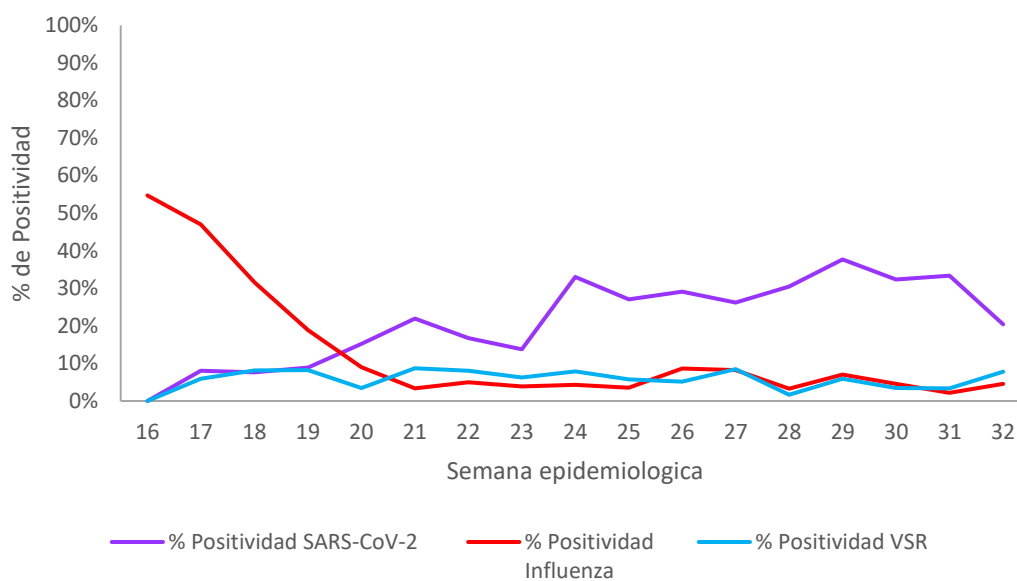
¹⁸ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las bronquiolitis en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las bronquiolitis en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

SE16-32 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.¹⁹

	Última semana			SE16 – SE32		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	3493	1240	35.50%	64.085	22.359	34.89%
SARS-CoV-2 por PCR	225	46	20.44%	6.887	1.751	25.42%
Influenza	66	3	4.55%	3.666	338	9.22%
VSR	64	5	7.81%	2.803	170	6.06%

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 4. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16-32 Año 2022.²⁰



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.

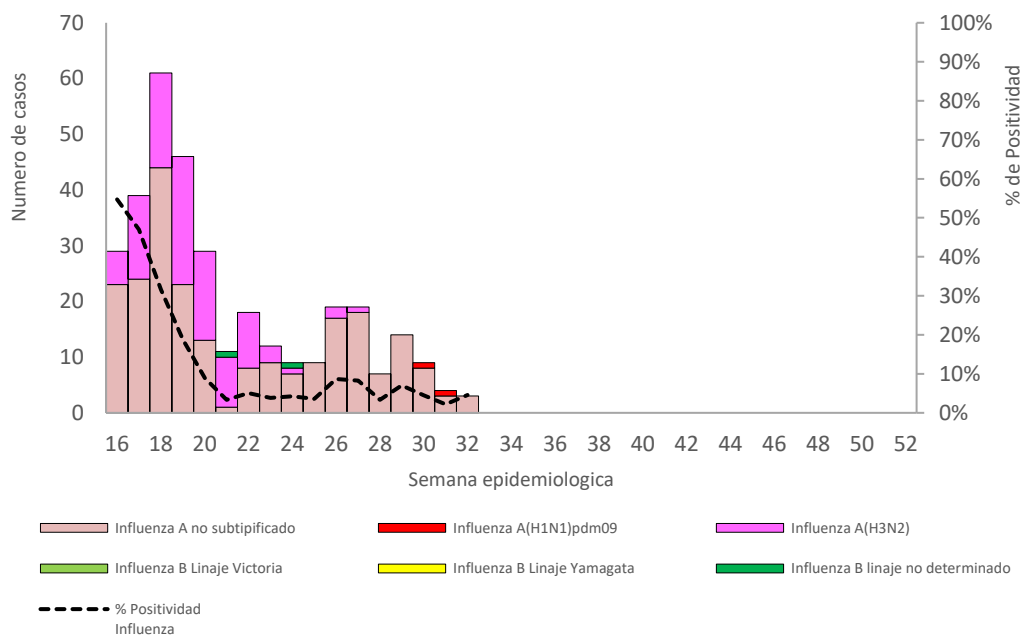
¹⁹ Se debe considerar para la interpretación de los porcentajes que el número de muestras notificadas en la última semana es aún escaso y se actualizará en la medida que se registre nueva información al SNVS.2.0.

²⁰ 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=338), 336 (99,4%) fueron positivas para Influenza A y 2 (0,6%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 105 muestras cuentan con subtipificación, detectándose influenza A H3N2 (n=103) e Influenza A(H1N1)pdm09 (n=2). Como puede observarse en el Grafico desde el comienzo de la implementación de UMAs y hasta la SE37 se registró circulación de A(H3N2). En las semanas 30 y 31 se registraron 2 casos de A(H1N1)

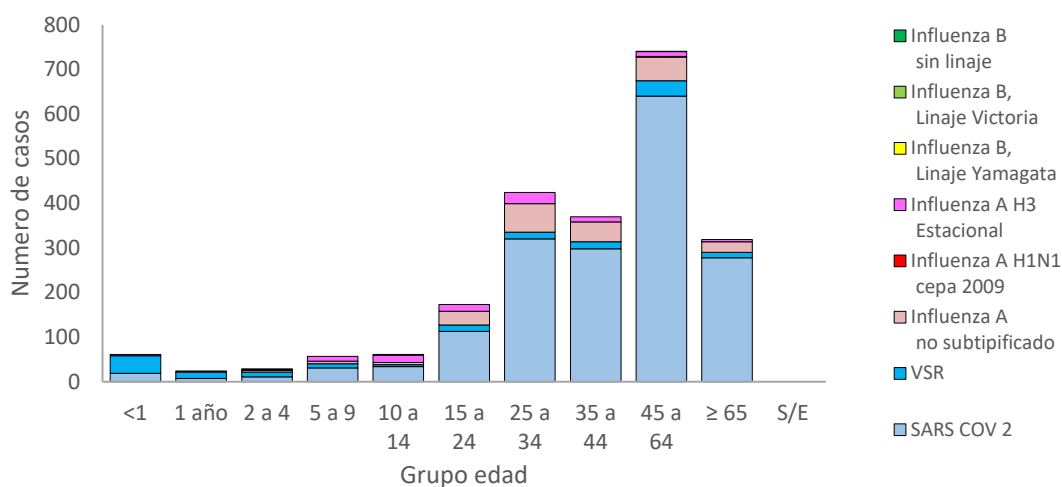
Gráfico 5. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-32 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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 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 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 32 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

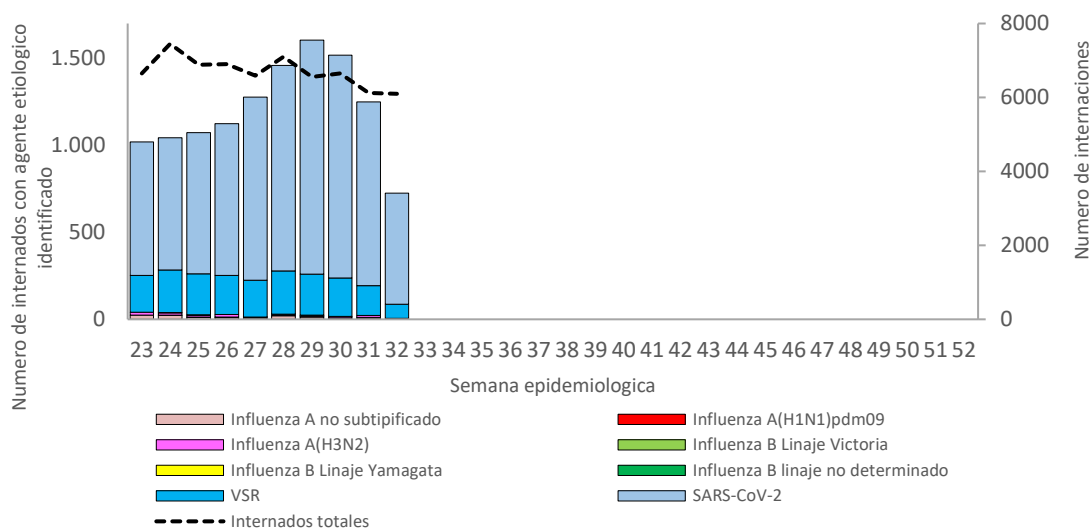
Entre la SE23-32, se notificaron 56.066 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 9.762 fueron positivas (porcentaje de positividad 17,41%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 6.619 muestras para virus influenza con 245 detecciones positivas (porcentaje de positividad 3,70%). De las mismas 239 fueron influenza A y 6 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 111 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 93 (83,78 %) son influenza A H3N2 y 18 (16,22%) son influenza A H1N1. En relación a influenza B, corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje.

Durante el mismo periodo, hubo 5.394 muestras estudiadas para VSR registrándose 2.088 con resultado positivo (porcentaje de positividad 38,70%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS.2.0 en SE 32 desciende respecto a la semana previa (Variación de 0,004%).

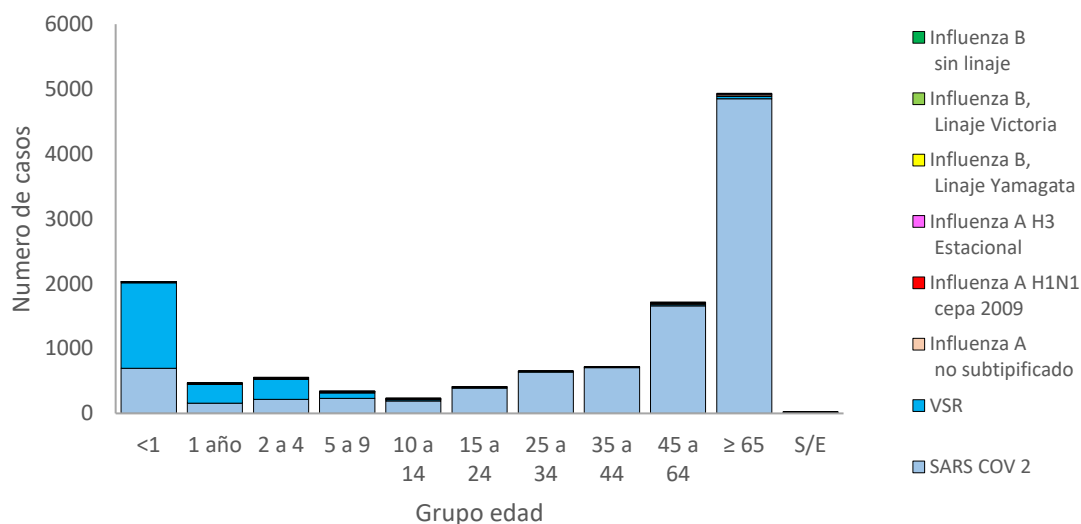
Gráfico 7. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23-32 Año 2022



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 8. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23-32 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}.

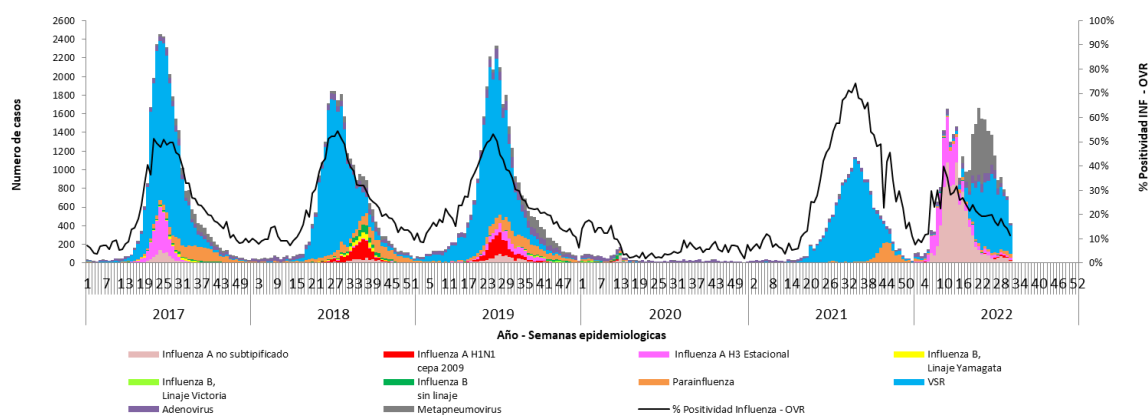
Hasta la SE 32 de 2022, se registraron 97 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

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 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 del componente Laboratorio del SNVS.

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 extarordinaria entre las semanas 16 y 26

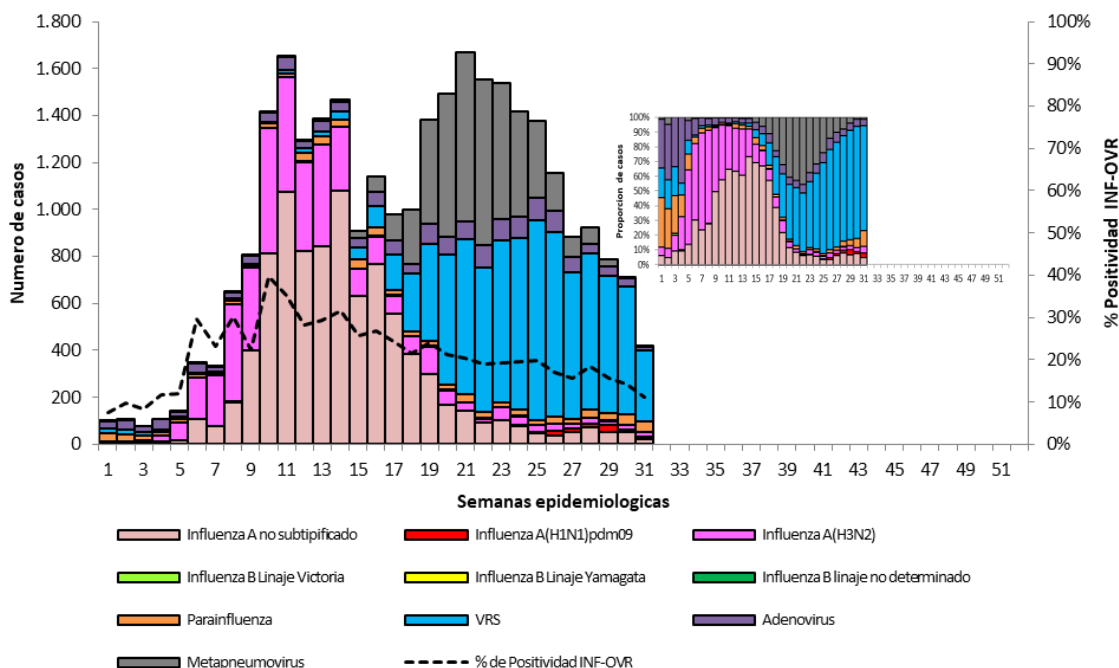
Gráfico 9. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2021. SE01-SE30 2022



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 SE31 se detecta circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: VSR, influenza, parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus. Se destaca la frecuencia absoluta y relativa de metapneumovirus en particular a partir de la semana 16 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- SE31 de 2022. Argentina. (n=29.228)

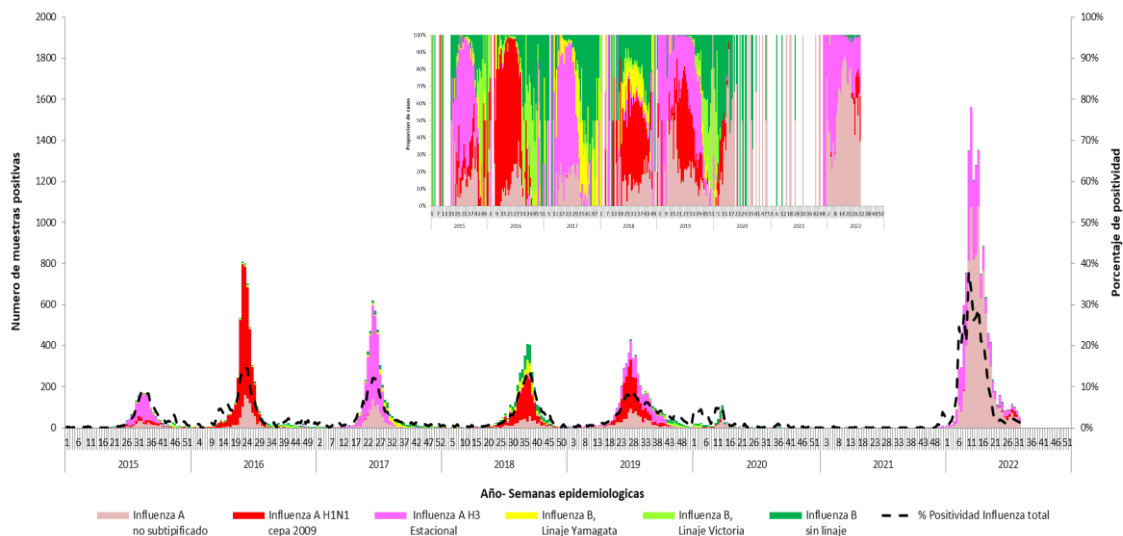


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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. En las últimas semanas se destaca la detección de casos de Influenza A (H1N1).

Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados la proporción de positividad para influenza se sitúa en 1,41% durante la SE31.

Gráfico 11. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad por Semana epidemiológica, SE 01 de 2015 a SE31 de 2022. Argentina.



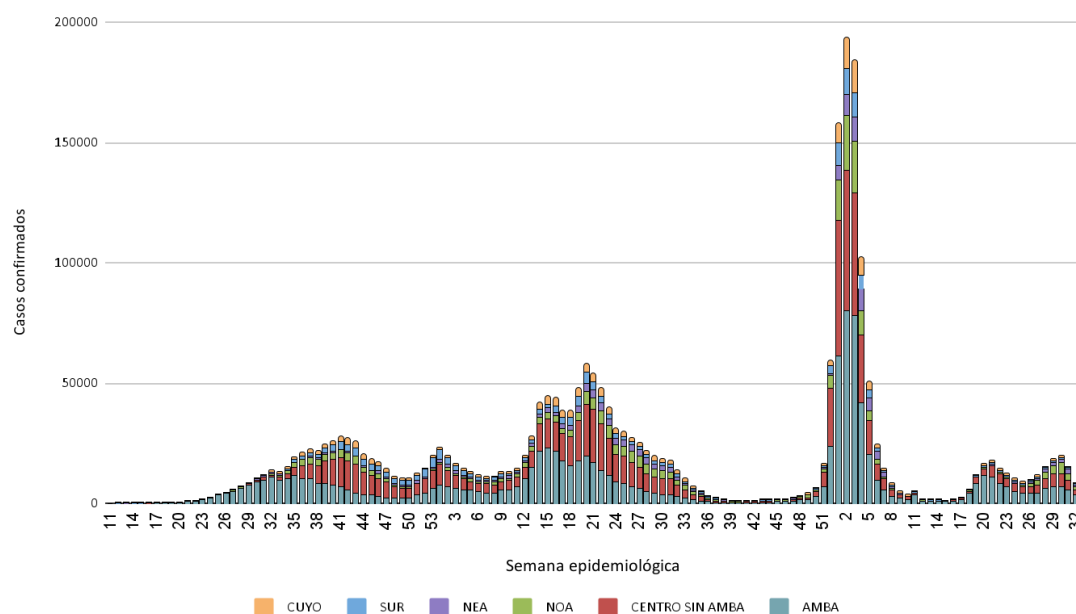
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

VIGILANCIA DE COVID-19

En Argentina, desde el inicio de la pandemia hasta el 13 de agosto de 2022, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 9.633.732 casos confirmados de Covid-19 y 129.566 fallecimientos.

Para el análisis de la tendencia de los casos se utiliza como variable temporal la fecha de inicio del caso²¹. Considerando dicha fecha, se registra un descenso de los casos del 19% durante la SE 31 en relación a la semana previa (9.135 casos menos).

Gráfico 1. Casos confirmados en población de 50 años y más por semana epidemiológica²² según región del país. SE 10/2020 - SE 32/2022, Argentina



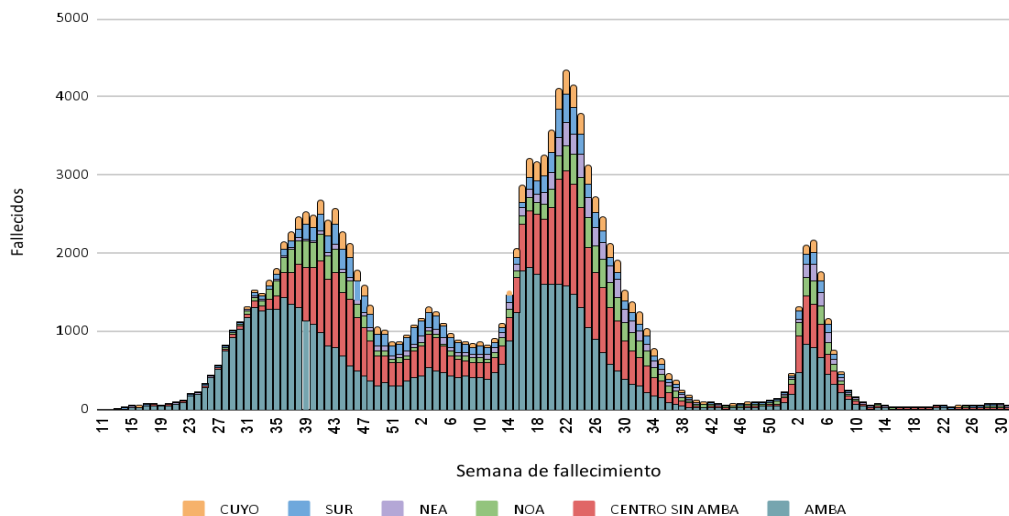
Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS^{2.0}.

En cuanto a los fallecimientos, para la SE 31 se registraron 66 muertes con fecha de fallecimiento en esa semana, similar a lo registrado la semana previa, según las notificaciones realizadas a la SE 32. Se destaca que desde la SE 12/2022 se observa la cantidad de fallecidos por semana más baja desde el comienzo de la pandemia.

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

²² 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.

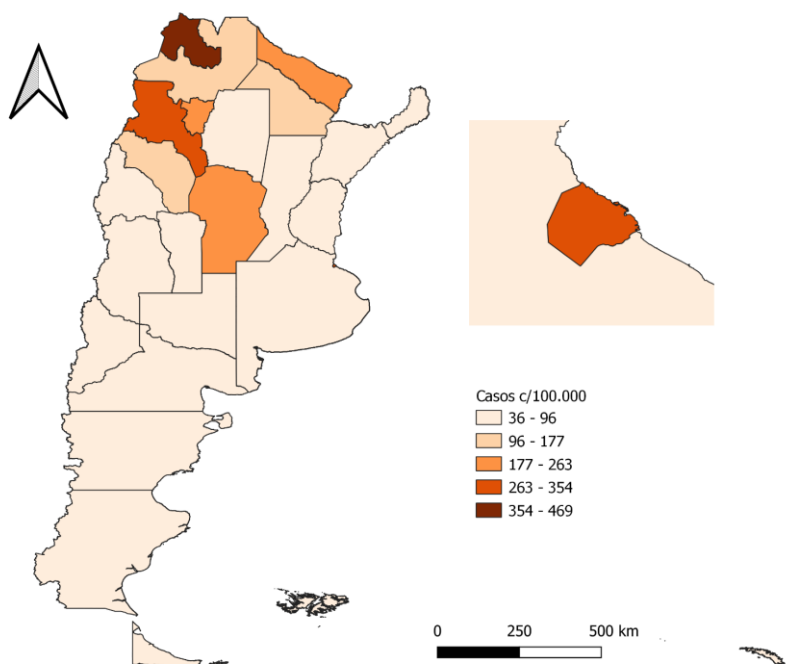
Gráfico 2. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE1/2020 a SE 32/2022, Argentina según regiones.



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 29 a SE 32/2022) fue de 137 casos cada 100.000 habitantes. Las jurisdicciones que presentaron las tasas más elevadas fueron Jujuy, Catamarca y CABA (Mapa 2).

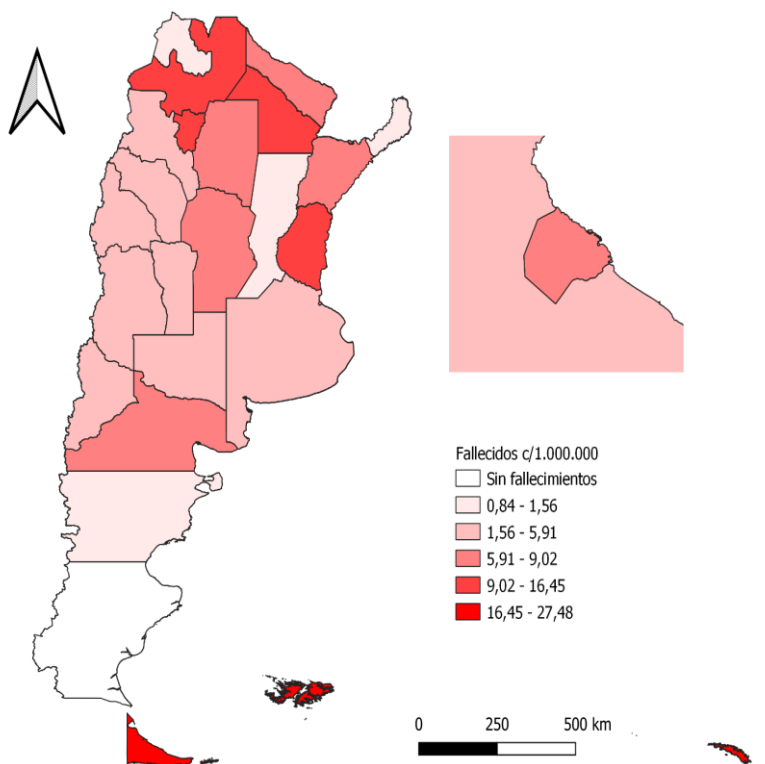
Mapa 1. Incidencia en población de 50 y más años cada 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 29 a 32/2022, Argentina. N=63.339.



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 5,7 fallecidos por cada millón de habitantes considerando el período comprendido en las últimas 4 semanas (SE 29 a 32). Las provincias con las mayores tasas para el período fueron Tierra del Fuego, Salta y Entre Ríos.

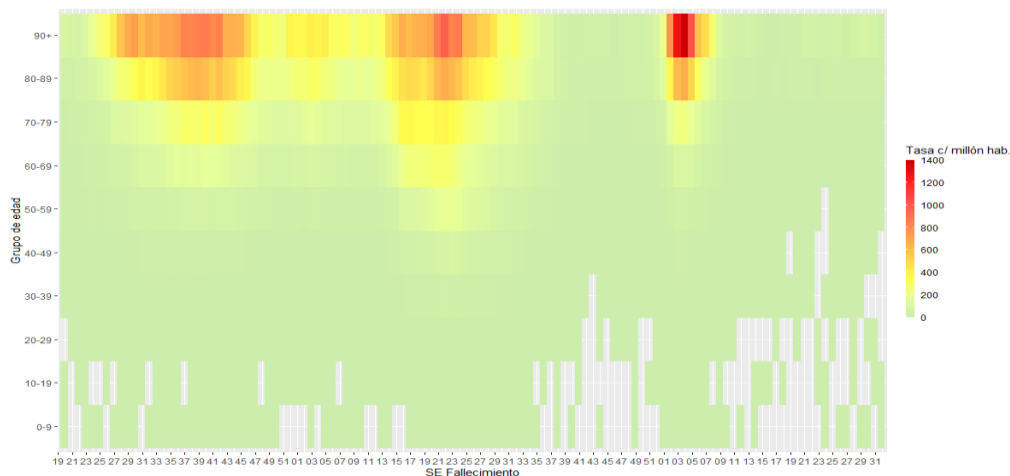
Mapa 2. Tasa de mortalidad acumulada por 1.000.000 de habitantes por jurisdicción de residencia. SE 29 a 32/2022, Argentina. Argentina. N=264.



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.

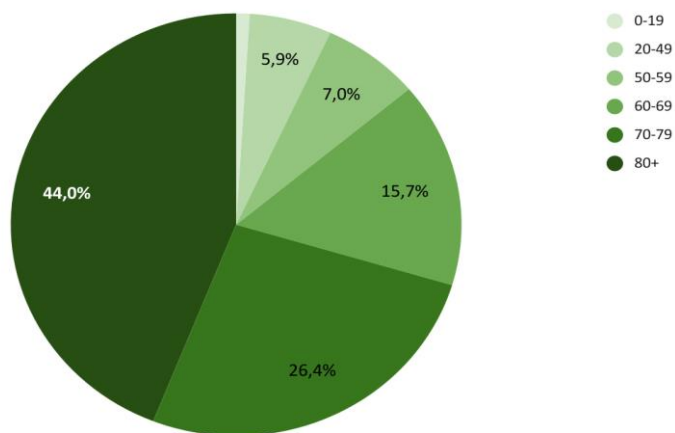
Gráfico 3. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/20 a 32/22.



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 4. Fallecidos por grupo edad. Total País, SE 01 a 32/22. N=11.906*



*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 - 17/08/22 SE 32](#).

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.

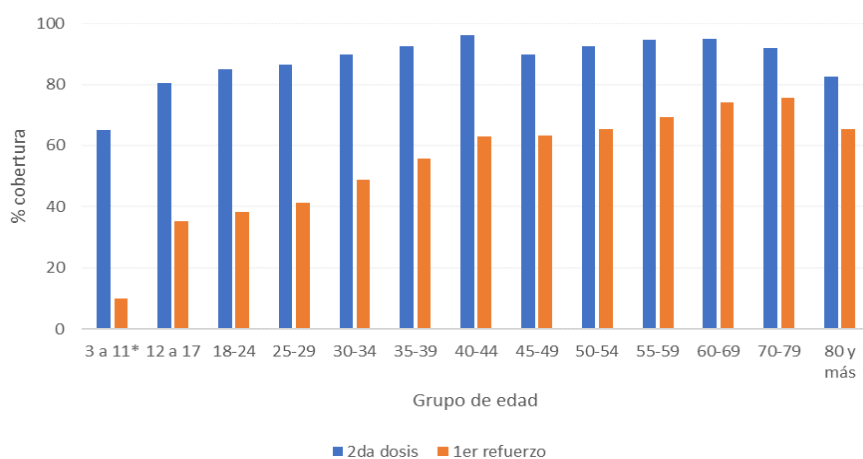
Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 17/08/22 SE 32](#) y el [Informe de Vigilancia Genómica SE 30](#).

INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas de segunda dosis, el 82,4% 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 SE32, la cobertura alcanzó el 80,7%. En el grupo de 3 a 11 años, entre el inicio del plan de vacunación en la SE41/2021 hasta la SE32, la cobertura alcanzó el 65,2%.

Respecto de las coberturas del primer refuerzo, el 46,3% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 57,8% 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 71%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años la cobertura alcanzó el 35,7% y en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 10,5%.

Gráfico 5. Coberturas de 2da dosis y 1er refuerzo por grupo de edad. SE 32**



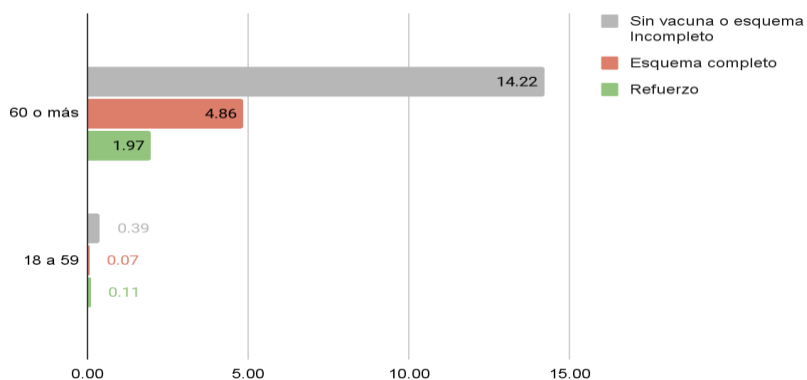
Fuente: Informe de avance vacunación contra Covid-19. DICEI. Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NoMiVac).

*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 SE29-SE32 se registraron 14,22 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o con esquema incompleto. Se produjeron 4,86 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 1,97 muertes cada 100.000 habitantes.

**Gráfico 6. Tasas de mortalidad c/100.000 hab según grupo de edad y estado de vacunación.
SE 29 - SE 32/2022, Argentina*²³.**



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>

²³ *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. 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. 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).

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS²⁴

América del Norte: En general, la actividad de la influenza disminuyó en la subregión, mientras que el SARS-CoV-2 continuó elevado. En México, la actividad de la influenza disminuyó, en tanto que la positividad de SARS-CoV-2 continuó elevada y la actividad de la IRAG se mantuvo en niveles de intensidad moderada. En Estados Unidos, la actividad de la influenza fue baja, con predominio del virus de la influenza A(H3N2), mientras que la actividad del SARS-CoV-2 aumentó.

Caribe: En general, la actividad de la influenza se mantuvo baja, con predominio de influenza A(H3N2). En Belice, la positividad de influenza se mantuvo elevada. La República Dominicana y Haití reportaron mayor actividad de SARS-CoV-2, con mayor actividad de IRAG en Haití, cuyo nivel de intensidad se ubicó por encima del promedio para esta época del año.

América Central: En general, la actividad de la influenza continuó disminuyendo, con predominio de influenza A(H3N2). En Nicaragua y Panamá, la actividad de la influenza aumentó a niveles de intensidad moderada y baja respectivamente. La actividad del SARS-CoV-2 aumentó en toda la subregión, con mayores niveles en Guatemala y Honduras.

Países Andinos: En general, la actividad de la influenza se mantuvo baja, con predominio de A(H3N2). La actividad del SARS-CoV-2 siguió aumentando en Bolivia, Ecuador y Perú.

Brasil y Cono Sur: En general, la actividad de la influenza se mantuvo baja con predominio de influenza A(H3N2) explicada por los niveles de circulación en Chile. La actividad del SARS-CoV-2 ha disminuido en toda la subregión, aunque continúa en aumento en Chile y Argentina. En Uruguay, la actividad de la IRAG se elevó por encima de los niveles epidémicos del período. El virus respiratorio sincitial predominó.

²⁴Tomado de: Reporte de Influenza SE31 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS, disponible en <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19²⁵

587.517.397

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS hasta el 14 de agosto de 2022

6.431.227

Personas fallecidas en el mundo.

5.460.641

Casos nuevos reportados en la última semana.

15.072

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

24%↓

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

9%↓

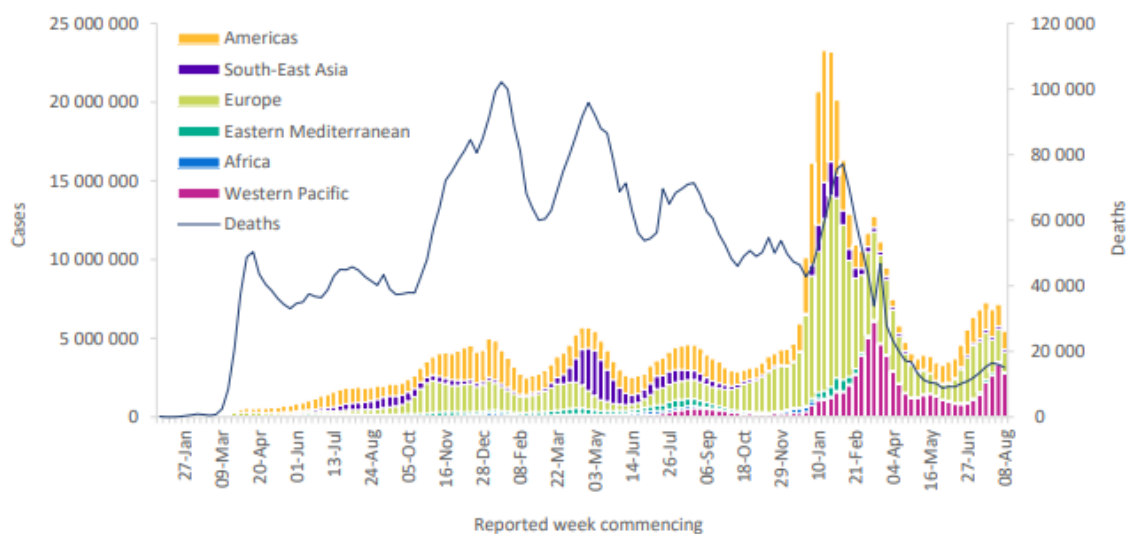
La cantidad de fallecidos nuevos disminuyó respecto de la semana anterior.

A nivel mundial, **el número de casos nuevos** y el número de fallecimientos disminuyeron en la última semana. En la Región de las Américas el número de casos disminuyó en un 17% y el de fallecidos disminuyó en un 4%, 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, BA.5 es el linaje predominante de la variante Omicron. Según muestras estudiadas en la SE 31, la proporción de secuencias notificadas de BA.5 es de 74%, mientras que las proporciones de BA.4, BA.2.12.1 y BA.2 continúan en descenso.

²⁵ 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>

Gráfico 7. 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 14 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 32/2022, segunda semana de la temporada 2022-2023. Correspondiente al período interepidémico, siendo meses no epidémicos. La vigilancia epidemiológica continúa activa a pesar de que la circulación viral cesa a lo largo del país.

La semana pasada, se confirmó el **primer caso de dengue** de la temporada. Se trata de una persona con residencia en Corrientes, que registra antecedente de viaje a Colombia. El caso fue estudiado por laboratorio, con **serotipo DEN-1**. Se realizaron las acciones de control y bloqueo pertinentes.

Para esta temporada (SE 32/2022), se notificaron 50 casos con sospecha de dengue, de los cuales el 60% presentó pruebas de laboratorio negativas y el 40% se encuentran en estudio. Las notificaciones se registraron en siete provincias del país.

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 32

Dengue, Zika y Chikungunya en países limítrofes

Durante el 2022, a SE 32/2022, 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 32/2022.

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	0,04
Bolivia	SE 27	DEN 1 y 2	8.397	70,96	2.962	5	0,06
Paraguay	SE 31	DEN 1 y 2	4.872	67,48	175	0	0,00
Uruguay	SE 20	-	29	0,83	7	0	0,00
Argentina	SE 32	DEN 1 y 2	815	1,76	815	0	0,00

*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 32/2022 se han confirmado 50.276 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 32/2022.

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 31	134	0	SE 31	0	0
Argentina	SE 32	0	0	SE 32	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 2022²⁶.

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), se ha registrado un caso confirmado de dengue.

A lo largo del país, no se registra evidencia de circulación viral. 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.

²⁶ Informativo Epidemiológico de Arbovirosis, Setembro de 2021, SE 40/2021. <https://www.cevs.rs.gov.br/dengue-chikungunya-zika-virus>

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.

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.

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).

INFORMES ESPECIALES



VIGILANCIA DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA

ACTUALIZACIÓN DEL BROTE DE SARAMPIÓN EN VICENTE LÓPEZ, PROVINCIA DE BUENOS AIRES

SITUACIÓN ACTUAL

El 7 de julio un efector público de la provincia de Buenos Aires notificó al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud un caso sospechoso de sarampión. Se trató de una niña de 2 años, residente del partido de Vicente López, provincia de Buenos Aires, con antecedente de vacunación con una dosis de vacuna triple viral al año de vida. El 8 de julio el laboratorio del Hospital Zonal General de Agudos Petrona V. de Cordero notificó un resultado positivo de anticuerpos IgM para sarampión y el día 11 de julio el laboratorio de referencia del INEI-ANLIS confirmó el caso por serología positiva (IgM) y detección de genoma viral por PCR en hisopado nasofaríngeo.

El municipio donde se identificó el caso, la región sanitaria, los demás municipios afectados, el nivel central de las áreas de epidemiología y de control de enfermedades inmunoprevenibles provincial y nacional, trabajaron articuladamente para cumplimentar las acciones de investigación y control.

INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA Y ACTIVIDADES REALIZADAS

Se identificaron los contactos y se realizó vacunación de bloqueo en el ámbito familiar y educativo. De los contactos identificados, dos presentaron cuadro de fiebre y exantema. Un tercer caso presentó únicamente fiebre. Los tres casos fueron estudiados y descartados por el laboratorio de referencia.

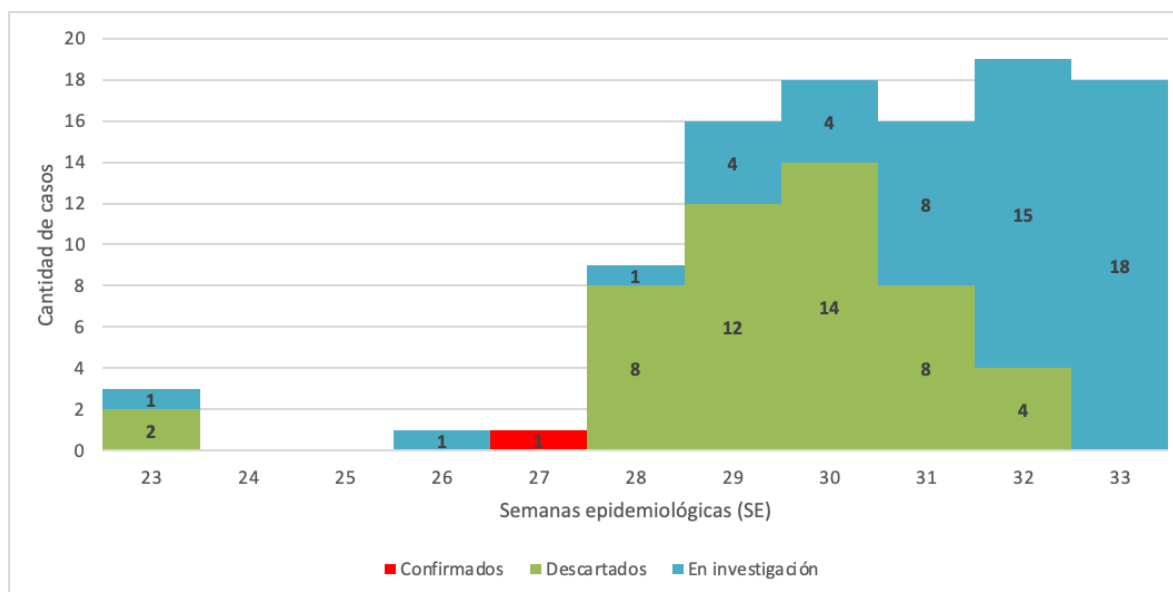
Para la investigación de la fuente de infección, se relevaron los sitios frecuentados por la niña durante el período de adquisición de la infección. Se identificaron 2 personas con fiebre sin exantema que fueron estudiadas por laboratorio, descartando sarampión y rubéola. A pesar de la investigación exhaustiva, hasta la fecha no se logró identificar la fuente de infección.

La investigación de la fuente de infección y seguimiento de contactos involucró municipios de la Región Sanitaria V (Escobar, General San Martín, Malvinas Argentinas, Pilar, San Isidro, Tigre y Vicente López) y la CABA.

VIGILANCIA DE CASOS SOSPECHOSOS EN LA REGIÓN SANITARIA V

Entre el primero de junio de 2022 y el 17 de agosto 2022 (SE 23 a 33), se notificaron 101 casos sospechosos de sarampión en los municipios de Escobar (2), Gral. San Martín (4), Malvinas Argentinas (12), Pilar (4), San Fernando (5), San Isidro (10), San Miguel (12), Tigre (14) y Vicente López (38). Fueron descartados 48 casos, de los cuales cinco estaban relacionados epidemiológicamente al caso confirmado (dos fueron estudiados como fuente de infección y tres como posibles casos secundarios). Los restantes 52 se encuentran pendientes de clasificación.

Gráfico 1. Casos sospechosos notificados por semana epidemiológica y clasificación. Municipios de la Región Sanitaria V de la provincia de Buenos Aires, SE 23 a 33/2022. N=101



Fuente: SNVS 2.0. Datos al 18 de agosto de 2022.

Los equipos de las jurisdicciones involucradas continúan realizando la investigación epidemiológica, búsquedas activas y monitoreos de vacunación

SITUACIÓN ACTUAL DEL SARAMPIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS Y EL MUNDO

La Región de las Américas certificó la eliminación de la circulación endémica del virus del sarampión en el año 2016, siendo la primera y única región en lograr este objetivo. Sin embargo, como el sarampión aún es endémico en el resto del mundo, los países de la Región están expuestos a la amenaza constante de importación del virus. En el período 2017-2019 se registraron más de 40.000 casos en 18 países de las Américas, 93% de los casos en Brasil y Venezuela. En estos países la circulación viral se extendió más de un año, perdiendo el estado de eliminación en 2018 y 2019 respectivamente. La Región de las Américas se dejó de considerar libre de sarampión, pero 33 de sus 35 países miembros, incluida Argentina, continúan manteniendo el estado de eliminación. A la fecha Venezuela logró interrumpir la circulación viral y se encuentra en vías de re-verificación, mientras que Brasil continúa con circulación endémica.

Entre SE 1 y 32/2022 se notificaron 55 casos confirmados de sarampión, en 4 países: Argentina (2 casos), Brasil (44 casos), Canadá (3 casos), Estados Unidos de América (6 casos).

En el mundo, desde el 1 de enero al 8 de agosto de 2022, 153 países notificaron 61.812 casos de sarampión. El 66% (41.101) de los casos ocurrieron en la Región de África, 16% en la Región del mediterráneo Oriental y 15% en la Región del Sudeste Asiático.

SARAMPIÓN EN ARGENTINA

El último caso endémico de sarampión en Argentina se registró en el año 2000. Desde la eliminación de la enfermedad hasta el año 2018 se registraron un total de 43 casos importados y relacionados con la importación. Entre la semana epidemiológica (SE) 1/2019 y 12/2020 se

confirmaron 199 casos de los cuales 18 fueron importados, 2 relacionados a la importación y 179 casos de origen desconocido. Estos últimos corresponden al mayor brote desde la eliminación de la circulación endémica, que se extendió por 29 semanas detectando el último caso en la semana 12/2020. Luego de 12 semanas sin casos (3 periodos de incubación máximos) y por ser un brote de menos de un año de duración, Argentina pudo declarar la interrupción del mismo por lo que continúa siendo un país libre de sarampión.

En la semana 13 del corriente año se notificó un caso importado en CABA, sin casos secundarios reportados en el seguimiento.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La Enfermedad Febril Exantemática (EFE -sospecha de sarampión-rubéola) constituye un evento de notificación obligatoria (ENO) en los términos previstos por la ley 15.465.

Definición de Caso de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) (sospechoso de sarampión/rubéola): Paciente de cualquier edad con fiebre (temperatura axilar > 38°C) y exantema. O bien que un trabajador de la salud sospeche sarampión o rubéola, independientemente del antecedente vacunal.

Modalidad de notificación INDIVIDUAL e INMEDIATA ante la detección de un caso sospechoso de Enfermedad Febril Exantemática –EFE- (Sarampión/ Rubéola)

Para las clasificaciones de caso y los procedimientos específicos para la notificación consultar [Instrucciones para la notificación de Enfermedad Febril Exantemática -EFE- \(Sarampión/ Rubéola\) al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud \(SNVS2.0\)](#)

Dada la semejanza en el cuadro clínico, la investigación epidemiológica y los estudios de laboratorio, las vigilancias de sarampión y rubéola en las Américas se realiza en forma integrada como “Enfermedad febril exantemática” (EFE), utilizando una definición de caso única para ambas patologías. Los casos sospechosos deben ser investigados por laboratorio para ambos virus independientemente de la sospecha clínica inicial.

Ficha de notificación:

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-11/ficha-de-vigilancia-de-sarampion-y-rubeola.pdf>

Instrucciones para la notificación de Enfermedad Febril Exantemática -EFE-
(Sarampión/ Rubéola) al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud
(SNVS2.0)

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-09/instrucciones-notificacion-EFE-SNVS20.pdf>

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

La vacunación es la única medida efectiva para prevenir el sarampión y la rubéola. La vacuna es obligatoria y gratuita en todos los vacunatorios y hospitales públicos del país. El Calendario Nacional de Vacunación incluye dos dosis de vacuna Triple Viral a los 12 meses y a los 5 años de edad.

- De 12 meses a 4 años inclusive: deben acreditar una dosis de vacuna Triple Viral (sarampión-rubéola-paperas).
- Mayores de 5 años, adolescentes y adultos: deben acreditar al menos dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión y la rubéola aplicada después del año de vida (Doble o Triple Viral) o contar con serología IgG positiva para ambos virus.
- Las personas nacidas antes de 1965 no necesitan vacunarse porque se consideran protegidas por haber estado en contacto con el virus.
- Personal de salud: Todas las personas que trabajan en el nivel asistencial (mesa de entradas, limpieza, seguridad, laboratorio, planta médica y de enfermería, etc.) deben acreditar dos dosis de vacuna contra el sarampión y la rubéola aplicada después del año de vida (Doble o Triple Viral) o contar con serología IgG positiva para ambos virus.

La vacunación es un acto solidario, protege a quienes reciben la vacuna como a toda la comunidad, lo que implica un beneficio también para quienes no pueden recibirla como pacientes inmunocomprometidos y personas gestantes.

MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Medidas ante un caso sospechoso:

- **Informar inmediata y fehacientemente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso y sin esperar resultados de laboratorio.**
- Confeccionar de manera completa la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento Enfermedad Febril Exantemática.
- Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: Tomar siempre muestra de sangre; además, tomar muestra de orina hasta 14 días posteriores a la aparición de exantema (preferentemente hasta el día 7) y/o hisopado nasofaríngeo (HNF) hasta 7 días posteriores. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48hs. posteriores a la toma.
- Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios. No circular en transportes públicos ni dentro de las instituciones.

Medidas en los contactos:

- Realizar búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (niños menores de 1 año, niños, adolescentes y adultos con vacunación incompleta o sin vacunación).
- Vacunación de contactos del caso sospechoso dentro de las 72 horas de captado, a quienes no cumplan con las siguientes indicaciones:
 - De 13 meses a 5 años: a quienes no pudieran acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral (correspondiente a calendario de vacunación). Según indicación de autoridad sanitaria se podrá indicar una segunda dosis en niños y niñas mayores de 13 meses para disminuir la posibilidad de fallo primario a una dosis de vacuna SRP.
 - De 5 a 50 años: quienes no pudieran acreditar DOS DOSIS de vacuna doble o triple viral aplicadas después del primer año de vida.

Ante la confirmación de un caso, todos los contactos entre 6 y 12 meses de edad deberán recibir una dosis de vacuna triple viral y los menores de 6 meses e inmunosuprimidos, deberán recibir gammaglobulina. Desde los 13 meses en adelante (excepto adultos nacidos antes de 1965), asegurar dos dosis de vacuna con componente antisaramponoso.

- Inmunoglobulina de pool: indicada dentro de los 6 días del contacto con casos confirmados de sarampión en pacientes inmunodeprimidos (independientemente del antecedente de vacunación), embarazadas sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y menores de 6 meses. La aplicación de inmunoglobulina es intramuscular y la dosis recomendada es de 0.5 mL/kg (dosis máxima 15 mL). En las personas gestantes, si se dispusiera de resultado actualizado de IgG positiva para sarampión, no sería necesaria la utilización de Inmunoglobulina
- Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: jardines maternos, colegios, centros de trabajo, clubes, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.
- Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con nexo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión o 7 días antes y 7 días después en el caso de rubéola); la transmisión es más probable que ocurra en lugares cerrados e instituciones. Realizar el seguimiento de los contactos hasta 30 días después del inicio del exantema del caso.

Ante la actual situación epidemiológica, es fundamental que los equipos de salud sospechen de forma temprana la enfermedad y promuevan la vacunación en la población objetivo

Más información en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/vigilancia/sarampiion-rubeola-src>

Campaña Nacional de Seguimiento (CNS) contra sarampión, rubéola, paperas y poliomielitis

Argentina es un país libre de poliomielitis, sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC). El último caso de polio por poliovirus salvaje se registró en 1984, el último caso endémico de sarampión en el año 2000 y de rubéola y SRC en 2009. Para sostener los logros y evitar la reintroducción de estos virus al país, se requiere sostener altas coberturas de vacunación con dos dosis de vacuna triple viral y esquema completo de vacunación antipoliomielítica y un sistema de vigilancia sensible capaz de detectar oportunamente los casos y así evitar su diseminación.

Con el objetivo de disminuir el acumulo de niños y niñas susceptibles y el riesgo consiguiente de un brote posterior a una introducción y sostener la condición de país libre, Argentina realizará la Campaña Nacional de Seguimiento (CNS) contra sarampión, rubéola, paperas y poliomielitis entre el 1 de octubre y el 13 de noviembre del corriente año. Durante la CNS, aprobada por RM-2022-1167-APNMS, los niños y niñas de 13 meses a 4 años inclusive (4 años 11 meses y 29 días) recibirán una dosis extra de las vacunas triple viral y antipoliomielítica inactivada (IPV).

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA



FICHA DE VIGILANCIA CENTINELA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)

En a la última semana está disponible la ficha actualizada para la vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (UC-IRAG)

Dirección de
Epidemiología



Ministerio de Salud
Argentina

**VIGILANCIA CENTINELA DE INFECCIÓN
RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)**
FICHA DE NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

ACTUALIZACIÓN 23/08/2022

DEFINICIÓN DE CASO				
<p>Toda persona que presente fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ + Tos + Inicio del cuadro en los 10 días precedentes + requerimiento de hospitalización.</p>				
IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD CENTINELA/ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR				
<p>Establecimiento notificador.....</p> <p>Localidad..... Provincia..... Fecha de notificación..... /..... /.....</p> <p>Datos del médico/a:</p> <p>Tel. celular..... Correo electrónico.....</p>				
IDENTIFICACIÓN DEL CASO/ID CASO/EVENTO EN EL SNVS				
<p>Apellido y nombre.....</p> <p>Tipo/N° documento..... Nacionalidad.....</p> <p>Lugar de residencia: Provincia..... Departamento.....</p> <p>Localidad..... Calle / Manzana.....</p> <p>N°/Casa..... Piso..... Depto..... Cód. Postal..... Barrio/Villa/Asentamiento.....</p> <p>Teléfono..... Fecha de nacimiento..... /..... /..... Edad..... Sexo.....</p>				
INFORMACIÓN CLÍNICA				
<p>Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS)..... /..... /.....</p> <p>Fecha de 1ª consulta..... /..... /..... Establecimiento de 1ª consulta.....</p> <p>Fecha de Internación..... /..... /..... Establecimiento internación.....</p> <p>Terapia Intensiva: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha internación UTI..... /..... /.....</p> <p>Requerimiento de ARM SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha.../.../.....</p>				
SIGNOS Y SÍNTOMAS				
Fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	Rinitis - congestión nasal	Astenia	Inyección conjuntival	
Insuficiencia respiratoria	Diarrea	Mialgias	Irritabilidad	
Tos	Vómitos	Artralgias / artritis	Confusión mental	
Dificultad respiratoria	Rechazo del alimento	Disgeusia de reciente aparición	Cefalea	
Dolor torácico	Dolor abdominal	Anosmia de reciente aparición	Convulsiones	
Dolor de garganta	Otros			

Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/vigilancia-centinela-de-infeccion-respiratoria-aguda-grave-irag>

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 ENOs
2022**

*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina