



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA

35

NÚMERO 668
AÑO 2023

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA



Ministerio de Salud
Argentina

AUTORIDADES

PRESIDENTE DE LA NACIÓN

DR. ALBERTO ÁNGEL FERNÁNDEZ

MINISTRA DE SALUD DE LA NACIÓN

DRA. CARLA VIZZOTTI

JEFA DE GABINETE

LIC. SONIA GABRIELA TARRAGONA

SECRETARIA DE ACCESO A LA SALUD

DRA. SANDRA MARCELA TIRADO

SUBSECRETARIA DE MEDICAMENTOS E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

DRA. NATALIA GRINBLAT

DIRECTORA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

DRA. ANALÍA REARTE

STAFF DE LA DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

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

Coordinación de Vigilancia por Laboratorios y gestión de insumos

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

Secretaría, despacho y administración

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

Área de Vigilancia de la Salud

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

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

Laura Bidart, Agustina Page.

Área de Análisis de Información e Investigación

Dalila Rueda, Federico M. Santoro, Silvina Moisés.

Área de alerta y respuesta

Martina Iglesias, Agostina Mortenstern, Camila Domínguez, Fiorella Ottonello, Ignacio Di Pinto, Susana Fernández y Ana Laura Parenti.

Área de Comunicación

Analí López Almeyda, Sebastián Riera.

Residencia de Epidemiología

Abril Joskowicz, Ailén Altschuler, Andrés Hoyos Obando, Daniela Álvarez Marín, Daniela Elena Guma, Estefania Soledad Buoro, Florencia Magalí Pisarra, Guido Lucio Galligani, Irene Oks, Karina Lorena Chaves, Juan Manuel Ruales, Julieta Caravario, Manuel Kurten Perez, María Belén Amatto, María Lorena Fernández, María Eugenia Chaparro, María Fernanda Martín Aragón, Lucía Bartolomeu, Martín Koifman, Mercedes Paz, Rina Lucia Amelotti, Silvana Cecilia Mamani, Soledad Castell, Victoria Nicolau, Victoria Hernández.

AUTORES DE ESTE BOLETÍN

Informe Influenza aviar:

Fiorella Otonello, Ignacio Di Pinto, Camila Dominguez y Martina Iglesias. Contó además con la contribución de Eugenia Ferrer¹, Natalia Chuard¹ y Vicente Rea Pidcova¹.

Informe dengue y otros arbovirus:

Maria Pia Buyayisqui, Dalila Rueda, Federico M. Santoro, Gabriela Fernandez y Silvina Moisés. Contó además con la contribución de María Alejandra Morales², Cintia Fabbri³ y Victoria Luppó³, Yael Provecho³, Teresa Stella⁴ y Carlos Giovacchini.

Alertas y actualizaciones epidemiológicas internacionales:

Ignacio Di Pinto y Martina Iglesias.

Informe infecciones respiratorias agudas

Carla Voto, María Paz Rojas Mena, Melisa Adriana Laurora, Dalila Rueda, Federico M. Santoro, Silvina Moisés, Andrea Pontotiero⁵ y Josefina Campos⁶.

Destacados en boletines jurisdiccionales:

Claudia Ochoa y Sebastian Riera.

Herramientas para la vigilancia, prevención y respuesta:

Analí López Almeyda y María Belén Markiewicz.

AGRADECIMIENTOS:

Este boletín es el resultado -y a su vez devolución- del aporte de las más de 25.000 personas que se desempeñan como usuarias del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS²⁻⁰), las que proporcionan información de manera sistemática en todos los niveles del sistema de salud y jurisdicciones del país.

Nuestro agradecimiento a todas ellas, a los y las referentes jurisdiccionales de vigilancia epidemiológica y por laboratorios -que tienen a cargo la coordinación y gestión cotidiana del sistema de vigilancia, a los laboratorios nacionales de referencia, las áreas y programas nacionales que colaboran en la configuración, gestión y usos de la información, y a quienes leen y usan el Boletín, quienes son los destinatarios del esfuerzo por informar de la situación epidemiológica en forma continua y oportuna.

IMAGEN DE TAPA:

En septiembre 2023 ingresó la 14^{va} cohorte de la Residencia de Epidemiología. Encuentro de capacitación con residentes de primero, segundo y tercer año en la sede del Ministerio de Salud de la Nación. Banco de imágenes propio.

1 Programa Nacional de Sanidad Aviar del SENASA

2 Laboratorio Nacional de Referencia para Dengue y otros arbovirus, INEV-ANLIS

3 Dirección de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

4 Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles.

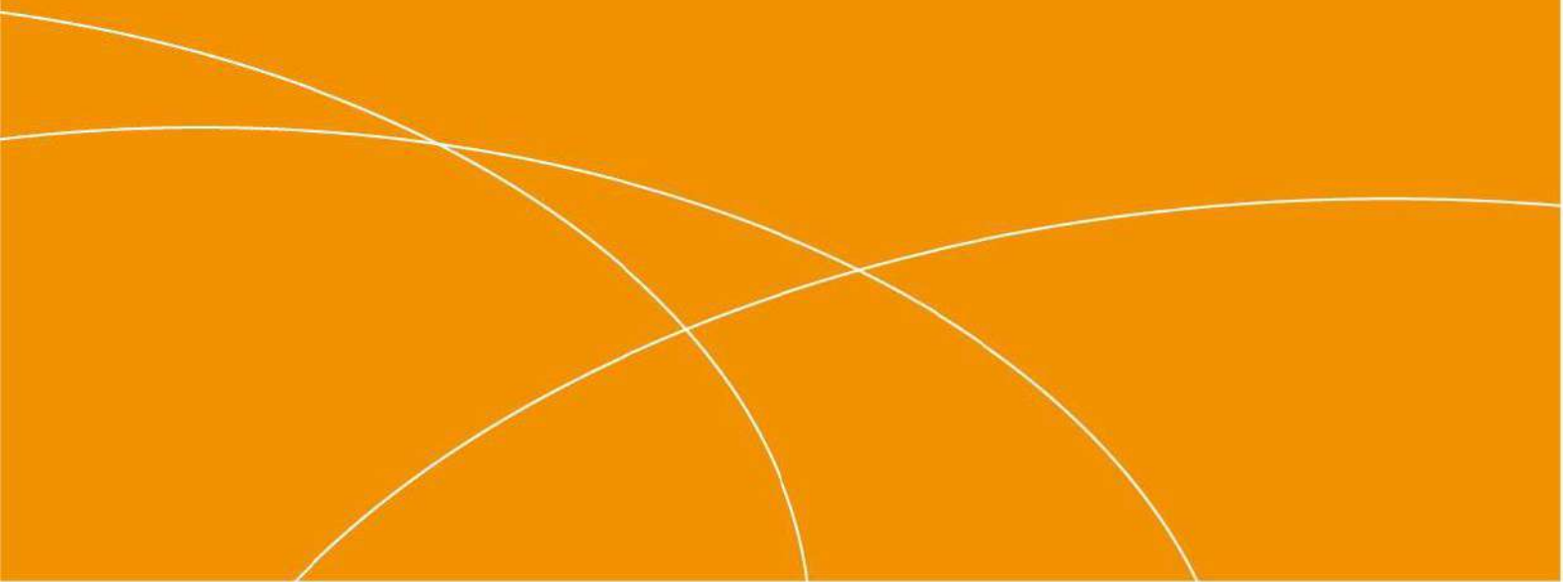
5 Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios, INEI-ANLIS.

6 Plataforma de Genómica, ANLIS.

CONTENIDO

Staff de la Dirección de Epidemiología.....	3
Autores de este boletín.....	4
SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES	6
Vigilancia de Influenza aviar.....	7
EVENTOS PRIORIZADOS	12
Vigilancia de dengue y otros arbovirus.....	13
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	25
Campaña de vacunación contra COVID-19	45
ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES	56
Alerta epidemiológica: preparación y respuesta ante malaria importada en países no endémicos	58
Directrices de Laboratorio para la detección y el diagnóstico de la infección por virus usutu ...	59
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICIONALES	61
Buenos Aires: Triquinosis	63
Santa Fe: Covid, Influenza y OVR en ambulatorios	64
La Pampa: Vigilancia de enfermedades gastroentericas	65
Salta: Vigilancia de infecciones respiratorias agudas.....	66
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA	68
Ingresó la 14ª cohorte de residentes de epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación....	69

SITUACIONES EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES



VIGILANCIA DE INFLUENZA AVIAR

INTRODUCCIÓN

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

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

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

Siempre que los virus de la influenza aviar circulan entre las aves de corral, existe el riesgo de aparición esporádica de infecciones en humanos debido a la exposición a aves infectadas o ambientes contaminados⁷.

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

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

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

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

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

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

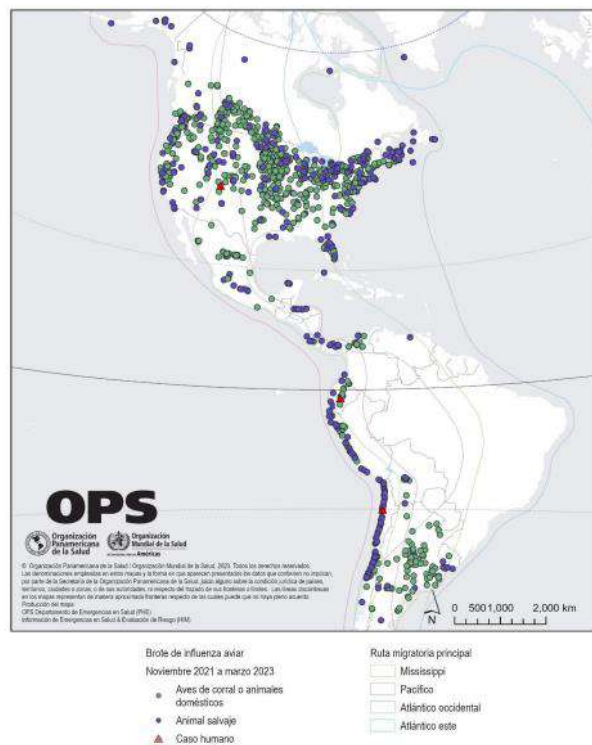
⁷ [OPS: Actualización epidemiológica: Brotes de Influenza Aviar causados por Influenza A\(H5N1\) en la Región de las Américas. 17/5/2023](#)

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

SITUACIÓN REGIONAL

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud Animal (OMSA), la temporada epidémica de la Influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) continúa con brotes en aves de corral, en aves silvestres y mamíferos, principalmente en las Regiones de Europa y América. En el periodo epidémico actual, el subtipo A(H5N1) es el predominante y ha provocado una tasa alarmante de aves silvestres muertas y un número creciente de casos en mamíferos, tanto terrestres (incluyendo animales de compañía), como acuáticos, causando morbilidad y mortalidad. Si bien afectan en gran medida a los animales, estos brotes plantean riesgos continuos para la salud pública. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) instan a los países a trabajar en forma colaborativa y multisectorial para preservar la sanidad animal y proteger la salud de las personas.

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



Más información disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-brotes-influenza-aviar-causados-por-influenza-ah5n1-0>

SITUACIÓN NACIONAL DE BROTES DE IAAP EN ANIMALES

Hasta el momento se han registrado casos positivos de Influenza Aviar Altamente Patógena (IAAP) H5 en mamíferos silvestres (lobos marinos) en: Tierra del Fuego (Río Grande), Río Negro (Punta Bermeja, San Antonio Este, Sierra Grande); provincia de Buenos Aires (Necochea, Mar del Plata, Claromecó, San Blas y Mayor Buratovich); en Santa Cruz (Punta Loyola y Puerto Deseado) y Chubut (Puerto Pirámides, Puerto Madryn y Camarones). Los últimos casos detectados se informaron el 5/9 en Camarones, Chubut y Puerto Deseado en Santa Cruz.

Los hallazgos se realizaron en el marco de las acciones de vigilancia y las medidas que se llevan adelante en todo el territorio nacional para la prevención de la enfermedad, establecidas por la declaración de emergencia por IAAP - Resolución Senasa N° 147/2023 - y con el objetivo de preservar la reciente autodeclaración de país libre de la enfermedad en aves de corral. ([Influenza aviar: Argentina cerró el último brote en aves comerciales y se autodeclaró país libre | Argentina.gob.ar](#)).

El SENASA destaca que las recientes detecciones en mamíferos marinos no afectan al estatus zoonosario declarado ante la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA), donde Argentina sustenta su estatus de país libre de Influenza Aviar Altamente Patógena en aves de corral. De acuerdo a los lineamientos de esa Organización, puede darse la presencia de la enfermedad en la subpoblación de animales silvestres y mantenerse libre de la enfermedad con medidas de bioseguridad y vigilancia a la subpoblación de aves domésticas.

RECOMENDACIONES

Debido a que el virus se encuentra en las secreciones y excreciones de los animales enfermos o muertos, se recuerda a las instituciones y público en general no acercarse a los animales muertos o con sintomatología sospechosa y notificar al SENASA si se identifica mortandad, signos nerviosos, digestivos y/o respiratorios en mamíferos marinos o aves tanto silvestres como domésticas (incluyendo principalmente patos, gallinas, pollos, gallos, gansos, pavos).

Además, se recomienda:

- Ante la presencia de animales silvestres, como aves y lobos marinos enfermos o muertos, no acercarse y evitar el contacto directo.
- Realizar una tenencia de mascotas responsable, restringiendo su acceso a las playas con presencia de animales enfermos o muertos.
- Notificar inmediatamente la presencia de animales silvestres enfermos o muertos.

Más información en [Influenza aviar: Pautas sanitarias ante la detección de casos en mamíferos marinos | Argentina.gob.ar](#)

Por otra parte, desde el 1 de febrero de 2023 -fecha en que el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) informó la primera detección en el país de IAAP producida por Influenza A (H5N1) realizada en aves silvestres, en la laguna de Pozuelos, Jujuy- hasta el 25/07/23 se han informado 101 brotes de la enfermedad en aves en 17 provincias, afectando aves silvestres, de traspatio y aves de producción.

VIGILANCIA DE LA INTERFASE HUMANO-ANIMAL

Las personas en riesgo de contraer infecciones son aquellas expuestas, directa o indirectamente, a aves infectadas (domésticas, silvestres o en cautiverio), por ejemplo, tenedores de aves que mantengan contacto estrecho y regular con aves infectadas o durante el sacrificio o la limpieza y desinfección de las granjas afectadas.

En Argentina, de acuerdo con las recomendaciones regionales, se realiza la identificación temprana de las personas expuestas (en contacto con aves enfermas o muertas en contextos de brotes de Influenza Aviar) y su seguimiento durante 10 días para identificar posibles casos sospechosos

(aquellos que presenten síntomas dentro del período de seguimiento)⁸. A continuación, se presenta la información notificada sobre casos expuestos y sospechosos identificados y estudiados hasta la fecha.

Hasta el momento se han identificado 335 personas expuestas que han sido puestas bajo vigilancia y se han registrado entre ellas 21 casos sospechosos, que han sido estudiados por los Centros Nacionales de Influenza. A la fecha se ha descartado la infección por Influenza A(H5N1) en 20 de ellos, y uno se encuentra en estudio.

Tabla 2. Expuestos en seguimiento y casos sospechosos de Influenza Aviar según resultado por provincia. Argentina. Actualizado al 06/09/2023.

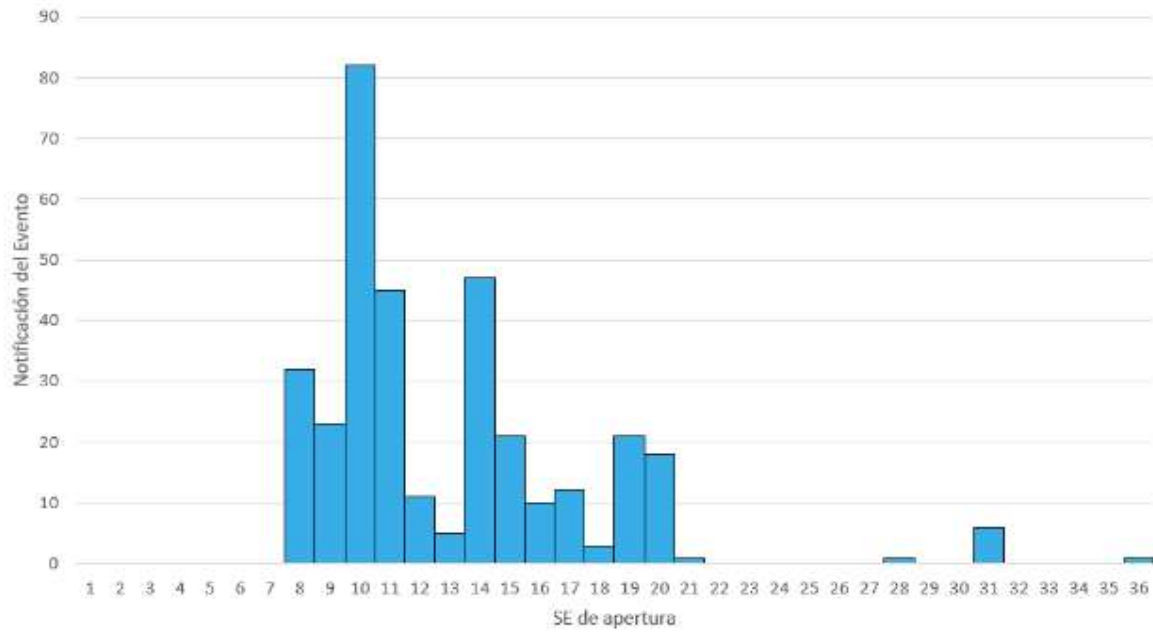
Jurisdicción de carga	Personas expuestas		Casos sospechosos	
	En seguimiento	Finalizó seguimiento	Sospechosos en estudio	Descartados
NACIÓN				1
BUENOS AIRES	13	77	1	10*
CHUBUT	6	35		3
CORDOBA		40		
CORRIENTES	5	7		
ENTRE RIOS	1			
FORMOSA		12		
LA PAMPA		5		
MENDOZA		2		
NEUQUEN		27		3
RIO NEGRO	2	39		2
SALTA	1	7		1
SAN LUIS		5		
SANTA CRUZ		6		
SANTA FE		45		
TOTAL	18	307	1	20

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

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

⁸ Para más información consultar el documento [Influenza Aviar: Vigilancia de personas expuestas a IA y casos sospechosos de IA en humanos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud-SNVS 2.0, febrero 2023](#) y la [ficha de notificación para casos sospechosos de Influenza Aviar](#)

Gráfico 1. Curva epidemiológica según notificaciones del evento “Influenza Aviar Seguidores de Expuestos a animal sospechoso o confirmado” por SE de apertura. Argentina. Actualizada al 29/08/2023 (n=334)



**la SE 36 se encuentra en curso.*

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

EVENTOS PRIORIZADOS



VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

INTRODUCCIÓN

Para los datos nacionales, el informe se confeccionó con información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud notificada hasta el día 3 de septiembre de 2023. El período de análisis de esta edición es el comprendido entre la SE 1/2023 (1° de enero) hasta la SE 35/2023 de la temporada 2022-2023.

SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

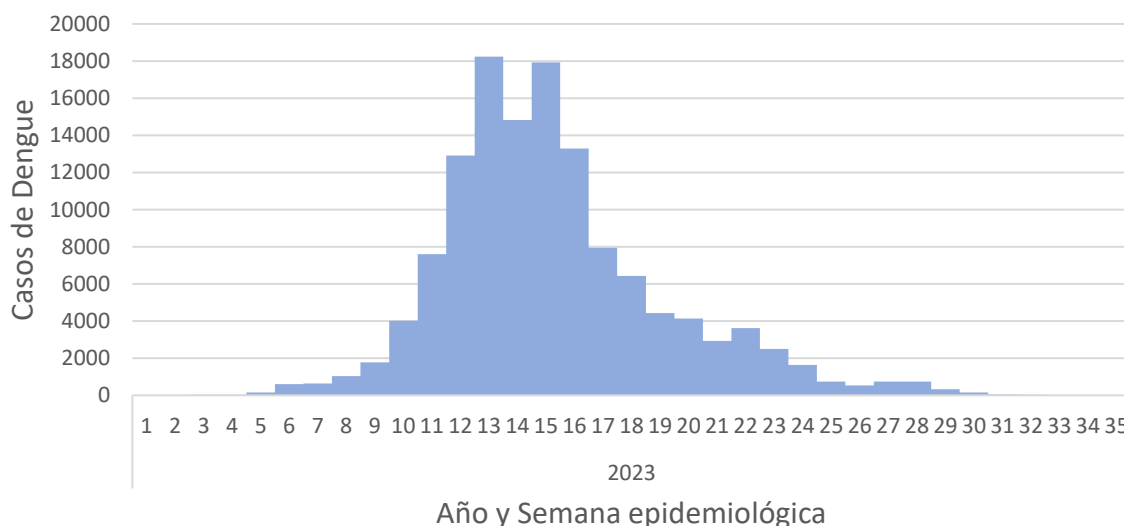
Desde la **SE 1/2023** hasta la **SE 35/2023** se registraron en Argentina **130.116** casos de dengue: **121.528** autóctonos, **1.500** importados y **7.088** en investigación.

Tabla 1. Casos de dengue según antecedente de adquisición de la infección y total de notificaciones investigadas para dengue. SE 1/2023 a 35/2023.

Provincia	Autóctonos	En Investigación*	Importados	Total casos dengue	Notificaciones totales
Buenos Aires	8957	1077	265	10.299	21.518
CABA	12703	97	298	13.098	22.094
Córdoba	7448	645	125	8.218	13.777
Entre Ríos	545	91	32	668	1.539
Santa Fe	20247	1384	44	21.675	26.826
Centro	49.900	3.294	764	53.958	85.754
Mendoza	2	20	28	50	151
San Juan		3	4	7	52
San Luis	23	16	25	64	154
Cuyo	25	39	57	121	357
Chaco	11391	85	11	11.487	15.817
Corrientes	1248	257	16	1.521	3.225
Formosa	421	107	23	551	3.235
Misiones	180	79	24	283	2.827
NEA	13.240	528	74	13.842	25.104
Catamarca	855	88	151	1.094	2.172
Jujuy	4573	912	76	5.561	7.927
La Rioja	344	53	14	411	1.158
Salta	13254	1918	208	15.380	22.264
Santiago del Estero	15369	145	6	15.520	18.598
Tucumán	23967	97	12	24.076	31.572
NOA	58.362	3.213	467	62.042	83.691
Chubut	0	2	5	7	23
La Pampa	1	0	30	31	65
Neuquén	0	6	34	40	65
Río Negro	0	1	11	12	24
Santa Cruz	0	4	29	33	72
Tierra del Fuego	0	1	29	30	45
Sur	1	14	138	153	294
Total PAIS	121.528	7.088	1.500	130.116	195.200

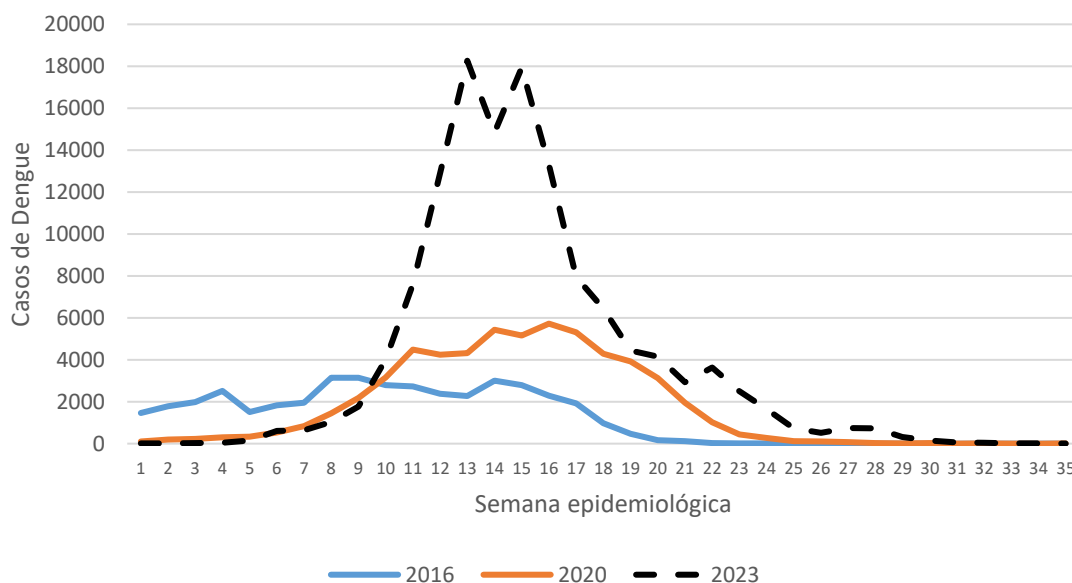
La curva epidémica muestra que los casos aumentaron desde la SE 7/8 hasta la SE 16, a partir de la cual comenzó el descenso de los casos a un ritmo similar al que había tenido el aumento, hasta las SE 17/18. A partir de entonces el descenso continuó a un ritmo más lento y, a partir de la SE 30 se registraron casos confirmados esporádicos en diferentes localidades. En las últimas 4 semanas se confirmaron 63 casos autóctonos.

Gráfico 1. Casos de Dengue por SE epidemiológica. SE 1/2023 a SE 35/2023, Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.º).

Gráfico 2. Casos de dengue según año. Años 2016, 2020 y 2023. Argentina.



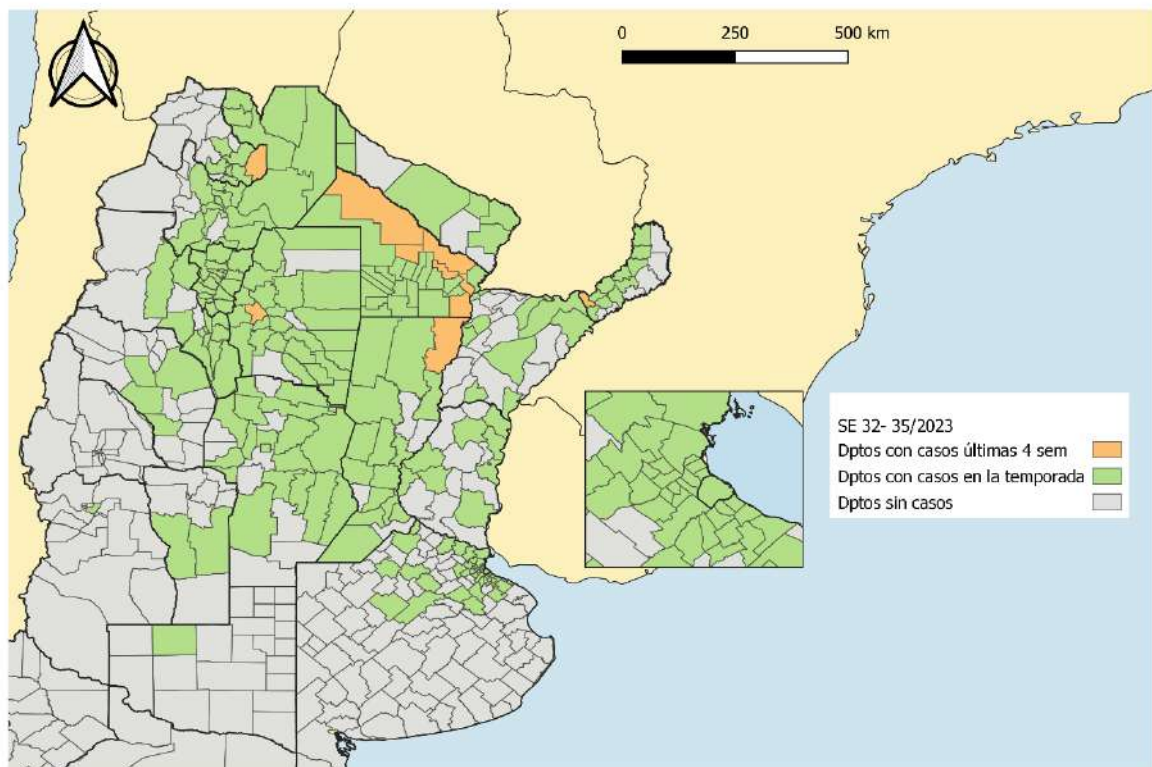
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.º).

En cuanto a la distribución espacial, **186** departamentos pertenecientes a **18** jurisdicciones han presentado circulación autóctona de dengue durante esta temporada, de los cuales **176** han pasado 28 días o más sin registrar nuevos casos (interrupción de transmisión) y **10** departamentos notificaron uno o más casos confirmados en las últimas 4 semanas. Las jurisdicciones que registraron casos

confirmados autóctonos o en investigación en las últimas 4 semanas son: Chaco (San Fernando, Sargento Cabral, 1º de Mayo, General Güemes, Libertador General San Martín, Maipú), Misiones (Capital), Santa Fe (General Obligado), Santiago del Estero (Capital) y Jujuy (Santa Bárbara) (Ver mapas 1 y 2).

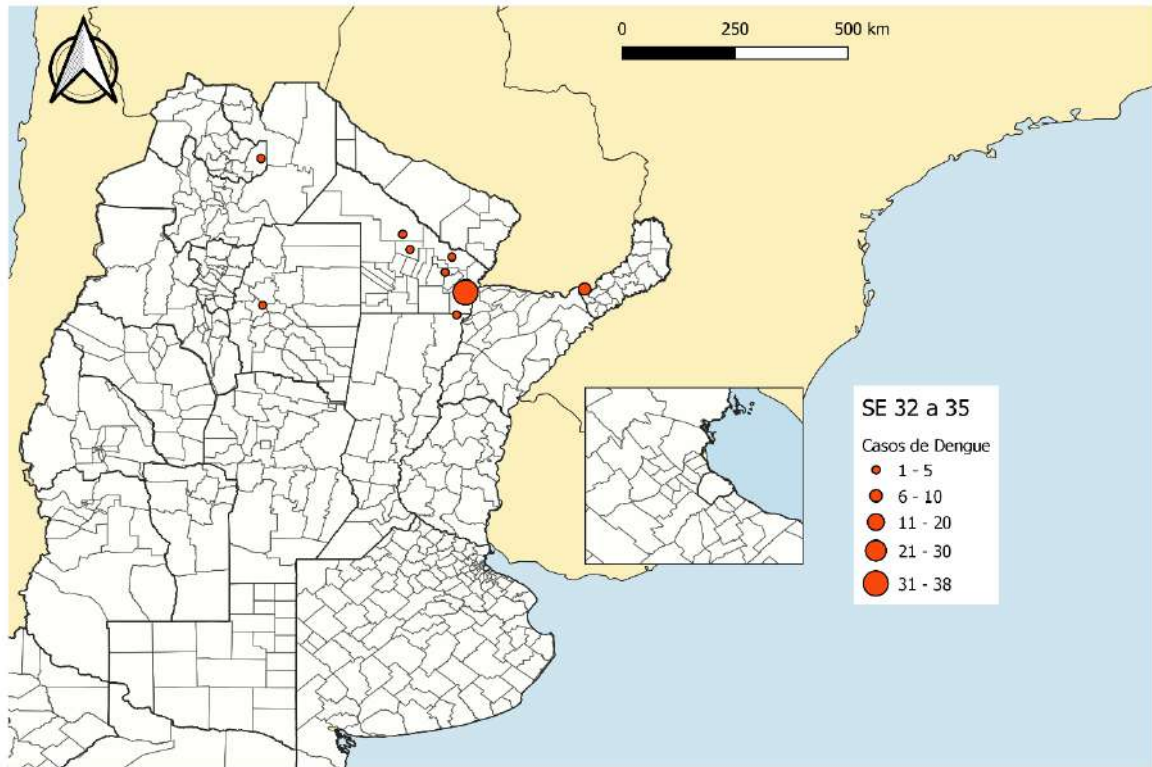
En la última semana se notificaron **2** casos de dengue: un caso en Chaco (San Fernando) sin antecedente de viaje y un caso en Santa Fe, en el departamento de Vera, pero con antecedente de viaje a General Obligado, también departamento perteneciente a Santa Fe (Gráfico 3). Salta presentó un caso probable durante la SE 33, en la localidad de Pichanal perteneciente al departamento de Orán.

Mapa 1. Departamentos con casos de dengue durante la presente temporada y departamentos con casos confirmados en las últimas 4 semanas epidemiológicas.



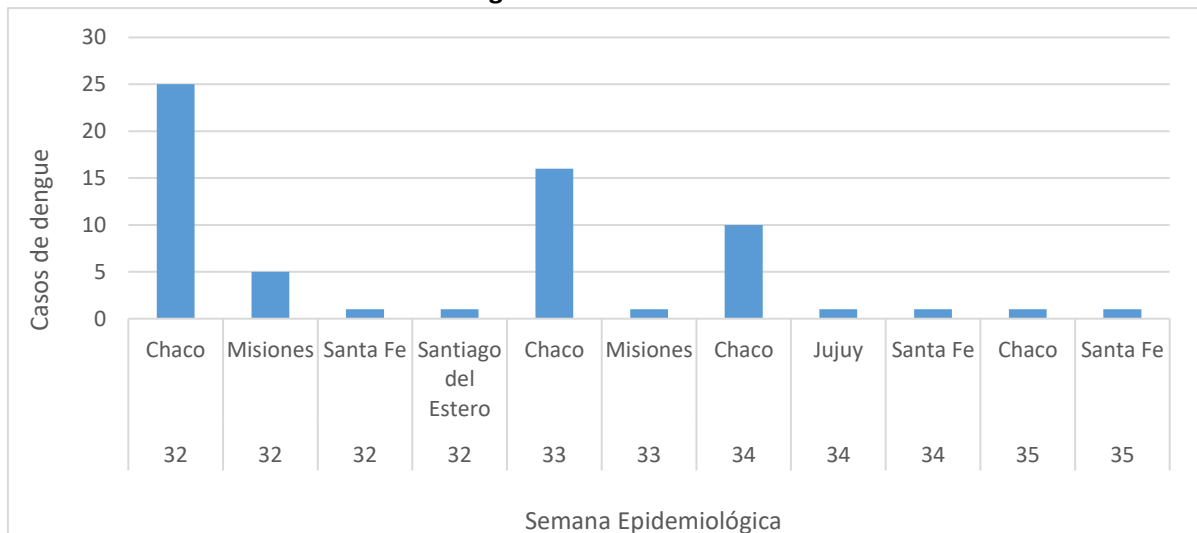
Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Mapa 2. Casos de dengue autóctonos y en investigación según localidad de residencia. Argentina. SE 32/2023 a SE 35/2023



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

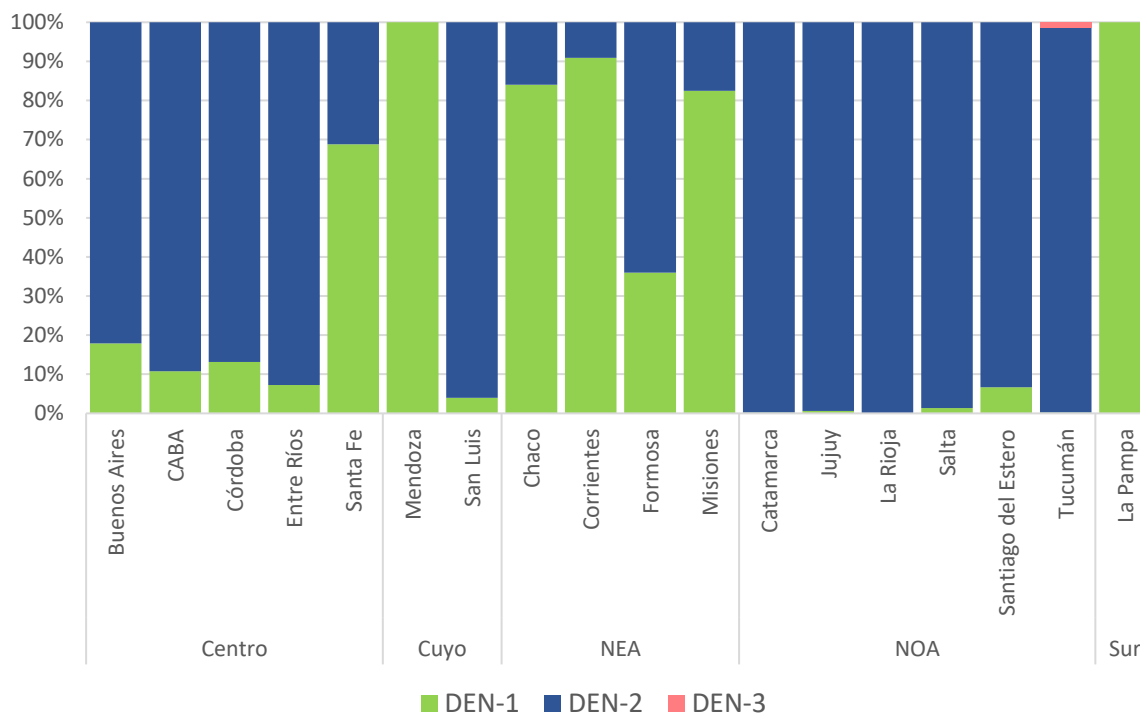
Gráfico 3. Casos de dengue por jurisdicción. Casos autóctonos y en investigación confirmados por laboratorio. SE 32 a SE 35. Año 2023. Argentina.



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

Hasta el momento se registró en el país circulación predominante de DENV-2 identificándose en el 79,60% de los casos sub tipificados; seguido de DENV-1 en el 20,36%; y DENV-3 en muy baja circulación, con el 0,05%. A nivel regional, DENV-2 predomina en NOA y Centro (a excepción de la provincia de Santa Fe, donde predominó DENV-1) y DENV-1 fue el serotipo predominante en la región del NEA (a excepción de Formosa en la que se registró una proporción mayor de DENV-2). En Cuyo, se registran casos de DENV-2 en San Luis y DENV-1 en Mendoza. En el Sur se registra un caso autóctono de DENV-1 en La Pampa.

Gráfico 4. Distribución proporcional de serotipos en casos autóctonos según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 01/2023 a SE 35/2023. N=13.164

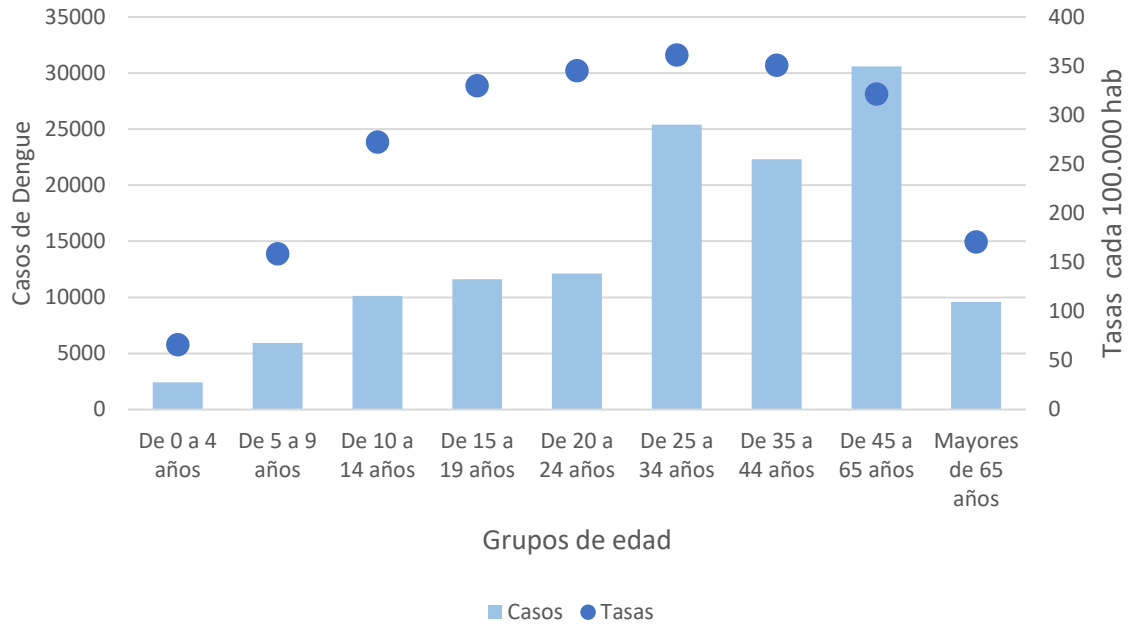


Fuente: elaboración del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a casos notificados al SNVS con identificación de serotipo.¹⁰

¹ Fe de erratas: En el gráfico de distribución de serotipos por provincia publicado en la SE 34 presentó un problema en su configuración que implicó una visualización incorrecta de la distribución por provincia, por lo cual el presente gráfico reemplaza y corrige al del BEN anterior.

La **incidencia acumulada** a nivel país en población general durante la temporada 2023 fue de **279,32** casos cada 100.000 habitantes, con valores que superan los 300 en población entre 15 y 65 años con menor afectación en niños menores de 10 años y personas mayores de 65 años (Gráfico 5).

Gráfico 5. Casos y tasas de dengue según grupos de edad. SE 01/2023 a SE 35/2023. Argentina.



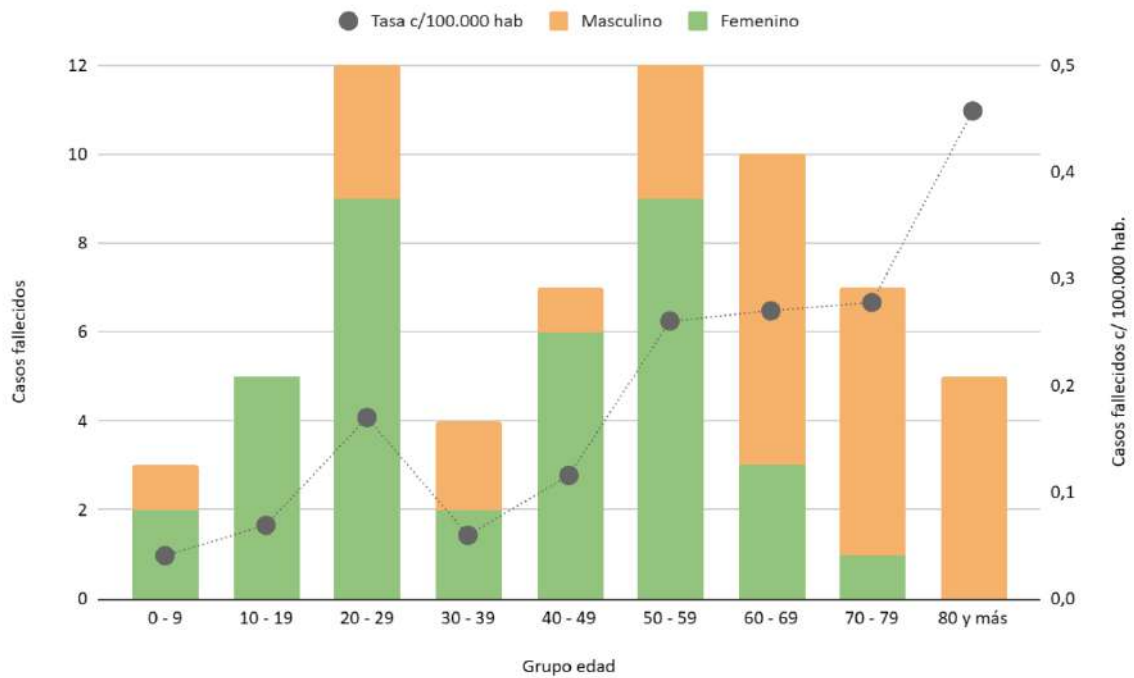
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Los signos y síntomas más frecuentes entre los casos notificados¹¹ fueron fiebre, cefalea, mialgias, artralgias y dolor retroocular, seguidos de náuseas, dolor abdominal, vómitos y diarrea.

¹¹ El análisis de signos y síntomas se realizó sobre los casos que tenían datos en la sección Clínica, lo que representa el 48% del universo de casos notificados totales.

No se notifican nuevos casos de fallecidos desde la SE 25. Con 65 casos fallecidos notificados hasta la SE 35/2023, la letalidad se ubica en el 0,05%. El 57% de los casos fallecidos correspondieron a personas de sexo legal femenino y el 43% masculino. Con relación a la distribución por edad, se registran casos en todos los grupos con una mediana de 51 años, mínimo menor de 1 año y máximo 87. Las tasas de mortalidad más elevadas corresponden a mayores de 80 años (Gráfico 6).

Gráfico 6. Casos fallecidos según sexo, edades decenales y tasas c/100.000 hab. SE 01/2023 a SE 35/2023 (n=65).



Fuente: Dirección Epidemiología sobre datos del SNVS 2.0

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

Del total de casos fallecidos, en 35 se pudo identificar el serotipo involucrado: 26 serotipo DENV-2 y 9 serotipo DEN-1 (Tabla 3).

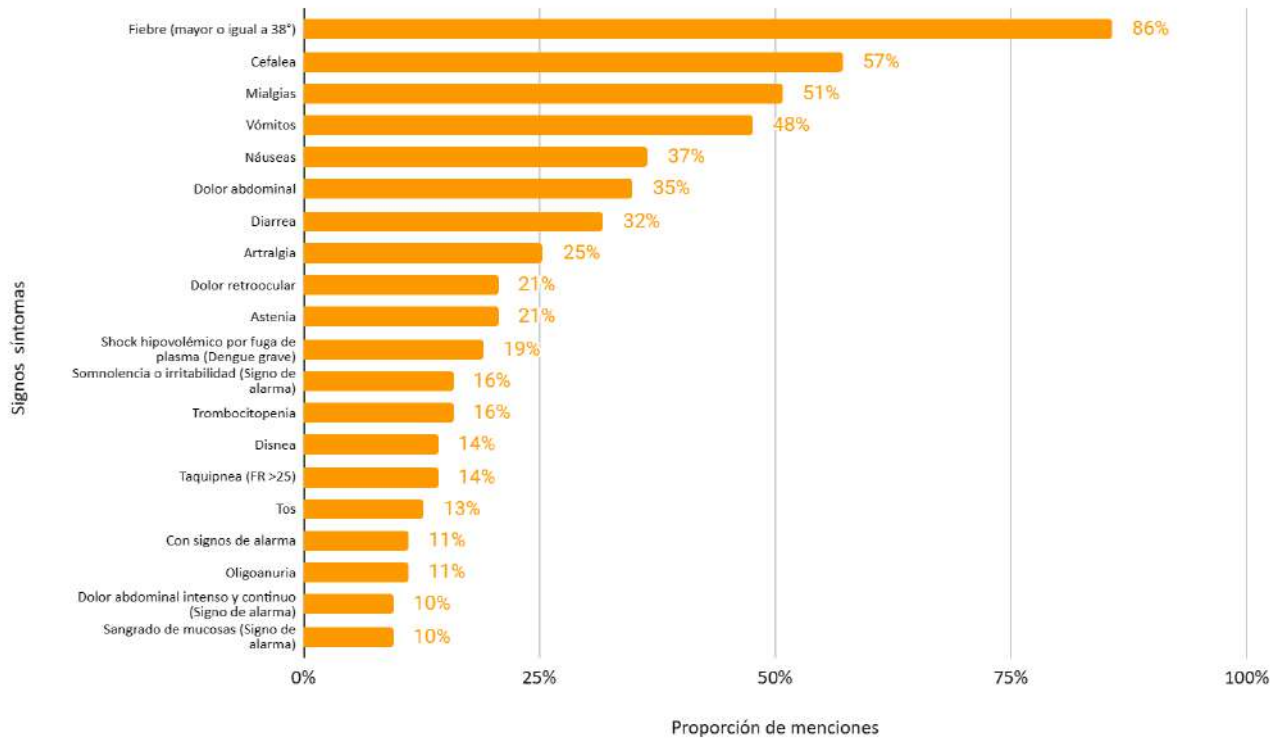
Tabla 3. Casos fallecidos según identificación de serotipo por jurisdicción. Argentina. SE1 a SE34 de 2023.

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

Fuente: Dirección Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0

En cuanto a los signos y síntomas, se reportaron datos en 63 casos fallecidos, siendo los más frecuentes: fiebre, cefalea, mialgias, vómitos, náuseas, dolor abdominal y diarrea (Gráfico 7).

Gráfico 7. Frecuencia de Signos y síntomas más frecuentes en casos fallecidos (n=63)¹². SE1 a SE34 de 2023.



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

¹² Se excluyen dos casos fallecidos de dengue sin datos referidos a signos y síntomas.

SITUACIÓN DE CHIKUNGUNYA EN ARGENTINA

Desde la SE 31/2022 hasta la SE 35/2023 se registraron en Argentina **2.310** casos de fiebre Chikungunya, de los cuales **2.303 (99,7 %)** fueron registrados durante el año 2023.

De los **2.310** casos, **1.678** son autóctonos, **337** son importados y **295** se encuentran en investigación.

Nueve jurisdicciones han informado la circulación viral autóctona de fiebre Chikungunya en su territorio durante esta temporada: Buenos Aires, CABA, Córdoba, Chaco, Corrientes, Formosa, Misiones, Salta y Santa Fe. Se suman un caso en Entre Ríos, un caso en Mendoza, dos casos en Santiago del Estero, y un caso en Jujuy en investigación.

De la SE 30 a la SE 33 no se registraron nuevos casos confirmados por laboratorio, aunque si casos probables de Fiebre Chikungunya.

En las últimas 4 semanas epidemiológicas, se notificaron **2** casos confirmados por laboratorio (SE 34) pertenecientes a la provincia del Chaco (Libertador General San Martín). Un caso asoció un cuadro de encefalitis con PCR positiva para Fiebre Chikungunya.

Gráfico 8. Casos autóctonos, en investigación e importados confirmados y probables de Fiebre Chikungunya por SE epidemiológica. SE 1/2023 a SE 35/2023, Argentina (n= 2303).

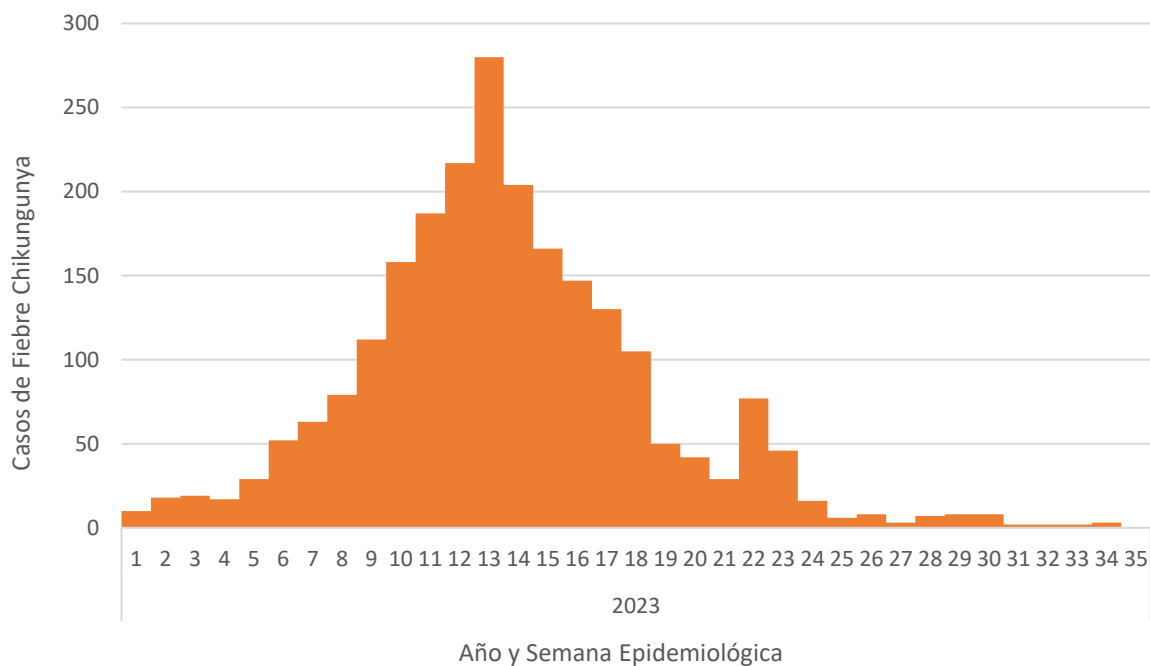


Tabla 4. Casos de fiebre Chikungunya por provincia según antecedente de viaje. SE 31/2022 a SE 35/2023.

Provincia	Autóctonos*	En investigación*	Importados*	Total casos de Chikungunya	Casos sospechosos investigados
Buenos Aires	483	68	125	676	4.451
CABA	105	1	70	176	979
Córdoba	185	20	14	219	2.438
Entre Ríos		1		1	32
Santa Fe	131	8	11	150	1.578
Centro	904	98	220	1.222	9.478
Mendoza	0	1	2	3	14
San Juan	0	0	0	0	1
San Luis	0	0	1	1	23
Cuyo	0	1	3	4	38
Chaco	36	20	8	64	665
Corrientes	126	10	12	148	256
Formosa	264	129	53	446	2.399
Misiones	332	30	39	401	836
NEA	758	189	112	1.059	4.156
Catamarca	0	0	0	0	4
Jujuy	0	1	0	1	263
La Rioja	0	0	0	0	28
Salta	16	3	0	19	167
Santiago del Estero	0	2	0	2	14
Tucumán	0	0	0	0	95
NOA	16	6	0	22	571
Chubut	0	0	0	0	2
La Pampa	0	0	0	0	12
Neuquén	0	0	1	1	4
Río Negro	0	0	0	0	1
Santa Cruz	0	0	1	1	8
Tierra del Fuego	0	1	0	1	4
Sur	0	1	2	3	31
Total PAIS	1.678	295	337	2.310	14.274

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

ENCEFALITIS DE SAN LUIS, FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL.

De la SE 31/2022 hasta la SE 35/2023, se registraron en total **23** casos de encefalitis asociados a flavivirus, de los cuales 5 corresponden a **Encefalitis de San Luis** y el resto aún se encuentran en investigación ya que no se pudo determinar el flavivirus involucrado. Todos los casos se registraron en la región **Centro** (Buenos Aires, Entre Ríos, Santa Fe, Córdoba) con un promedio de edad de 47 años. El último caso confirmado presentó fecha de inicio de síntomas en SE 24. Se reportaron 3 casos fallecidos asociados a encefalitis por flavivirus durante la temporada, 2 de sexo legal masculino, 1 de sexo legal femenino, con un promedio de edad de 70 años.

SITUACIÓN REGIONAL DE DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus en países limítrofes seleccionados al 31/08/2023¹³.

Brasil: Hasta la SE 32/2023 se reportaron 2.569.746 casos de dengue y 912 fallecidos, representando un 23% superior al número de casos para la misma semana de 2022. A la misma semana se registraron 218.613 casos de Chikungunya (un 7% inferior al reportado para el mismo período del año 2022) y 78 fallecidos. A la SE 29/2023 se reportaron 26.659 casos de zika, representando una disminución del 4% respecto de la misma semana del año previo, y dos casos fallecidos.

Bolivia: De la SE 1 a 32/2023, se registraron 137.110 casos de dengue, 14 veces los casos reportados a la SE 32/2022, y 79 fallecidos. Hasta la misma semana se reportaron 1.344 casos de Chikungunya y 825 de Zika, representando 8 y 7 veces respectivamente el número de casos registrados en el mismo período del año 2022. No se reportan fallecidos para estos eventos.

Paraguay: Hasta la SE 33 del 2023 se registraron 114.078 casos confirmados y probables de Chikungunya y 271 fallecidos, mientras que durante el mismo período del año previo se reportaron 59 casos. Hasta la SE 33 se reportaron 8.000 casos de dengue y 10 fallecidos, a diferencia de los 358 casos registrados para dicho período en 2022. No se presentan casos de zika.

Perú: A la SE 32 de 2023 se reportaron 235.014 casos de dengue y 399 fallecidos, 4 veces el valor de casos observados para el 2022 hasta dicha semana. Para la SE 33 de 2023 se registraron 332 casos de Chikungunya y 32 casos de zika respectivamente, sin fallecidos reportados.

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

Las diferencias en el número de casos de arbovirosis observadas en los países limítrofes, en relación con la temporada previa, manifiestan una tendencia en aumento a nivel regional.

¹³ Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE LA SE 35/2023

2.060


Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana epidemiológica (SE) 35. De estos, 1.991 corresponden a dicha semana considerando la fecha de inicio de síntomas o la fecha mínima del caso¹⁴.

16

Fallecidos informados en la SE 35. De estos, 8 fallecieron en dicha SE.

27% 


Aumento de casos confirmados de COVID-19 según la fecha mínima del caso en SE 35 respecto a la SE 34 (diferencia de 422 casos).

21,43% 

Positividad para SARS-CoV-2 por RT-PCR en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 35.

0,00%

Positividad para VSR en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 35.

7,27% 

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 35.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 35/2023

- ✓ Entre SE01-34 de 2023 se registraron 741.107 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 121.082 casos de Neumonía, 158.587 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 13.462 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ La positividad calculada para la SE35/2023 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio es de 21,43% para SARS-CoV-2, 7,27% para Influenza y 0,00% para VSR, entre las muestras analizadas por rt-PCR. La positividad para SARS-CoV-2 en UMAs se encuentra en ascenso en las últimas semanas epidemiológicas.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, para la SE35/2023 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2 fue de 12,34%, influenza fue de 2,58% y VSR 3,26%.

¹⁴ La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

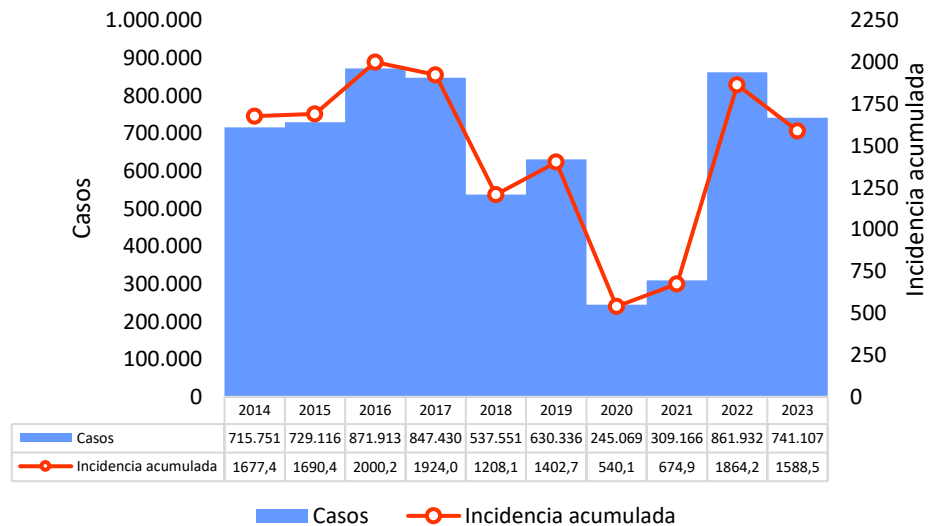
- ✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de parainfluenza, metapneumovirus, influenza, VSR y adenovirus.
- ✓ Entre las SE 01-35 del año 2023, se registraron 88 personas fallecidas con diagnóstico de influenza.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre la SE01-34 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 741.107 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1588,5 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 34 semanas del período 2014-2023, se observa que el mayor número de notificaciones se registra para el año 2016 (cuando se registraron 871.913 casos), seguido por los años 2022 y 2017, mientras que las notificaciones de ETI en las primeras 34 semanas de 2023, superan a las registradas en el resto de los años históricos analizados.

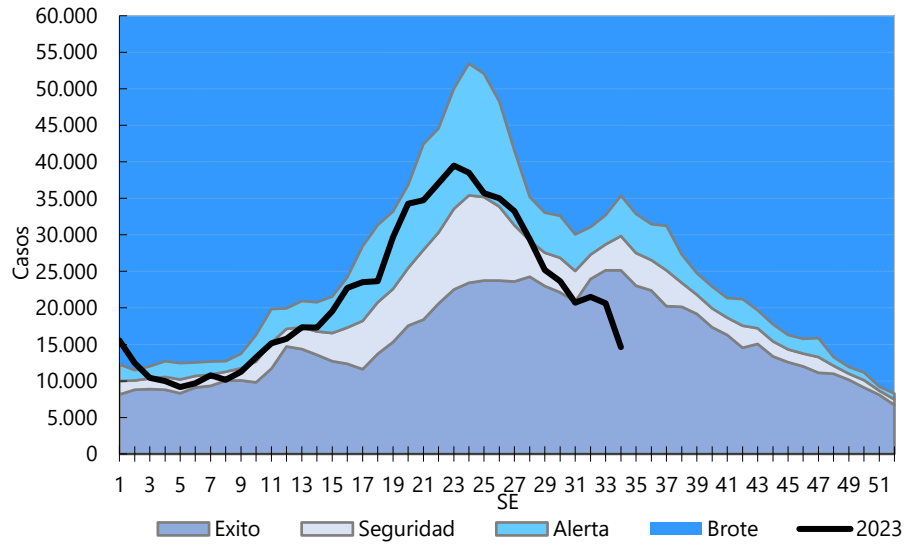
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. SE34. Total país. Año 2014-2023 Argentina.



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

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país se encuentran en la zona de brote durante las dos primeras semanas de 2023, posteriormente descienden y se ubican en zona de seguridad hasta la SE12 (excepto en SE10, cuando alcanzan niveles de alerta). Posteriormente, se registra un ascenso de los casos de ETI a la zona de alerta entre SE13-28. A partir de la SE29 las notificaciones nuevamente descienden, ubicándose en las últimas cuatro semanas en niveles esperados.

Gráfico 4: Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Corredor endémico Semanal - 5 años: 2015 a 2019. SE01-34 de 2023. Argentina.



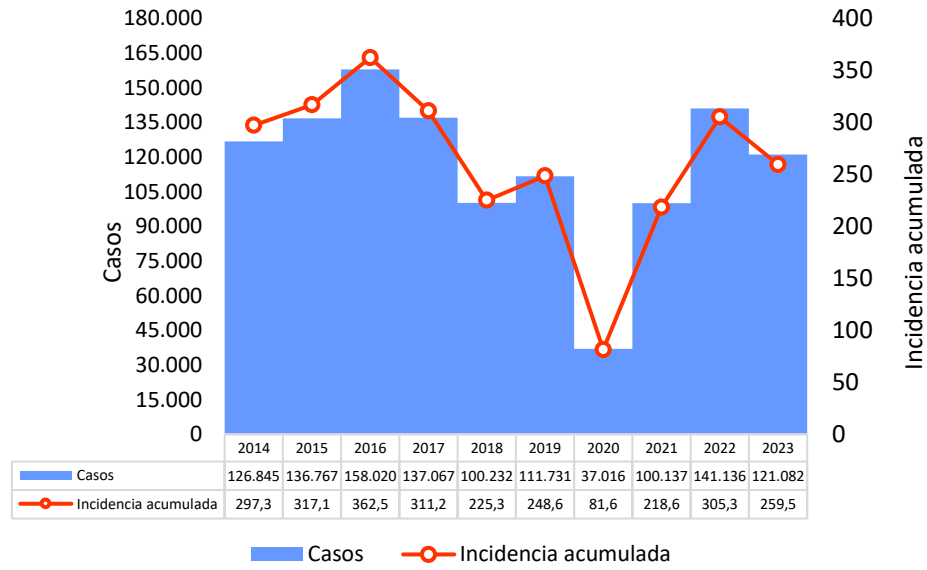
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

Entre las SE01-34 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 121.082 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 259,5 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las semanas 1 a 34 del período 2014-2023, se observa que el año con mayor número de notificaciones fue 2016, seguido por 2022 y 2017. En relación al mismo período en años históricos, en la presente temporada el número de casos registrados es menor respecto a los años 2014 a 2017 y 2022; mientras que en comparación con los años 2018 a 2021, se notificaron un mayor número de neumonías en el corriente año.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. SE34. Total país. Año 2014-2023 Argentina.¹⁵

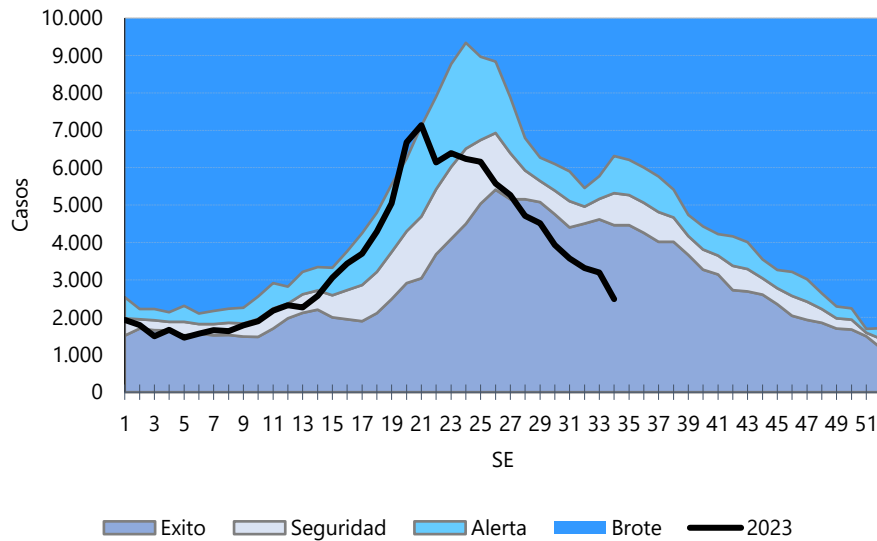


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS ^{2.0}

Las notificaciones de neumonía por semana a nivel país se ubican, respecto al comportamiento en años históricos, en la zona de seguridad en las dos primeras semanas de 2023. Posteriormente oscilan entre esa zona y los niveles esperados hasta la SE07. A partir de la SE08 comienzan a ascender, ubicándose en SE15 en zona de alerta y alcanzando durante las semanas 20 y 21 niveles de brote. A partir de ese momento, se verifica una tendencia descendente en el número de casos, ubicándose a partir de SE28 en los niveles esperados.

¹⁵ Incluye las notificaciones del evento registrada con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 de 2022. A partir de la SE23/2022 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las neumonías en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las neumonías en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

Gráfico 6: Neumonía: Corredor endémico Semanal. 5 años: 2015 a 2019. SE01-34 de 2023. Argentina.



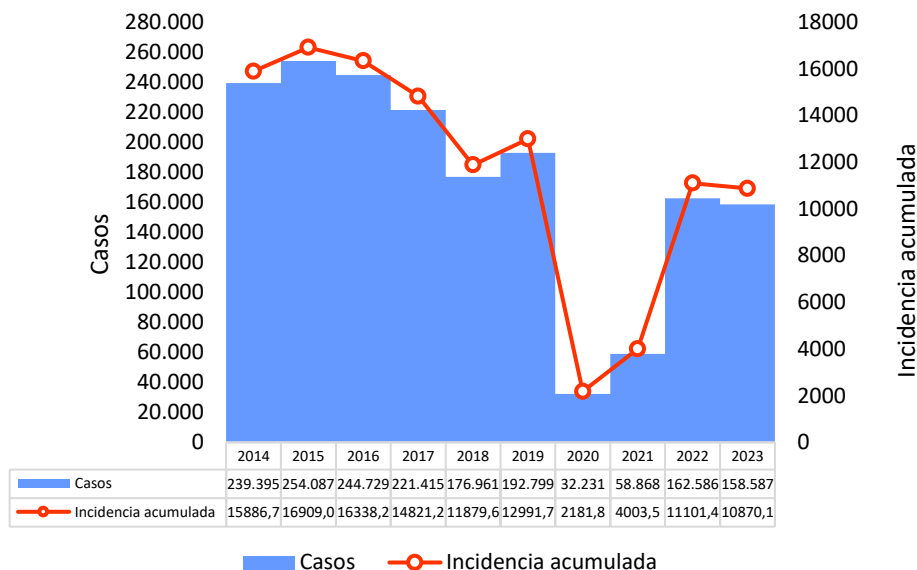
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

BRONQUIOLITIS

Entre las semanas 01-34 del año 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 158.587 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 10.870,1 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis entre las semanas 1 y 34 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 a 2018, con un número de notificaciones inusualmente bajo en 2020 y 2021. En 2022 se registró nuevamente un aumento de bronquiolitis, ligeramente superior a lo observado para el mismo período en el presente año.

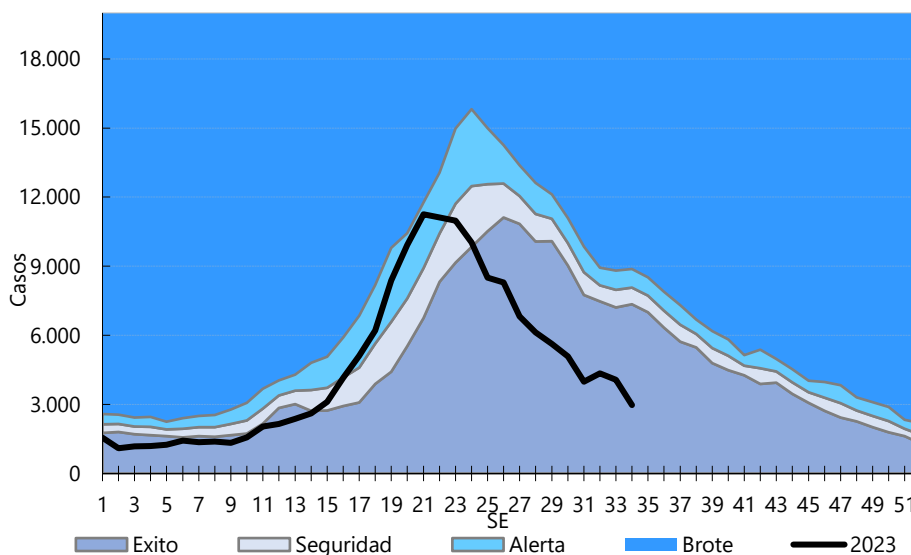
Gráfico 7: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. SE34. Total país. Año 2014-2023 Argentina.



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

En las SE1 a SE14 del año 2023, las notificaciones de bronquiolitis por semana se encontraron dentro de los límites esperados en comparación con el comportamiento del evento en años históricos. Posteriormente, los casos notificados aumentaron, ubicándose en niveles de seguridad en SE15 y 16, y luego en alerta entre las semanas 17 a 22, con el nivel máximo de casos en SE21. En las siguientes semanas epidemiológicas se observa un descenso, permaneciendo en niveles esperados a partir de SE25.

Gráfico 8: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico Semanal. 5 años: 2015 a 2019. SE01-34 de 2023. Argentina.

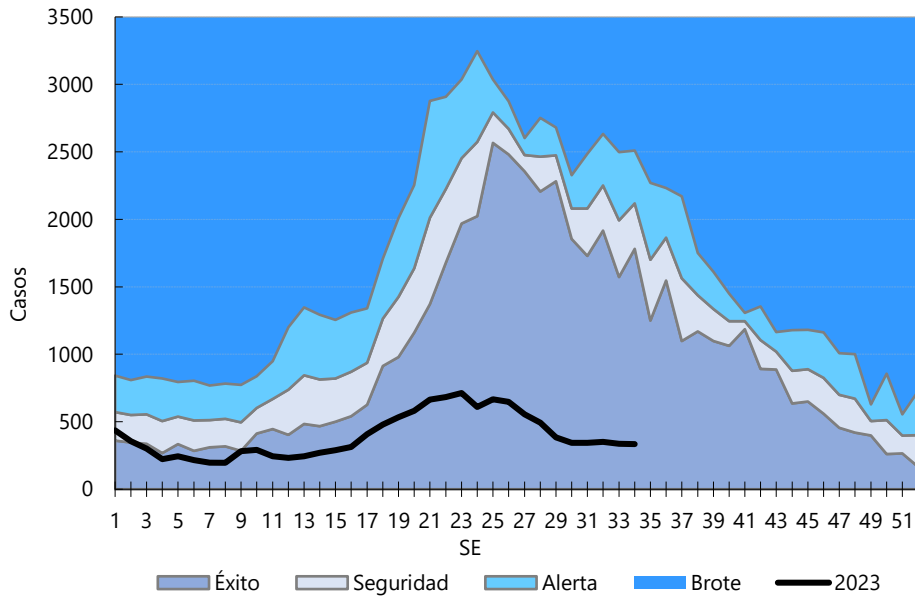


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE

Para el año 2023, los casos de IRAG notificados se encuentran en la zona de seguridad en las dos primeras semanas para situarse dentro de los límites esperados en SE03-34.

Gráfico 9: Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Corredor endémico Semanal. 5 años: 2015 a 2019. SE01-34 de 2023. Argentina.

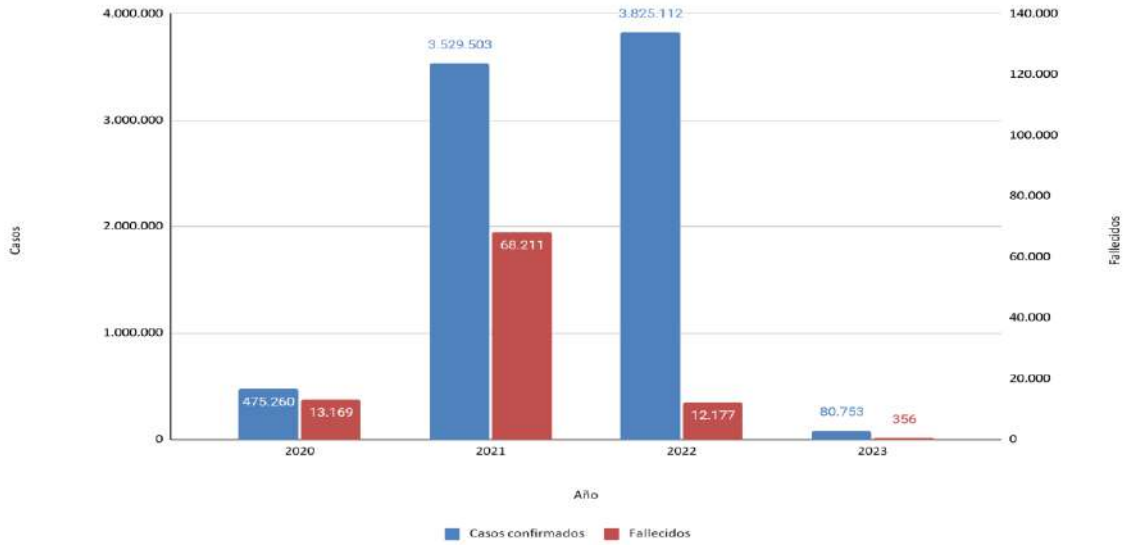


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

COVID-19

Los casos acumulados de Covid-19 hasta la semana 35 del año 2023 se encuentran muy por debajo a lo registrado para el mismo período de los años previos. Se observa lo mismo para los fallecidos.

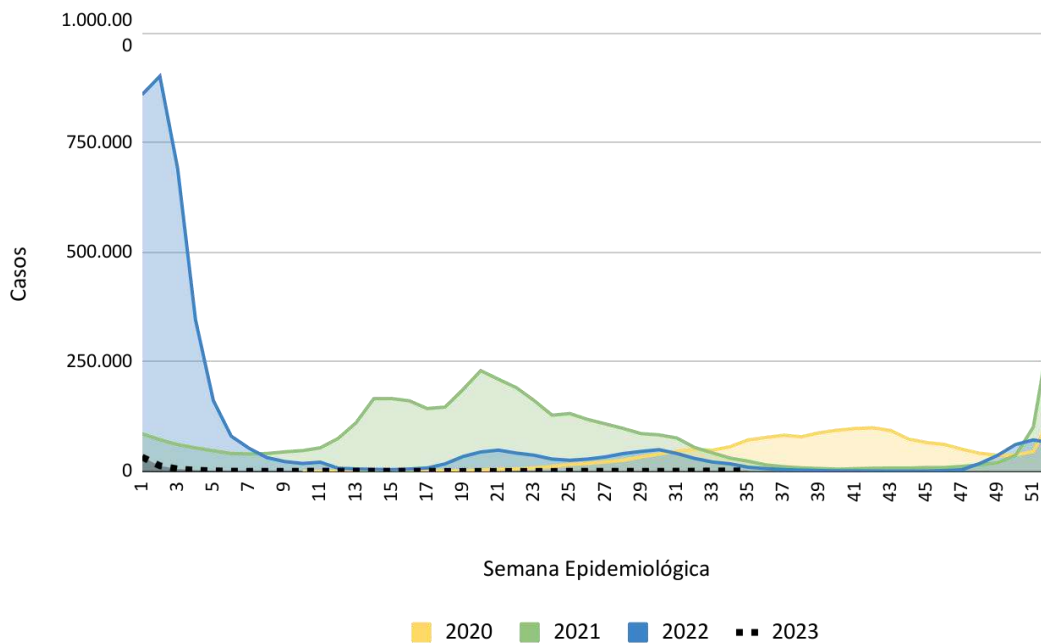
Gráfico 12: COVID-19: Casos y fallecidos acumulados SE1 a SE35, según año. 2020-2023. Argentina.



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

Si bien el número de casos de COVID-19 por semana epidemiológica en las primeras 35 semanas del año es menor comparada con los casos registrados en años anteriores, se registra un ligero ascenso en las últimas 6 semanas.

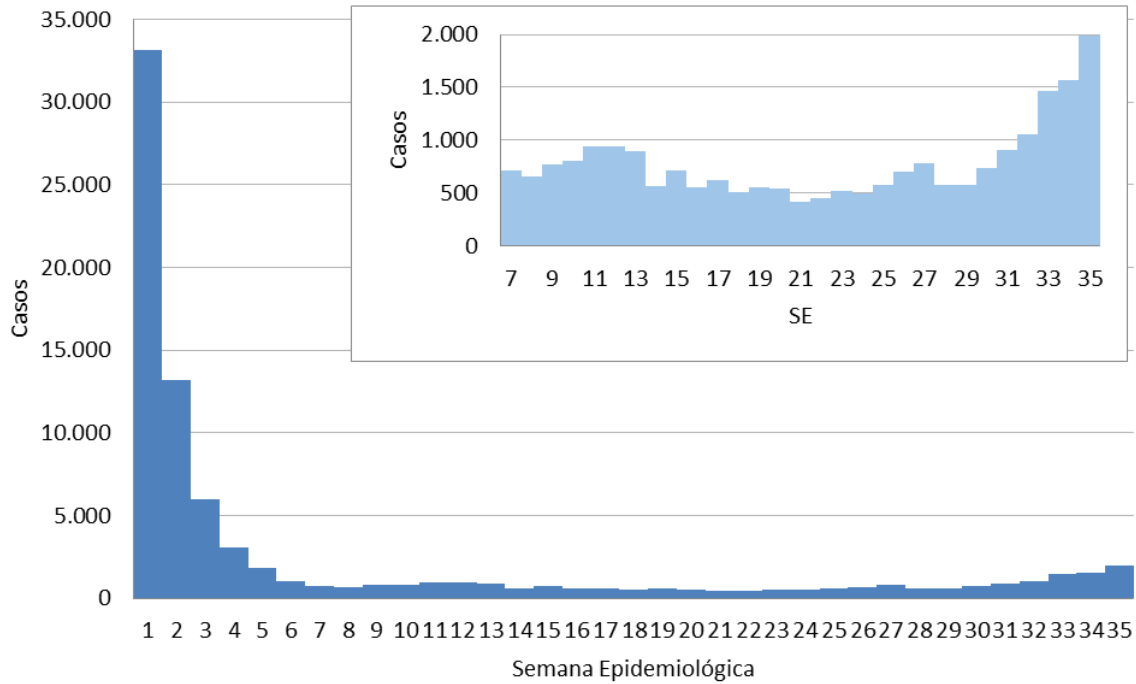
Gráfico 13: COVID-19: Casos por semana epidemiológica, según año. 2020 a 2023. Argentina.



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

Durante 2023, los casos confirmados descendieron a comienzos del año y se mantuvieron por debajo de los 1.000 casos semanales entre las SE 7 y SE 31. Sin embargo, se observa un aumento de casos a partir de la SE 30 y hasta la SE35 inclusive.

Gráfico 14: COVID-19: Casos confirmados, SE1 a 35 y SE7 a 35, 2023. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del 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 SE35/2023 al evento “**Monitoreo de SARS-CoV-2 y OVR en ambulatorios**”. El objetivo de esta estrategia es mantener la vigilancia y monitoreo de COVID-19 en pacientes ambulatorios en todos los grupos de edad en las 24 jurisdicciones del país logrando una representatividad geográfica. Adicionalmente, entre aquellos casos que cumplen con la definición de ETI, se realiza un muestreo aleatorio o sistemático para el estudio de SARS-CoV-2, influenza y VSR por rt-PCR.

Desde el inicio de la estrategia de vigilancia de las UMAs, se analizaron por rt-PCR 30.635, 16.060 y 12.125 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente.

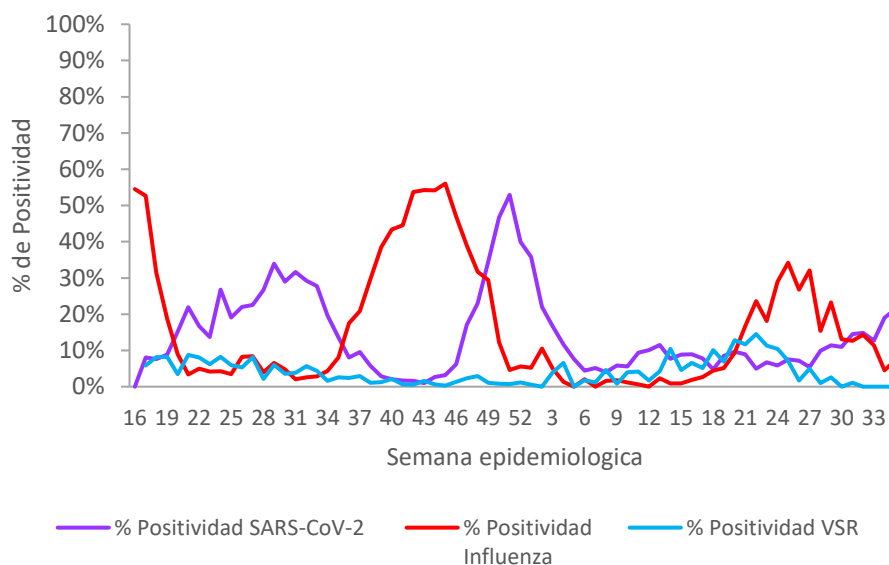
Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16/2022 a SE35/2023. Estrategia UMAs. Argentina.

INDICADORES UMA	Última semana			SE16/2022 – SE35/2023		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	674	107	15,88%	165.547	46.545	28,12%
SARS-CoV-2 por PCR	112	24	21,43%	30.635	6.289	20,53%
Influenza	55	4	7,27%	16.060	2.952	18,38%
VSR	38	0	0,00%	12.125	447	3,69%

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

En la SE35/2023, el porcentaje de resultados positivos entre las muestras analizadas por rt-PCR en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio es de 21,43%, 7,27% y 0,00% para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente. La positividad para influenza continua con tendencia descendente, la de SARS CoV-2 en ascenso y no se registran casos de VSR en las últimas semanas.

Gráfico 12. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16/2022 a SE35/2023.¹⁶



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}

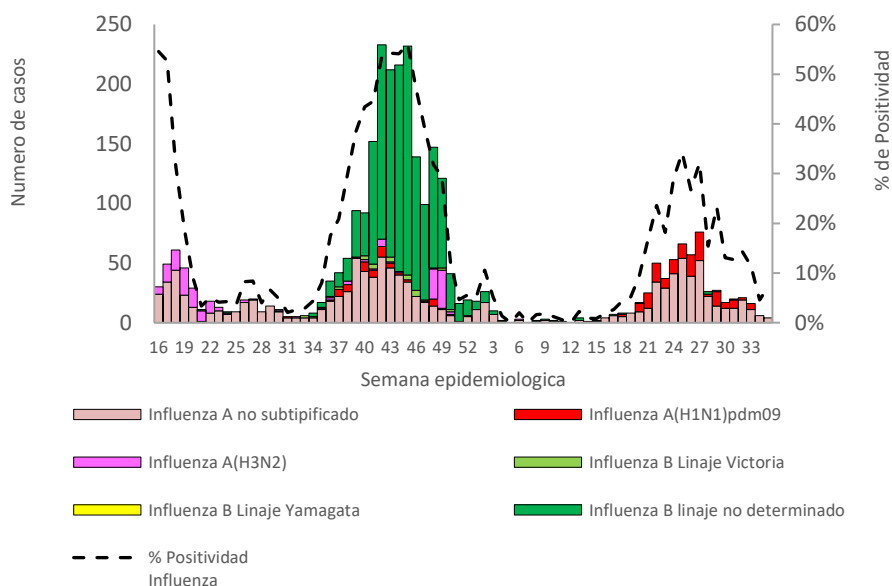
En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=2952), 1.545 (52,34%) fueron positivas para Influenza A y 1.407 (47,66%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 387 muestras cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A (H1N1) pdm09 (n=203) e Influenza A (H3N2) (n=184). De los casos de influenza B detectados entre la SE16/2022 y la SE35/2023, 33 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 1.374 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje. Como puede observarse en el Gráfico 13 desde el comienzo de la implementación de UMAs y hasta la SE23 de 2022 se registró de manera predominante circulación de Influenza A (H3N2). A partir de la SE30/2022 se registran además casos de Influenza A (H1N1). Entre las SE33 y 52/2022 se registraron predominantemente casos de virus influenza B.

En lo que va de 2023, se notificaron casos esporádicos de influenza B y, desde SE 17 hasta SE27, se registró un ascenso en el número de notificaciones de influenza A no subtipificado y A (H1N1) pdm09.

¹⁶ Corresponde a las muestras analizadas para SARS-CoV-2, influenza y VSR por PCR.

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

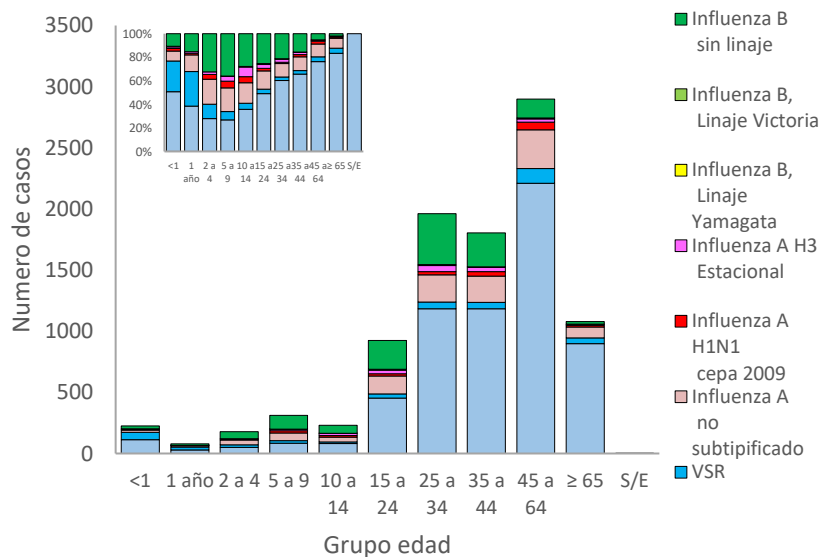
Gráfico 13. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16/ 2022 a SE35/2023 Estrategia UMAs. Argentina.



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

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

Gráfico 14. Distribución absoluta y relativa de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados entre SE16/2022 a SE 35/2023. Estrategia UMAs. Argentina.



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

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

En términos acumulados, entre la SE23/2022 a SE35/2023, se notificaron 220.255 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 25.507 fueron positivas (porcentaje de positividad 11,58%).

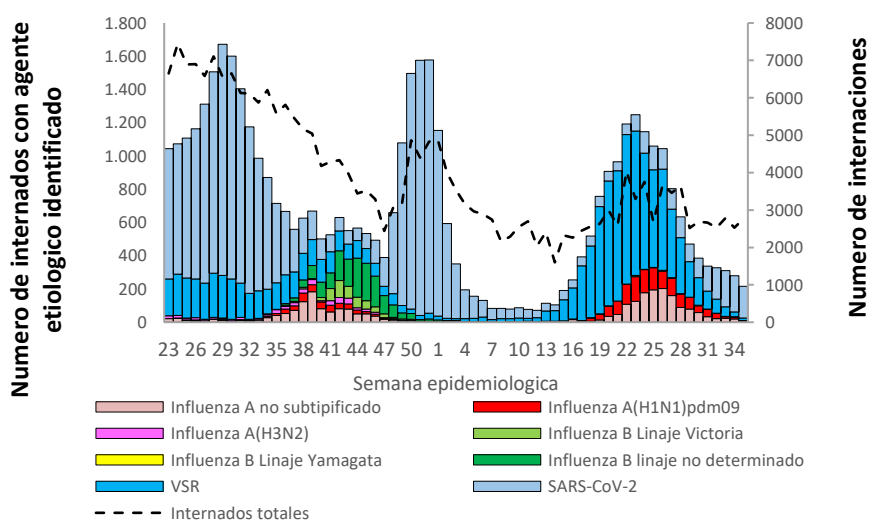
En lo que va del año 2023, en las primeras 10 semanas epidemiológicas, la notificación de casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados registró un promedio de 267 casos semanales (rango 57-1116 casos); entre SE11-20 se registró un promedio de 52 casos semanales (rango 36-63 casos) y entre SE21-30 el promedio fue de 108 casos semanales (rango 54-143 casos por semana). Para las últimas 5 semanas epidemiológicas, el promedio de casos continuó con tendencia ascendente, alcanzando 192 notificaciones por semana (rango 149-217).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 40.045 muestras para virus influenza con 6.855 detecciones positivas (porcentaje de positividad 17,12%). De las mismas, 4.657 fueron influenza A y 2.198 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 2.049 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 1.643 (80,19%) son influenza A (H1N1) pdm09 y 406 (19,81%) son influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 1.704 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 494 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 37.584 muestras estudiadas para VSR registrándose 13.095 con resultado positivo (porcentaje de positividad 34,84%). La positividad para VSR entre las muestras analizadas en casos hospitalizados presentó un ascenso entre las semanas 13 a 21, cuando alcanzó su valor máximo de 75,22%. Posteriormente, la tendencia fue descendente, con un valor de 3,26% en la SE35.

Respecto a las internaciones totales notificadas al evento “Internado y/o fallecido por COVID o IRA”, en SE35 se observa un ascenso del 9,50% respecto a la semana epidemiológica anterior.

Gráfico 15. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23/2022 a SE35/2023. Argentina.

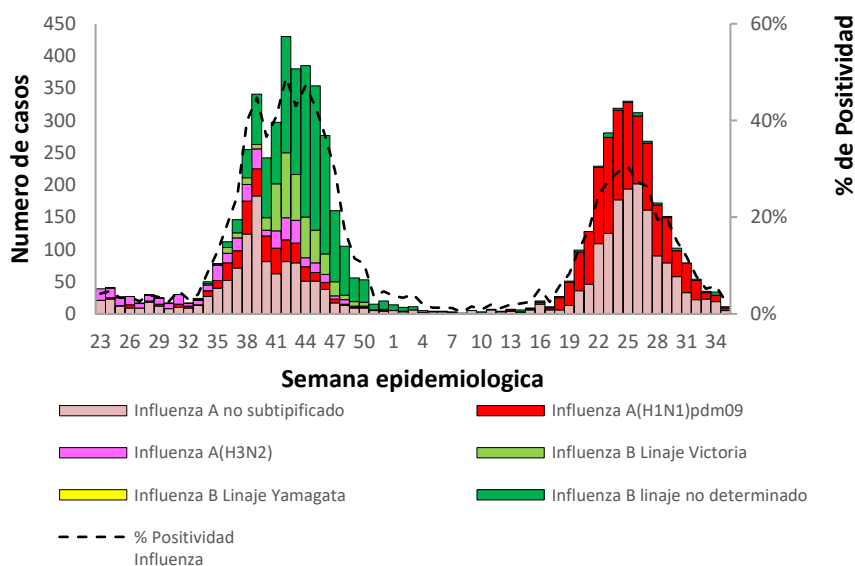


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Respecto a la distribución temporal de virus influenza en casos hospitalizados durante el año 2022, desde el inicio de la estrategia se registran casos de influenza A (H3N2) y A (H1N1). En relación a los virus influenza B, a partir de SE34 y durante el resto del año, se observa un mayor número de detecciones positivas. Entre las SE23-34 el porcentaje de positividad para influenza en el grupo analizado se mantiene menor al 10%, observándose un ascenso entre las SE 35-44 con valores que oscilan en un rango de 13,11% a 48,92%, con una disminución a partir de SE45, situándose en 4,71% en SE52.

En lo que va de 2023, el porcentaje de positividad oscila en niveles por debajo del 10% hasta la SE19. A partir de esa semana presenta un ascenso que alcanza un valor máximo de 30,39% en SE25, y luego descendiende paulatinamente, con un valor de 2,58% en SE35. Los casos de influenza registrados corresponden a influenza A, principalmente A (H1N1), con algunas detecciones positivas para influenza B sin linaje.

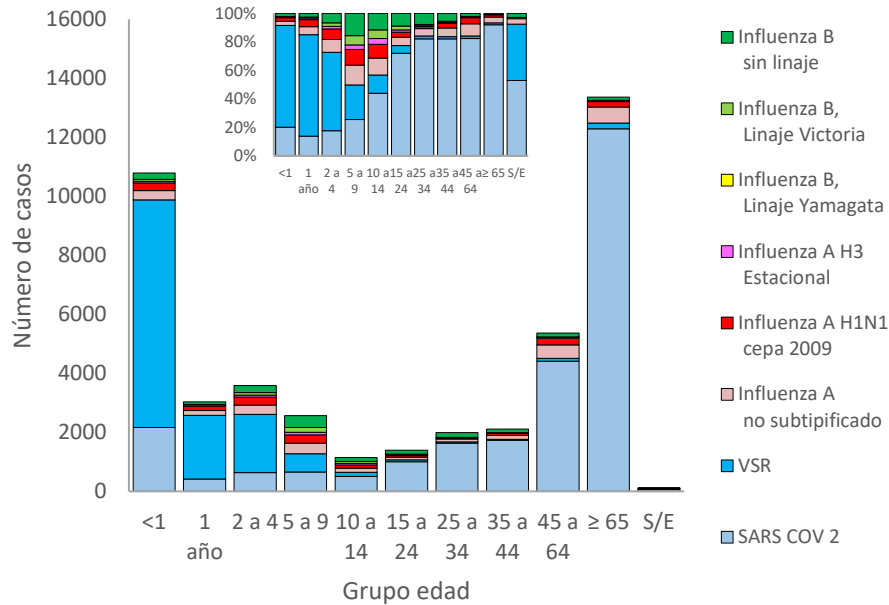
Gráfico 16. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE23/2022 a SE35/2023. Argentina.



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

En la distribución por grupos de edad, el mayor número de casos positivos para VSR se observa en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Las detecciones positivas para influenza predominan en menores de 5 años, en el grupo de 5-9 años, en personas de 65 años y más y en el grupo de 45-64 años en el periodo analizado.

Gráfico 17. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23/2022 a SE35/2023. Argentina.



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

Entre las SE 01-32 del año 2023, se registraron 88 personas fallecidas con diagnóstico de influenza.¹⁷

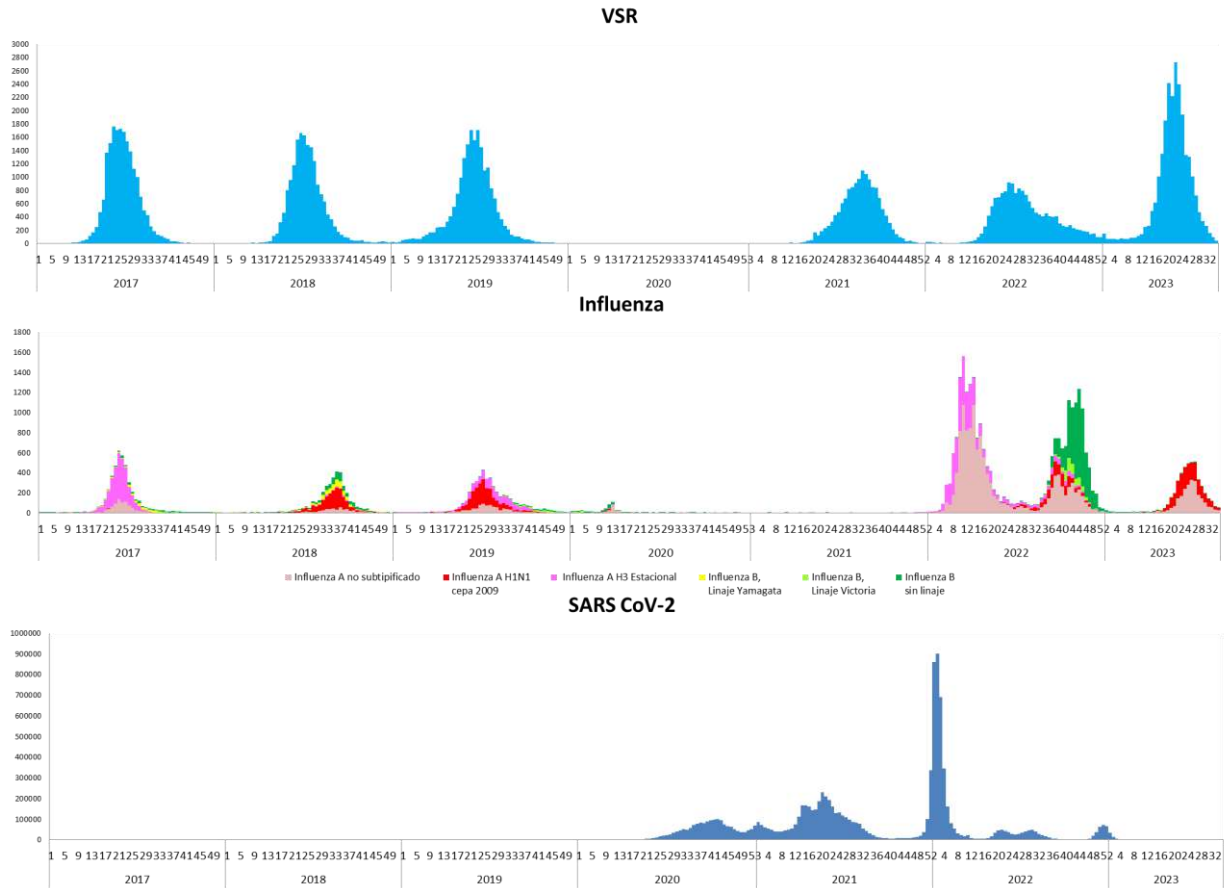
VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS

En el momento actual, si bien la actividad continúa siendo baja en comparación con el mismo periodo de años previos, se verifica un ascenso en el número de casos de SARS COV-2. Las notificaciones de virus influenza y VSR se encuentran en descenso.

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

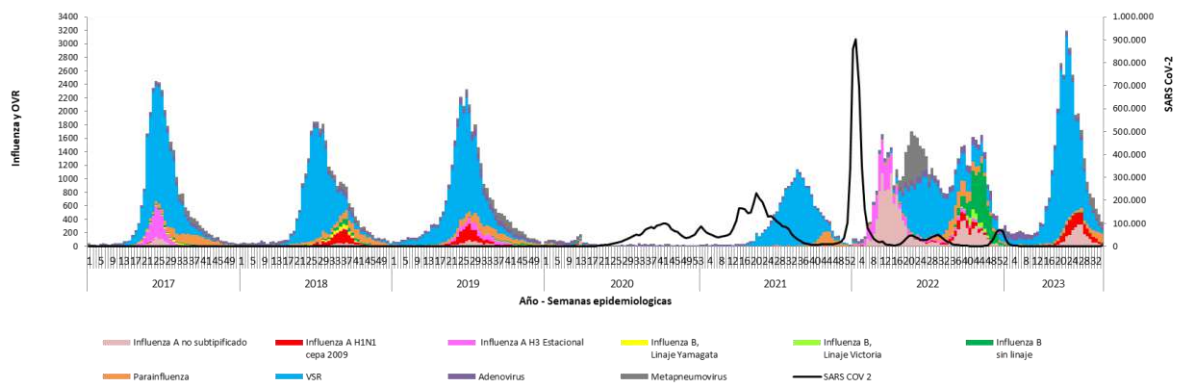
¹⁷ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

Gráfico 18. Casos de VSR, Influenza y SARS CoV-2, por semana epidemiológica. Años 2017- 2022. SE1-34 2023. Argentina.



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

Gráfico 19. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. Años 2017- 2022. SE 1-34 2023. Argentina.

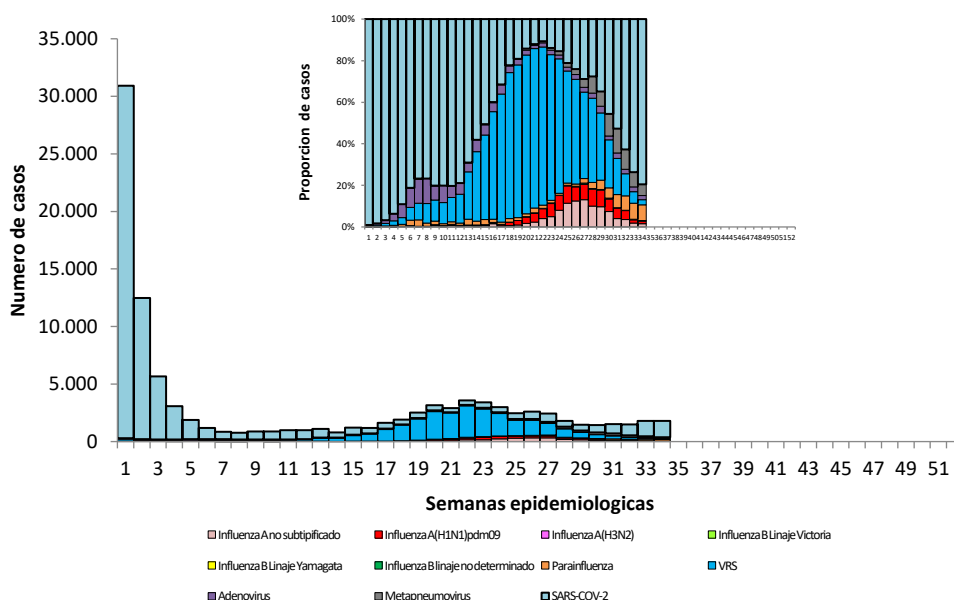


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Desde la SE01 del año 2023 se observó circulación de SARS CoV-2, VSR, influenza, adenovirus y parainfluenza, con algunas detecciones positivas para metapneumovirus. Desde la SE 13 se registró un ascenso en el número de casos de VSR alcanzando un pico en la SE22 con un descenso posterior. A partir de la SE18 y hasta SE26, se registró un aumento en el número de casos de Influenza A – principalmente A(H1N1) y una baja detección de Influenza B/linaje Victoria. Además, las detecciones de metapneumovirus registraron un aumento progresivo desde la SE22, con el máximo número de casos en SE31. Respecto a parainfluenza, desde SE27 se observa un mayor número de casos notificados. En cuanto a SARS-CoV-2, como se mencionó previamente, se registra un ascenso de detecciones positivas desde SE30.

En la SE34 se detecta circulación de virus respiratorios en orden de frecuencia: SARS CoV-2, parainfluenza, metapneumovirus, influenza, VSR y adenovirus.

Gráfico 20. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica SE01-SE34 de 2023. Argentina.

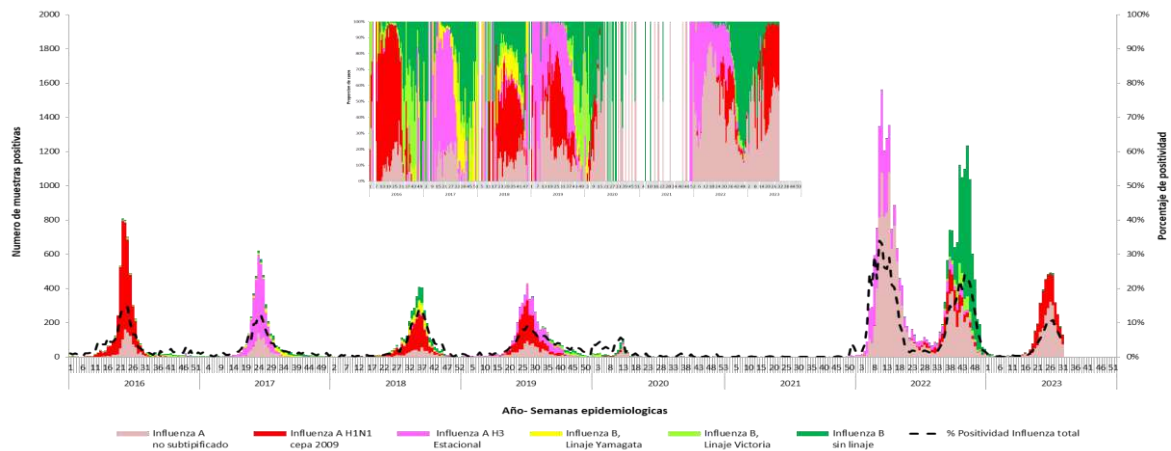


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En cuanto al virus Influenza comenzó el ascenso del número de casos desde la SE18, principalmente a expensas de Influenza A(H1N1), como se mencionó con anterioridad. El año 2022 fue un año atípico con una curva bimodal cuyo valle se ubicó justamente a partir de la SE23; desde el comienzo de la pandemia y hasta fines de 2021 no se registró actividad de Influenza.

Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados la proporción de positividad para influenza se sitúa en 2,05% durante la SE34 de 2023.

Gráfico 21. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica. Años 2016 a 2022 y SE1-34 de 2023. Argentina.



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

INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

A nivel mundial, del 31 de julio al 27 de agosto de 2023, se reportaron a GISAID 12.445 secuencias de SARS-CoV-2.

Actualmente, la OMS está monitoreando 3 variantes de interés (VOI), XBB.1.5, XBB.1.16 y EG.5 y siete variantes bajo seguimiento (VUM) y sus linajes descendientes.¹⁸ BA.2.75, BA.2.86, CH.1.1, XBB, XBB.1.9.1, XBB.1.9.2 y XBB.2.3.

A nivel mundial, EG.5 es actualmente la VOI más prevalente, con el 26,1% de las secuencias en la SE32, superando a XBB.1.16. Además, es notable el aumento de prevalencia que presentó EG.5 desde la SE28, momento en el que solo representaba el 15,4% de las secuencias. XBB.1.16 y EG.5 han sido notificados en 109 y 57 países, respectivamente. XBB.1.5, notificada en 124 países de todo el mundo, continúa con tendencia descendente, representando el 10,2% de las secuencias en la SE32 (frente al 12,2% de las secuencias en la semana 28).

BA.2.86 fue designada como nueva variante bajo seguimiento el 17 de agosto de 2023. Hasta el 30 de agosto de 2023, se reportaron y cargado a GISAID 21 secuencias de esta variante en siete países (cinco en Europa, uno en la Región de África y uno en la Región de las Américas). Un caso tenía antecedentes de viaje desde un país de la Región del Pacífico Occidental, donde aún no se ha notificado BA.2.86. Hasta la fecha no se ha notificado a la OMS ninguna muerte entre los casos detectados con BA.2.86.

El posible impacto del elevado número de mutaciones de BA.2.86 se desconoce por el momento y está siendo evaluado. La OMS sigue instando a mejorar la vigilancia, secuenciación y notificación de las variantes del SARS-CoV-2 junto con información clínica, ya que el virus sigue circulando y

¹⁸ Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for-sars-cov-2-variants>

evolucionando.¹⁹

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

Entre las SE 19-31 de 2023, se observa que XBB* se detecta en 250/262 muestras analizadas, BQ.1* en 2/262 muestras analizadas y BA.4 en 1/262 muestras. (*Indica la inclusión de linajes descendientes).^{20,21}

Entre las secuencias positivas para XBB*, se registran 31 casos de XBB.1.5* y 2 casos de XBB.1.16*. ²²

El 9 de agosto de 2023, la variante EG.5 fue designada por la OMS como Variante de Interés (VOI).

Al 30 de agosto, fueron identificados 5 casos aislados de la VOI EG.5 en Argentina, cuatro de ellos con residencia en la provincia de Córdoba y 1 en Ciudad de Buenos Aires. Los casos fueron detectados a través de la vigilancia genómica realizada por la Red Federal de Genómica y Bioinformática.

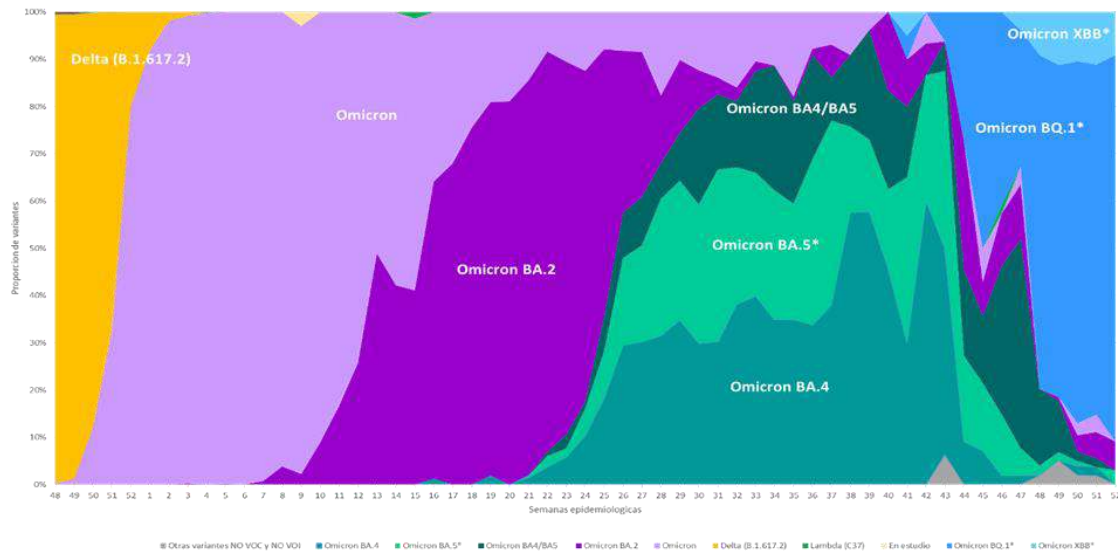
¹⁹ Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---1-september-2023>

²⁰ Se destaca que entre las SE38-47 de 2022 el número de muestras secuenciadas es escaso, y esto debe considerarse en la interpretación de las proporciones. Asimismo, en las últimas semanas del periodo analizado, se debe considerar que no pueden estimarse proporciones debido al escaso número de muestras secuenciadas.

²¹ Los casos de Ómicron compatible con BA.4/BA.5 que son detectados por técnica molecular pudieran corresponder a BQ.1* u otros linajes descendientes de BA.4 o BA.5.

²² Se debe considerar que, a partir del 11 de agosto de 2023, se incorpora la notificación de las Variantes de Interés XBB.1.5*, XBB.1.16* y EG.5* al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS2.0.

Gráfico 22: Distribución porcentual de variantes identificadas según SE de fecha de toma de muestra. SE48/2021- SE04/2023.Total país²³.



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

Notificación de Variantes de Interés al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS2.0

Las 3 variantes de interés (VOI) actualmente reconocidas como tales por la Organización Mundial de la Salud se encuentran incorporadas las categorías en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, dentro del listado de resultados de laboratorio en el Evento “Vigilancia genómica de SARS-CoV-2”:

- XBB.1.5*
- XBB.1.16*
- EG.5*

* Incluye linajes descendientes.

Se recuerda que la notificación de todos los linajes descendientes de XBB que sean diferentes a las VOI especificadas previamente, deberá incluirse dentro de la categoría XBB*.

²³ Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

CAMPAÑA DE VACUNACION CONTRA COVID-19

1. ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN

Argentina dio inicio a la Campaña Nacional de Vacunación contra la COVID-19 el 29 de diciembre de 2020 con el propósito de disminuir la morbimortalidad y el impacto socio-económico ocasionados por la infección del virus SARS-CoV-2 en el país, con el objetivo de alcanzar al 100% de la población objetivo a vacunar (POV) en forma escalonada, simultánea y progresiva, de acuerdo con la categorización y priorización de riesgo y la disponibilidad gradual y creciente del recurso. Para establecer la priorización de las poblaciones a vacunar en las distintas etapas se contemplaron, además, criterios establecidos en función del riesgo de desarrollar una enfermedad grave y/o complicaciones por COVID-19 y de la probabilidad de una mayor exposición no evitable al virus en contexto de una función estratégica y de incidir en la cadena de transmisión.

La vacunación es voluntaria e independiente de haber padecido la enfermedad, actualmente la población objetivo incluye a las personas a partir de los 6 meses de edad. La estrategia contó con tres plataformas vacunales: ARN mensajero (Moderna y Pfizer-BioNTech mono y bivalentes), vector viral no replicativo (AstraZeneca/COVISHIELD, Sputnik V, Sputnik light, CONVIDECIA) y virus inactivados (Sinopharm). El esquema inicial fue de 1 o 2 dosis según el tipo de vacuna.

En octubre de 2021 se definió la vacunación con una dosis adicional contra la COVID-19 en personas con inmunocompromiso y en personas de 50 años y mayores, que hayan recibido esquema primario con vacuna inactivada (Sinopharm). Paulatinamente se avanzó con la dosis de vacunación de refuerzo, iniciando en grupos poblacionales con mayor riesgo de padecer una enfermedad grave, alcanzando a toda la población de 18 años y mayores, y personas con inmunocompromiso a partir de los 12 años. En mayo de 2022, se avanzó con la estrategia de refuerzos en la población de 5 a 11 años, incorporando posteriormente a la población a partir de los 6 meses de edad. En mayo de 2023 se recomendó la aplicación de refuerzos estratificado según riesgo:

1) **Riesgo alto de COVID-19 grave** (personas con inmunocompromiso a partir de los 6 meses, personas gestantes, personas de 50 años y mayores) dosis de refuerzo 6 meses posterior a última dosis, continuar con igual periodicidad.

2) **Riesgo intermedio de COVID-19 grave o alta exposición laboral a la infección por SARS-CoV-2** (personas menores de 50 años con comorbilidades no inmunosupresoras (enfermedades crónicas u obesidad), personal de salud y personal estratégico) dosis de refuerzo 6 meses posterior a última dosis aplicada, continuar con dosis anuales.

3) **Riesgo bajo de COVID-19 grave** (entre 6 meses y 49 años inclusive sin comorbilidades) refuerzo 12 meses posteriores a la última dosis aplicada, continuar con dicha periodicidad.

Actualmente las vacunas disponibles son Spikevax® bivalente Original/Omicron BA.4/BA.5 (Moderna) y Comirnaty® bivalente Original/Omicron BA.4/BA.5 (Pfizer-BioNTech).

Comirnaty® bivalente (Pfizer-BioNTech) está indicada para refuerzo a partir de los 12 años, mientras que Spikevax® bivalente (Moderna) fue aprobada recientemente para esquema inicial desde los 6 meses de edad.

Es importante destacar que previo a continuar los refuerzos con la periodicidad recomendada **todas las personas a partir de los 6 meses de edad deben contar con al menos el esquema primario completo y un refuerzo aplicado en los últimos 6 meses**. El intervalo mínimo, entre refuerzos y entre el esquema primario y la dosis de refuerzo es de 4 meses.

Gráfico 1. Cronología de la estrategia de vacunación contra COVID-19. Argentina. Diciembre de 2020 a agosto de 2023.



Fuente: Elaboración propia. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

POV: Población objetivo a vacunar; PS: Personal de salud; PE: Personal estratégico; FR: Factores de riesgo; IC: Personas con inmunocompromiso.

2. COBERTURAS DE VACUNACIÓN CONTRA COVID-19

Al día 8/09/2023 fueron aplicadas un total de 116.132.665 dosis en el país. La cobertura total del país de primera dosis es del 92,4% alcanzando el 100% en personas de 50 años y mayores, Las coberturas totales del esquema primario completo (dos dosis o dosis única según corresponda) son del 82,4%, siendo del 91% en personas 18 años y mayores.

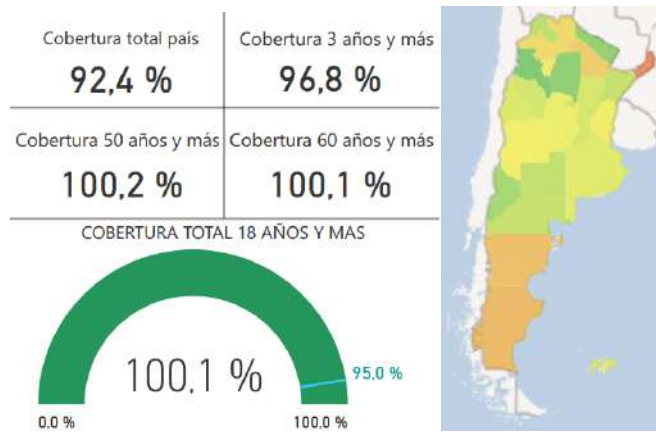
Tabla 1. Coberturas con primera, segunda dosis y dosis única de vacuna contra COVID-19, por grupo etario. Argentina. SE 53 2020 a SE 36 2023.

	<3	3-11	12-17	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-69	70-79	80 y más	Total
1 dosis/DU	6,1	82,6	94,0	99,6	98,6	99,7	101,6	103,8	96,9	98,8	101,8	103,1	100,7	90,8	93,2
Esquema 1° completo	-	66,9	81,5	86,0	87,2	90,5	93,1	96,4	90,2	92,7	94,7	95,0	92,0	82,8	86,4

*DU: dosis única

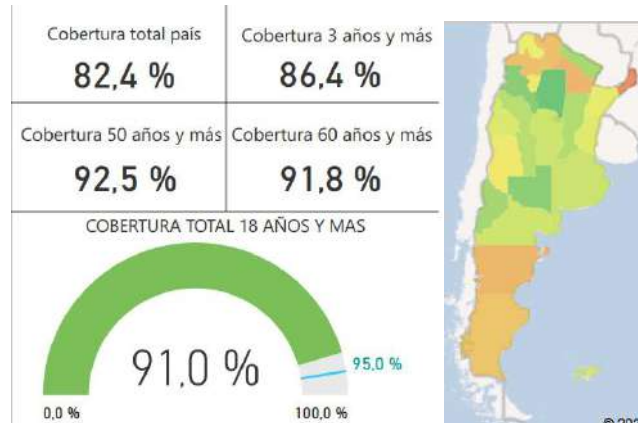
Fuente: Elaboración en base a datos del NOMiVAC. Área de Datos. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 2. Coberturas con primera dosis y dosis única de vacuna contra COVID-19 en personas de 6 meses y mayores Argentina. SE 53 2020 a SE 36 2023.



Fuente: Elaboración en base a datos del NOMiVAC. Área de Datos. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 3. Cobertura dosis 2 y dosis única (esquema primario completo) de vacuna contra COVID-19 en personas de 3 años y mayores. Argentina. SE 53 2020 a SE 36 2023.



Fuente: Elaboración en base a datos del NOMiVAC. Área de Datos. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

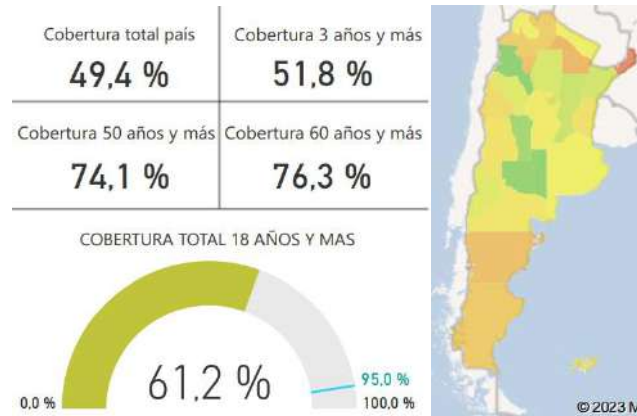
Tabla 2. Coberturas con primera y segunda dosis de refuerzo de vacuna contra COVID-19, por grupo etario. Argentina. SE 53 2020 a SE 34 2023.

	3-4	5-11	12-17	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-69	70-79	80 y más	Total
1° refuerzo	4,3	16,2	40,2	42,3	45,4	52,6	59,2	66,2	66,2	68,7	72,5	77,3	78,9	68,3	51,8
2° refuerzo	-	1,07	3,41	9,25	11,08	14,89	18,96	23,50	26,31	30,87	34,66	43,02	48,95	39,28	19,79

Fuente: Elaboración en base a datos del NOMiVAC. Área de Datos. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

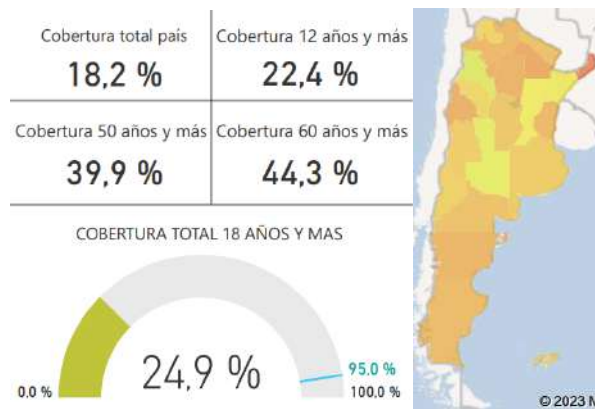
El total de la población que recibió el primer refuerzo es del 49,4%, siendo alrededor del 75% en personas de 50 años y mayores, quienes alcanzan una cobertura cercana al 40% para el segundo refuerzo, con un 45% cuando se considera las personas de 60 años y mayores.

Gráfico 4. Coberturas primera dosis de refuerzo de vacuna contra COVID-19, por grupo etario, en personas de 3 años y mayores. Argentina. SE 53 2020 a SE 36 2023.



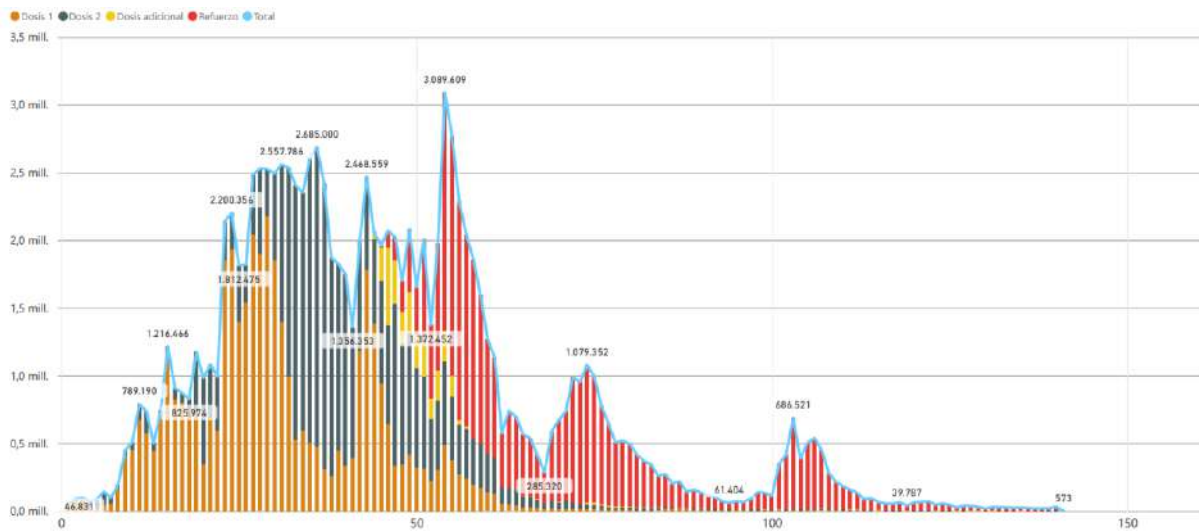
Fuente: Elaboración en base a datos del NOMIVAC. Área de Datos. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 5. Coberturas segundas dosis refuerzo de vacuna contra COVID-19, por grupo etario, en personas de 5 años y mayores. Argentina. SE 53 2020 a SE 36 2023.



Fuente: Elaboración en base a datos del NOMiVAC. Área de Datos. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 6. Número de dosis aplicadas de vacuna contra COVID-19 por semana de campaña de vacunación. * Argentina. SE 53 2020 a SE 36 2023.



*La semana de vacunación corresponde a las dosis aplicadas entre el día domingo y el día sábado. La primera semana de vacunación corresponde a la semana epidemiológica 53 de 2020. Los datos de la última semana de vacunación son parciales al 4/09/23.

Fuente: Elaboración en base a datos del NOMIVAC. Área de Datos. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

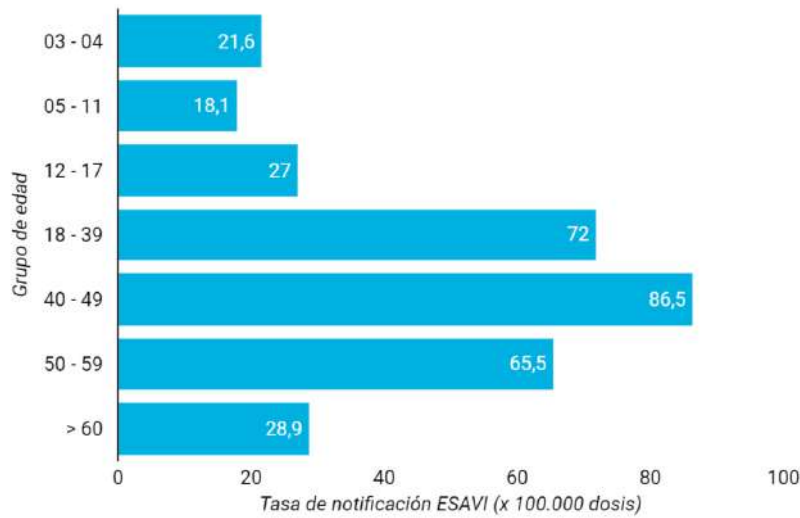
3. VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI)

Se define como ESAVI a “cualquier situación de salud no esperada (síntoma o signo no favorable o no intencionado, hallazgo anormal de laboratorio) que ocurre posterior a la vacunación y que no necesariamente tiene una relación causal con la vacunación o el producto biológico.

Se clasifican como **graves** (aquellos eventos en los, ocurre una hospitalización o prolongación de la estancia hospitalaria, discapacidad o incapacidad persistente o significativa y/o anomalía congénita o muerte fetal, que pone en peligro inminente la vida y se produce la muerte) y en **no graves** (aquellos eventos en los que no se pone en riesgo la vida de la persona vacunada o del embrión, feto o persona recién nacida en el caso de que la vacunación haya sido en una persona gestante, que desaparece sin tratamiento o con tratamiento sintomático, que no ocasiona discapacidad ni trastornos a largo plazo, ni causa hospitalización). Los eventos son investigados por las jurisdicciones y evaluados por la Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas (CoNaSeVa).

Desde el inicio de la vacunación para COVID 19 y hasta el 30 de abril de 2023 se notificaron 64.010 ESAVI en personas a partir de los 6 meses de edad en las 24 jurisdicciones del país, de los cuales 3.149 se clasificaron como graves. La tasa global de notificación de eventos fue de 55,4 cada 100.000 dosis aplicadas y la tasa de ESAVI graves 2,7 cada 100.000 dosis aplicadas. El 50% de los eventos fueron reportados en los primeros tres meses de la Campaña. El 68,8% de las notificaciones corresponde al género femenino, con una media de edad de 41 años.

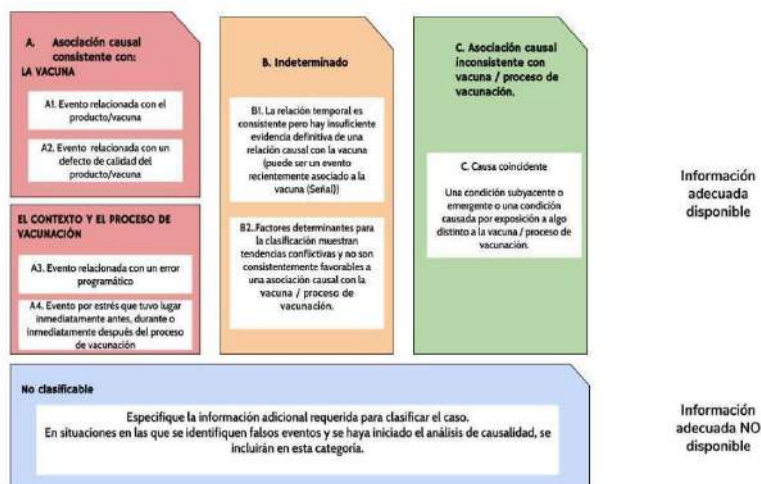
Gráfico 7. Tasas de notificación de ESAVI totales según grupo etario cada 100.000 dosis aplicadas. SE 53 2020 a SE 34 2023. Argentina.



Fuente: Área de Seguridad en Vacunas. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica los eventos según causalidad, siendo no clasificable aquellos casos donde no hay información adecuada disponible, mientras que en los casos en los que hay información disponible se divide en tres categorías: asociación consistente con la vacuna o con el contexto y proceso de vacunación, asociación no consistente o asociación indeterminada.

Gráfico 8. Clasificación de ESAVI según causalidad



Adaptado de Manual de vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización en la Región de las Américas, Organización Panamericana de la Salud, 2021

Los eventos relacionados A1 más frecuentes fueron síntomas tipo gripales, el malestar general y la inflamación localizada aguda. Los eventos indeterminados B1 y B2 fueron descriptos en las vacunas

AstraZeneca/Covishield, Moderna, Pfizer, Sputnik y Sinopharm; para las vacunas Cansino, Sputnik light, Moderna Bivariante y Pfizer Bivariante aún no se clasificaron eventos.

Tabla 3. Tasa de eventos indeterminados B1-B2 cada 100.000 dosis aplicadas para todas las vacunas. SE 53 2020 a SE 34 2023. Argentina.

EVENTOS INDETERMINADOS B1-B2	ASTRA/ COVISHIELD	MODERNA	PFIZER	SPUTNIK	SINOPHARM
ADENOMEGALIA LOCALIZADA	0.004	0	0	0	0
ANGINA DE PRINZMETAL	0	0	0.005	0	0
ATAXIA	0	0	0	0	0.003
CITOPENIA TRANSITORIA	0	0	0	0.005	0
CONVULSIÓN	0	0	0.005	0	0.003
DIABETES MELLITUS	0	0	0	0.005	0
ENCEFALITIS	0	0	0.005	0	0
ERITEMA NUDOSO	0.004	0	0	0	0
ERITEMA POLIMORFO	0	0	0	0	0.003
MALFORMACIÓN CONGÉNITA	0.004	0	0	0	0
MIELITIS	0	0.006	0	0	0
MIOCARDITIS	0.004	0.018	0.015	0.005	0
NEURITIS ÓPTICA	0.004	0	0	0	0.003
NEUROPATÍA	0	0	0	0.005	0
PARÁLISIS PERIFÉRICA DE NERVIOS FACIALES	0.004	0	0	0.005	0
PERICARDITIS	0.004	0	0.005	0.005	0
POLIRRADICULOPATÍA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA CRÓNICA	0.004	0	0	0	0
PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN	0.004	0	0	0	0
PÚRPURA TROMBÓTICA TROMBOCITOPÉNICA ADQUIRIDA	0.004	0	0	0.005	0.003
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ	0.030	0.006	0.010	0.053	0.003
SÍNDROME DE MIELOPATÍA TRANSVERSA	0	0	0	0.014	0
SÍNDROME DE TROMBOSIS CON TROMBOCITOPENIA	0.050	0	0	0.009	0
TROMBOCITOPENIA AUTOINMUNITARIA	0.030	0.006	0.005	0.029	0.010
TROMBOEMBOLIA PULMONAR	0.015	0	0	0	0
TROMBOSIS ARTERIAL	0	0.006	0	0	0
TROMBOSIS DE ARTERIA CORONARIA	0.007	0	0	0	0
TROMBOSIS DE LA VENA RETINIANA	0.007	0	0	0	0.007
TROMBOSIS DE SENO VENOSO CEREBRAL	0.004	0	0	0.009	0
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	0.004	0	0	0.005	0.003
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL	0.004	0	0	0	0
VASCULITIS	0.020	0	0	0.005	0
VASCULITIS POR INMUNOGLOBULINA A	0	0	0	0	0.007
VASOESPASMO	0	0	0	0.005	0

Fuente: Área de Seguridad en Vacunas. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

Los datos obtenidos por la vigilancia demuestran que las vacunas utilizadas en la Argentina tienen un buen perfil de seguridad, correspondiéndose con los datos de los estudios de desarrollo y los resultados de los sistemas de vigilancia de otros países²⁴.

²⁴ Xu W et al. Real-World Safety of COVID-19 mRNA Vaccines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Vaccines (Basel)*. 2023 Jun 19;11(6):1118. doi: 10.3390/vaccines11061118. <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/covid-19-medicines/safety-covid-19-vaccines#safety-information-section> Revisado 25/8/23.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/safety-of-vaccines.html> Revisado 8/09/23.

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS²⁵

América del Norte: La actividad de influenza ha permanecido en niveles bajos. Durante las últimas 4 semanas epidemiológicas (SE) los virus influenza predominantes han sido influenza A(H1N1) pdm09, con circulación concurrente de influenza B/Victoria. La actividad de VSR se ha mantenido en niveles bajos. La actividad del SARS-CoV-2 ha presentado un incremento en las últimas 4 SE y continúa circulando en niveles moderados. Los casos de enfermedad tipo influenza (ETI) e infección respiratoria aguda grave (IRAG) han mostrado un ligero incremento con un aumento en la proporción de casos positivos para SARS-CoV-2. En México se han detectado niveles moderados de circulación de influenza en las últimas SE, sin embargo la actividad de IRAG se mantiene baja, por encima del umbral epidémico, siendo la mayoría de los casos asociados a SARS-CoV-2.

Caribe: La actividad de la influenza continúa mostrando una tendencia decreciente en las últimas 4 SE. Durante este periodo, los virus predominantes de la influenza han sido B/Victoria, con menor circulación de la influenza A, principalmente A(H1N1) pdm09. La actividad del VSR ha permanecido baja. La actividad del SARS-CoV-2 muestra una tendencia creciente con niveles intermedios de circulación. Los casos de ETI e IRAG han mostrado una tendencia decreciente en las últimas 4 SE.

América Central: La actividad de influenza continúa en descenso en las últimas 4 SE. Durante este periodo, los virus predominantes de influenza han sido influenza B/Victoria, con circulación concurrente de influenza A, principalmente A(H1N1) pdm09 y en menor medida de influenza A(H3N2). La actividad de VSR ha mostrado un incremento en las últimas 4 SE, situándose en niveles medio-altos de circulación. La actividad de SARS-CoV-2 se encuentra en niveles bajos con una tendencia decreciente. La actividad de ETI se ha mantenido baja con la mayoría de los casos asociados a influenza. La actividad de IRAG se encuentra actualmente en descenso, sin embargo, la proporción de casos atribuibles a VSR ha presentado un incremento. En El Salvador se ha observado un incremento en la actividad del VSR coincidente con un aumento en la circulación de SARS-CoV-2. En Honduras tras alcanzar niveles elevados en los porcentajes de positividad de influenza, en las 4 últimas SE se ha observado un descenso hasta niveles por debajo del umbral epidémico sin embargo la actividad del SARS-CoV-2 ha presentado un incremento en este periodo. Los casos de IRAG actualmente se encuentran en descenso siendo casi la totalidad de los positivos relacionados con influenza. En Guatemala la actividad del VSR continúa en ascenso con niveles moderados, y niveles de actividad de ETI e IRAG moderados, siendo los casos ETI positivos en su mayoría para influenza y los casos IRAG positivos para VSR. En Nicaragua y Panamá tras los niveles de actividad moderados alcanzados en SE previas, la positividad de influenza en ambos países se encuentra actualmente en niveles epidémicos. En Panamá la actividad de VSR ha presentado un incremento, situándose en niveles moderados.

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

²⁵ Tomado de: Reporte de Influenza SE34 de 2023 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2023. OPS-OMS, disponible en <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Brasil y Cono Sur: La actividad de la influenza ha disminuido a niveles bajos de circulación. Durante las últimas 4 SE, los virus predominantes de la influenza han sido principalmente A(H1N1) pdm09, con circulación simultánea de influenza B/Victoria. La actividad del VSR ha presentado un descenso en las 4 últimas SE situándose en niveles bajos de circulación. La actividad del SARS-CoV-2 ha permanecido baja. Después de alcanzar un pico, tanto la actividad de IRAG como la de ETI han continuado en descenso en las últimas 4 SE, con la mayoría de los casos positivos para VSR en el caso de IRAG e influenza en los casos de ETI. Argentina continúa presentando niveles epidémicos en la actividad de influenza, siendo la mayoría de los casos detectados positivos para influenza A(H1N1) pdm09 con niveles de ETI e IRAG por debajo del umbral epidémico. En Brasil, la actividad de influenza se mantiene en descenso, mientras que el SARS-CoV-2 ha presentado un ligero incremento, con niveles de IRAG por encima del umbral epidémico y la mayoría de los casos asociados a VSR y en menor medida, influenza. En Chile, la actividad de ETI se mantiene en niveles moderados con la mayoría de los casos relacionados con influenza. Tras alcanzar niveles moderados de actividad de IRAG, actualmente se encuentra en descenso en niveles epidémicos, siendo el VSR la causa más común entre los casos positivos. En Paraguay, la actividad de IRAG ha presentado un descenso situándose en niveles epidémicos, siendo el VSR la causa principal entre los casos positivos. En Uruguay la actividad de IRAG ha presentado un descenso en las últimas SE, siendo la mayoría de los casos asociados a VSR.

ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES



INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

A continuación, se mencionan los eventos de mayor relevancia que han sido compartidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 31 de agosto al 06 de septiembre del 2023.

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA: PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE MALARIA IMPORTADA EN PAISES NO ENDÉMICOS

– 31 de agosto

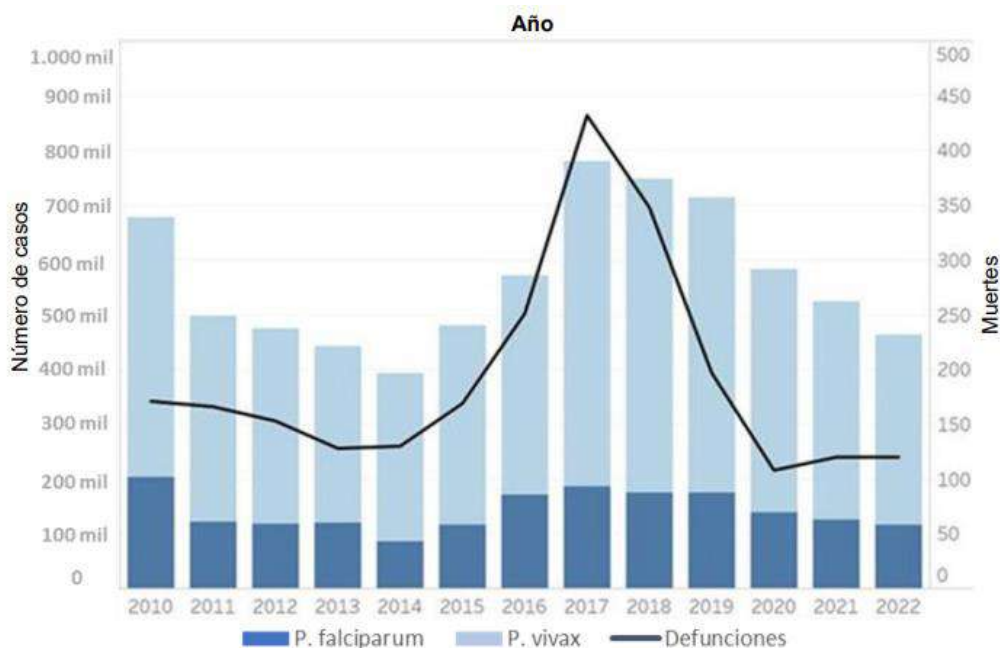
La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó que, existen cerca de 41 millones de personas en 21 países de América Latina, que habitan en áreas donde el riesgo de infección por esta enfermedad se considera de moderado a alto.

Entre el 2000 y 2021, la Región de las Américas registró una importante reducción de la carga de malaria: el total de casos se redujo en un 56% (de 1.181.095 a 524.154), y las defunciones por malaria se redujeron en un 70% (de 410 a 126). Del 2020 al 2021, el número de casos se redujo de 602.478 a 524.154 casos. Esta reducción en la carga de malaria se explica en parte por los efectos de la pandemia en los debilitados sistemas de salud y en cierta medida debido a la reducción de los movimientos de la población. Esa tendencia a la reducción se mantuvo en 2022 (479.975 casos) y 2023 (238.412 casos a la semana epidemiológica 33) en un contexto en que los países han ido recuperando los esfuerzos y la capacidad de vigilancia.

Cuatro países de la región, Paraguay, Argentina, El Salvador y Belice fueron certificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como libres de malaria en 2018, 2019, 2021 y 2023, respectivamente.

Durante el 2019, nueve Estados Miembros y territorios declarados libres de transmisión de malaria notificaron o dieron a conocer públicamente un total de 2.002 casos de malaria, la mayoría en viajeros procedentes de países endémicos. En los años posteriores y de forma periódica, algunos países no endémicos siguieron diagnosticando casos importados, tanto provenientes de países endémicos de la Región de las Américas como de otras regiones. Si bien en su mayoría los casos son debidos a *Plasmodium vivax*, también se importaron casos por *P. falciparum*.

Gráfico 1. Casos confirmados y defunciones por malaria en la región de las Américas, años 2010-2022.



Fuente: Base de datos del Programa Regional de Malaria

Fuente: [Alerta Epidemiológica: Preparación y respuesta ante malaria importada en países no endémicos – 31 de agosto del](#)

DIRECTRICES DE LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN Y EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIRUS USUTU

El virus Usutu (USUV) es un virus transmitido por mosquitos que pertenece al serocomplejo del virus de la encefalitis japonesa, género Orthoflavivirus (ex-Flavivirus), familia Flaviviridae, grupo IV de la clasificación de Baltimore (genoma viral: ARN monocatenario positivo). Se postula que de un flavivirus ancestral con un ciclo natural que incluía aves y mosquitos evolucionaron las distintas especies del serocomplejo conocidas actualmente como el virus del Nilo Occidental (WNV) y el USUV en África, Asia y Europa, el virus Kunjin y el virus de la encefalitis de Murray en Australia, el virus de la encefalitis japonesa (JEV) en Asia, y el virus de la encefalitis de San Luis (SLEV) en las Américas.

USUV se aisló por primera vez en 1959 en un mosquito *Culex* spp. en Sudáfrica en las cercanías del río Usutu. Desde entonces el virus se ha detectado en varios países africanos como Senegal, Nigeria, Uganda, Burkina Faso, Côte d'Ivoire y Marruecos. La primera infección humana se describió en la República centroafricana en 1981 en un paciente con fiebre y exantema. Hasta principios de los años 2000, el virus no se había asociado con enfermedad grave/mortal en animales, ni en humanos y se consideraba restringido a las zonas tropicales y subtropicales de África.

En Europa, USUV fue detectado por primera vez de manera retrospectiva en un brote en mirlos (*Turdus merula*) en la Toscana italiana en 1996, causando alta mortalidad. Cinco años después, en 2001, USUV fue responsable nuevamente de mortalidad en mirlos, esta vez en los alrededores de Viena, Austria. Actualmente USUV ha sido encontrado recurrentemente en varios países de Europa, sugiriendo una persistencia del ciclo de transmisión en las áreas afectadas. Asimismo, en Europa se ha observado con frecuencia la co-circulación de USUV y WNV. Estudios de seroprevalencia en donantes de sangre sanos en Alemania e Italia reportan una prevalencia de anticuerpos anti-USUV del 0.02% and 1.1%. A la fecha, no se han detectado infecciones fuera de África y de Europa ni en animales ni en humanos.

Huésped, vector y ciclo de vida

El ciclo de vida del USUV es similar al de otros flavivirus que pertenecen al serocomplejo del JEV, como WNV. El virus circula en un ciclo enzoótico que involucra a los mosquitos como vectores (principalmente *Culex pipiens*) y las aves como principal huésped amplificador. A través de los vectores, USUV también puede infectar a los humanos, los equinos y otros mamíferos, que se consideran huéspedes accidentales.

- **Mosquito: vector**

El principal vector es *Culex pipiens*. Aunque se han señalado también otras especies de mosquitos como *Aedes*, *Anopheles*, *Coquillettia*, *Culex*, *Culiseta*, *Mansonia* y *Ochlerotatus*.

- **Aves: huéspedes principales**

Las diferentes especies silvestres de aves migratorias: *Falco tinnunculus*, *Acrocephalus scirpaceus*, *Sylvia curruca*, *Sylvia communis* y *Ficedula hypoleuca*, se consideran responsables de la introducción de USUV en Europa desde África mientras que otras (*Pica pica*, *Passer domesticus*, *Gallus gallus* y *T. merula*) se consideran responsables de la dispersión de USUV en Europa.

- **Humanos y algunos mamíferos: huéspedes accidentales**

*Se ha demostrado infección por USUV en diferentes especies de mamíferos. Al igual que ocurre con la transmisión de WNV, el hombre y los equinos son los principales huéspedes accidentales. También se ha documentado la detección de USUV en murciélagos (*Pipistrellus pipistrellus*), perros y ciervos (*Cervus elaphus*).*

Presentación clínica

A la fecha se han descrito alrededor de 100 casos de infección por USUV en humanos, la gran mayoría en Europa. Los signos y síntomas reportados pueden ir desde fiebre, erupción cutánea y dolor de cabeza leve, hasta manifestaciones neurológicas graves, en particular en pacientes inmunosuprimidos. Las manifestaciones neurológicas más frecuentes son la meningoencefalitis, la encefalitis y la meningitis, aunque también se han identificado casos de parálisis flácida. La infección por USUV puede cursar de forma asintomática y se ha descrito en donantes de sangre sanos en Alemania, Austria e Italia.

Bioseguridad

Las muestras biológicas frescas, cualquiera sea su tipo, deberán considerarse potencialmente infecciosas. Las muestras deben ser procesadas y manipuladas únicamente por profesionales entrenados después de una evaluación local del riesgo considerando todas las indicaciones de bioseguridad y equipo de protección personal apropiado. Todo proceso que incluya la manipulación de muestras debe realizarse en cabinas de bioseguridad de clase II certificadas. Lo anterior incluye la etapa de lisis realizada durante la extracción de ARN. Las muestras obtenidas de la lisis se consideran no infecciosas. La manipulación de ARN extraído no necesita llevarse a cabo en cabinas de bioseguridad. Asimismo, se deberán tomar todas las precauciones necesarias para evitar la exposición percutánea.

Métodos virológicos

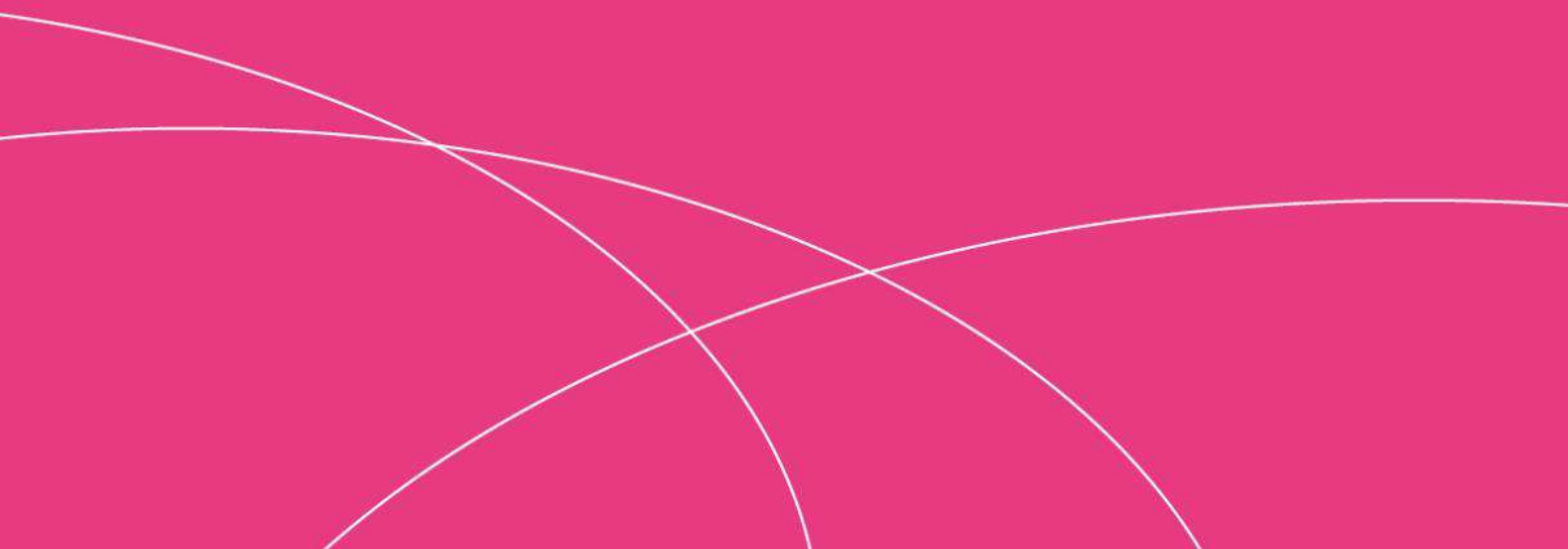
La detección del ARN viral se puede realizar en muestras de suero y de LCR por RT-PCR en tiempo real o punto final haciendo uso de iniciadores (y sondas) específicos para USUV. También pueden usarse protocolos genéricos (pan-flavivirus) seguidos de secuenciación nucleotídica. En algunos casos se ha descrito la presencia del ARN viral en orina.

El aislamiento viral se lleva a cabo con los mismos tipos de muestras que la RT-PCR. Se utilizan líneas celulares de mamíferos (por ejemplo, células Vero) al igual que células de mosquitos (por ejemplo, células C6/36). En general, el aislamiento viral no se aplica de manera rutinaria ni es un requisito para la confirmación del diagnóstico. La complejidad técnica, los costos, así como la necesidad de identificar los virus aislados por RT-PCR o por inmunofluorescencia, limitan el uso y la oportunidad temporal del diagnóstico mediante aislamiento viral.

Un resultado positivo por RT-PCR (o aislamiento viral) confirma la infección. Aunque no se ha descrito totalmente la dinámica de la viremia en las infecciones por USUV y por analogía con virus similares como WNV, es probable que esta sea baja y de corta duración. En particular, si el caso se detecta en la fase neurológica es probable que el virus ya no esté presente en la sangre. Por lo tanto, un resultado negativo no descarta la infección y, ante la sospecha clínica y epidemiológica, se deben usar métodos serológicos.

Fuente: [Directrices de Laboratorio para la Detección y el Diagnóstico de la Infección por virus Usutu - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES



INTRODUCCIÓN

En esta sección se encuentra una selección de eventos analizados por los distintos equipos provinciales en sus respectivos boletines epidemiológicos. El análisis de información epidemiológica en todos los niveles es un indicador importante de la calidad del proceso de la vigilancia epidemiológica. La producción de boletines epidemiológicos jurisdiccionales para la difusión de información representa una importante herramienta para fortalecer las acciones de prevención y control de riesgos para la salud pública.

Por todo ello, se seleccionarán y referenciarán diferentes situaciones descriptas en dichos boletines con el propósito de apoyar la difusión de los mismos desde el nivel nacional y dirigir al lector hacia dichos boletines para acceder a la información completa sobre las mismas.

BUENOS AIRES: TRIQUINOSIS

Situación epidemiológica de triquinosis en PBA

Se continúa en período estacional de triquinosis. Desde SE 1 hasta SE 33 de 2023 se notificaron al SNVS 2.0 un total de 495 casos sospechosos, de los cuales 217 son confirmados, 38 son probables y 239 continúan en estudio. Los casos se identifican frecuentemente como brotes. En lo que va del año 2023, se registraron cuatro brotes de triquinosis en los municipios de Chivilcoy (SE 25), Coronel Dorrego (SE 29), Ayacucho y Las Flores (SE 29) y en SE 31 se registró un brote que abarca varios municipios de las regiones sanitarias I y II (Adolfo Alsina, Bahía Blanca, Coronel Suárez, Guaminí, Puán, Saavedra, Hipólito Irigoyen, Rivadavia y Salliqueló). En el brote de Chivilcoy fueron confirmados 5 casos, en el de Coronel Dorrego 1 caso, en el de Ayacucho y Las Flores 15 casos y en el último brote se registraron 187 casos hasta el momento. Todos los casos evolucionaron favorablemente y se proveyó el tratamiento correspondiente. Los casos confirmados pertenecen a los municipios de Adolfo Alsina, Bahía Blanca, Coronel Dorrego, Coronel Suárez, Puán, Guaminí y Saavedra (RS I); Hipólito Irigoyen, Rivadavia y Salliqueló (RS II); Junín (RS III); Ezeiza (RS VI); Luján (RS VII); Ayacucho, Balcarce y Tandil (RS VIII); Las Flores y Gral. Lamadrid (RS IX); Chivilcoy y 25 de Mayo (RS X) y Lezama (RS XI).



Distribución de casos notificados de triquinosis según clasificación por laboratorio y región sanitaria. Provincia de Buenos Aires. Año 2022 – hasta SE 33 de 2023.

RS	2022					2023					Diferencia de casos
	Confirmado	Probable	Sospechoso	Descartado	Total	Confirmado	Probable	Sospechoso	Descartado	Total	
RS I			2		2	181	35	132	1	349	347
RS II	4		8	1	13	7	1	71		79	66
RS III	6		5		11	2		3		5	-6
RS IV	8		72		80		1	3		4	-76
RS V	21	1	44		66			1		1	-65
RS VI					0	1		1		2	2
RS VII			0	1	1	1		2		3	2
RS VIII	8		10		18	14		2		16	-2
RS IX			0	1	1	4		17		21	20
RS X	10		4	3	17	6	1	1		8	-9
RS XI	5		7	3	15	1		5		6	-9
RS XII	1				1			1		1	0
Total	63	1	152	9	225	217	38	239	1	495	270

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

Para más información:

https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2023/09/Boletín-epidemiológico_33.pdf

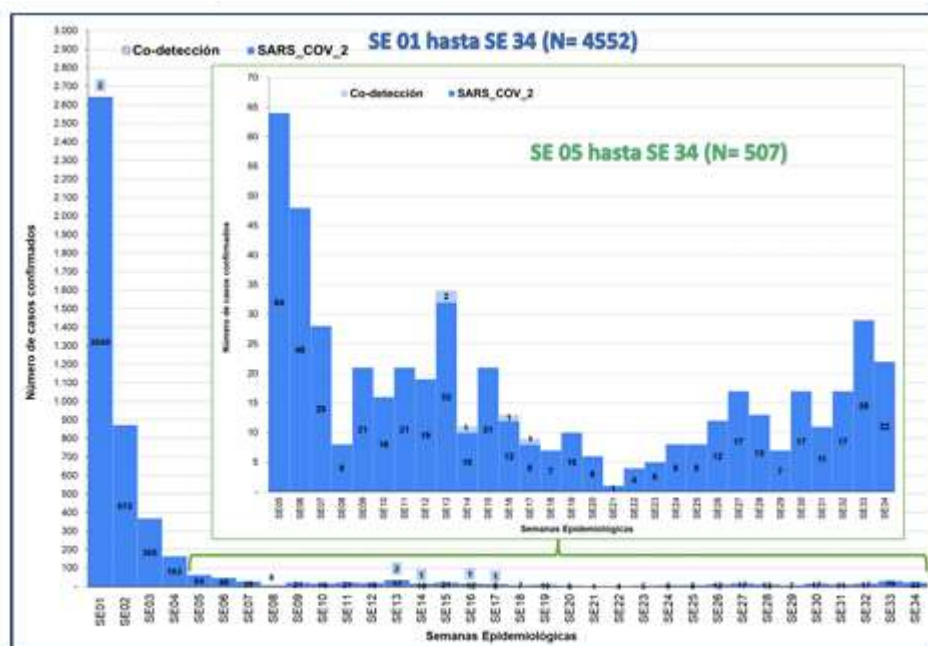
SANTA FE: COVID, INFLUENZA Y OVR EN AMBULATORIOS

Desde la semana epidemiológica (SE) 01 a la SE 34 del año 2023 se confirmaron 4552 casos en el evento de COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorios. De la SE 01 a la SE 04 se concentró la mayor cantidad de casos en lo que va del 2023 con un total de 4045 casos (89% del total de casos en 2023). En las SE1 se notificó 1 caso con Co-detección de Influenza y SARS COV 2, en las SE13 y SE14 se informaron casos con Co-detección de SARS COV 2 y OVR (n= 4) y en las SE1, SE16 y SE17 con Co-detección de SARS COV 2 y VSR (n= 2), confirmándose 4545 casos de SARS COV-2 “sin Co-detección” distribuidos en todas las semanas (563 casos clasificados como SARS COV-2 por métodos moleculares y 3982 casos clasificados como SARS-COV-2 por test de antígeno).



A continuación, se presenta la distribución por SE para todo el año 2023 (n= 4552) y desde la semana 05 hasta la semana 34 (n= 507), a fin de reflejar la confirmación de este evento en las últimas semanas.

Distribución de casos confirmados de COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorios según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. Año 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos notificados al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA) – Sistema Nacional de Vigilancia de Salud 2.0 (SNVS 2.0) según fecha de inicio de síntomas, consulta, muestra ó apertura del evento.

Para más información:

https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/274078/1425673/file/BOLETIN_PR_OVINCIA_SANTAFE_SE34_2023.pdf

LA PAMPA: VIGILANCIA DE ENFERMEDADES GASTROENTERICAS

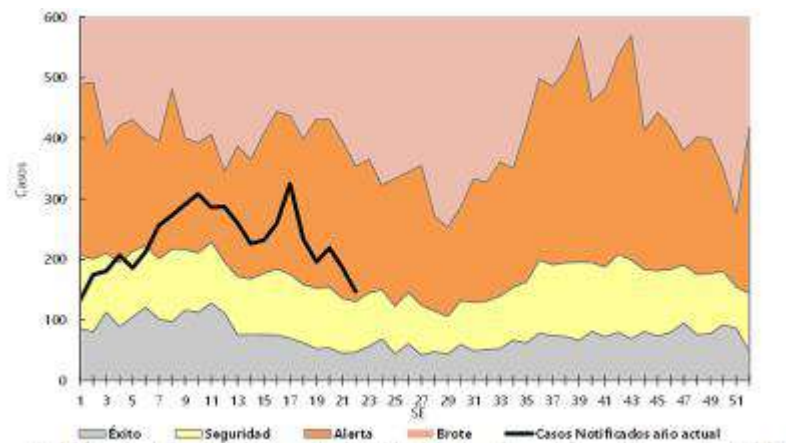
En el siguiente gráfico se observan las diarreas agudas notificadas al SNVS, desde 2017 a 2023, hasta la SE22. Del 2017 al 2019 la frecuencia de notificación fue similar, a partir del 2020 se observa una baja en la notificación. Si bien la frecuencia de notificación del 2023 es menor a la frecuencia de los años prepandémicos, en el corredor endémico se observa un aumento sostenido desde comienzo de año, el cual mostró un pico en la SE10 (306 casos), posterior al mismo comenzó a descender de manera sostenida hasta la SE17, luego de la cual se observa un descenso brusco. En la última semana se notificaron 147 casos en toda la provincia, aunque se observa un descenso que podría deberse a una subnotificación, la curva de casos se encuentra en zona de alerta.



Casos y Tasas (x100.000 hab) de diarrea aguda. Periodo 2017-2023 hasta SE22. La Pampa



Diarreas agudas corredor endémico semanal hasta SE22, 2020-2021-2022. Históricos 5 años: 2018 a 2022. La Pampa.

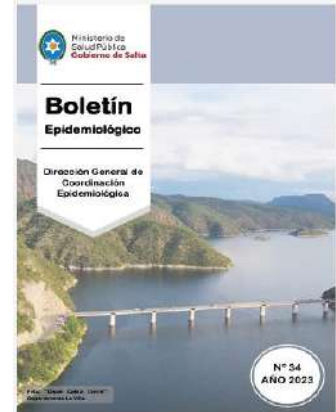


Para más información comunicarse al mail:

epidemiologia@lapampa.gob.ar

SALTA: VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

La provincia de Salta adhiere a la estrategia de vigilancia epidemiológica integral de las infecciones respiratorias agudas, implementada por el Ministerio de Salud de la Nación a partir de abril de 2022, con el objetivo de monitorear la frecuencia y distribución de agentes etiológicos involucrados: SARS-CoV-2, influenza y otros virus respiratorios.



Covid-19

TABLA 1. CASOS CONFIRMADOS Y DEFUNCIONES. PROVINCIA DE SALTA, SE 34/2023

INDICADOR	FRECUENCIA SEMANAL	ACUMULADOS 2023
Casos confirmados	32	1607
Defunciones con diagnóstico de COVID-19	0	11

FUENTE: SNVS 2.0

TABLA 2. PORCENTAJE DE POSITIVIDAD DE SARS CoV-2 EN LA UMA¹. PROVINCIA DE SALTA S.E. 32/2023 a 34/2023

SE	TOTAL DE MUESTRAS	MUESTRAS POSITIVAS PARA COVID-19	% DE POSITIVIDAD
32	29	4	13,8
33	24	2	8,3
34	39	3	7,7

FUENTE: SNVS 2.0

Observaciones:

- 4 FLU A sin subtipificar

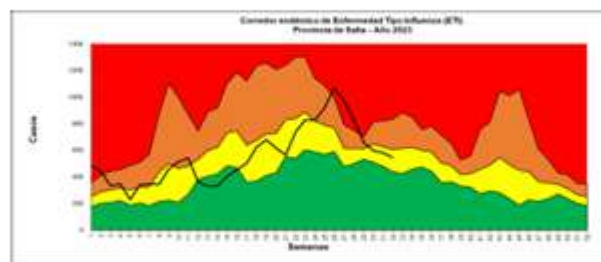
Enfermedad tipo influenza (ETI)

FRECUENCIA ABSOLUTA DE CASOS S.E. 32 Y ACUMULADA AÑO 2023. PROVINCIA DE SALTA.

Frecuencia semanal	547
Frecuencia acumulada	17780

Los casos de ETI presentan un leve descenso en las notificaciones, continuando en zona de seguridad.

GRÁFICO 1. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI). CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL- 5 AÑOS: 2016 A 2022. SE 01-32 DE 2023. PROVINCIA DE SALTA.



ELABORACIÓN: PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. FUENTE: SNVS 2.0

Neumonía

FRECUENCIA ABSOLUTA DE CASOS S.E. 32 Y ACUMULADA AÑO 2023. PROVINCIA DE SALTA.

Frecuencia semanal	203
Frecuencia acumulada	5007

La neumonía presenta un leve descenso de casos con respecto a la semana anterior, sin embargo, continúa en la zona de brote.

GRÁFICO 2. NEUMONÍA. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL - 5 AÑOS: 2016 A 2022. S.E. 01 A 32 DE 2023. PROVINCIA DE SALTA.



ELABORACIÓN: PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. FUENTE: SNVS 2.0

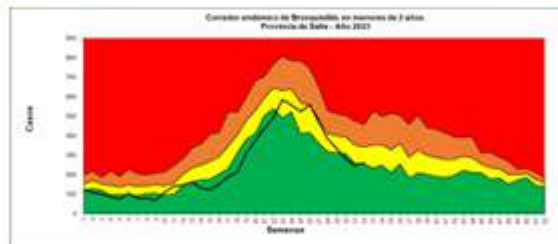
Bronquiolitis

FRECUENCIA ABSOLUTA DE CASOS S.E. 32 Y ACUMULADA AÑO 2023 PROVINCIA DE SALTA.

Frecuencia semanal	260
Frecuencia acumulada	7990

El corredor endémico de bronquiolitis, muestra un leve ascenso en el número de casos respecto a la semana anterior, pasando de zona de éxito a zona de seguridad.

GRÁFICO 3. BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL - 5 AÑOS: 2016 A 2022. SE 01 A 32 DE 2023. PROVINCIA DE SALTA.



ELABORACIÓN: PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. FUENTE: SNVS 2.0

Para más información visite el siguiente enlace:

http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/documentos/boletin_342023.pdf

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA



INGRESÓ LA 14ª COHORTE DE RESIDENTES DE EPIDEMIOLOGÍA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Luego de aprobar el examen del concurso unificado para el ingreso a residencias de salud, 12 profesionales tomaron sus puestos en la residencia de Epidemiología en sus 3 sedes. En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni" de Santa Fe se ocuparon las dos vacantes disponibles, al igual que en el Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" de Mar del Plata. En tanto, la sede Central del Ministerio de Salud de la Nación, ubicada en la Ciudad de Buenos Aires, recibió 8 residentes.

La nueva cohorte, que tuvo inicio formalmente el 1° de septiembre, está conformada por graduados de las carreras de nutrición, enfermería, veterinaria, ciencias de la comunicación, medicina, antropología, sociología, psicología, nutrición y obstetricia.

La Residencia en Epidemiología es un programa remunerado de formación de posgrado a tiempo completo y con dedicación exclusiva, perteneciente a las Residencias del equipo de salud.

La especialización que ofrece se orienta a la producción de información para describir, comprender y explicar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de la población, detectar y priorizar problemas, proponer estrategias de intervención, apoyar la toma de decisiones y contribuir al monitoreo de políticas, programas y servicios de salud.

La modalidad de formación es a través de la práctica de la capacitación en servicio: desarrollando actividades de vigilancia y análisis de información e investigación epidemiológica programadas y supervisadas en distintas instituciones encargadas del desarrollo de información en salud. A su vez incluye aspectos de comunicación, gestión y trabajo en territorio ya que se considera fundamental la articulación de estrategias con actores de diferentes niveles.

Al finalizar la residencia, quienes egresen podrán hacer uso de programas tales como EpiDat, Epi Info, Excel, SPSS, QGIS, R, RStudio, Atlas ti. y Redatam.

El ingreso a la residencia se realiza mediante un concurso público que consiste en un examen de ingreso tipo múltiple choice por puntaje, considerándose el promedio universitario.

Todos los años se publica la información sobre el examen, su cronograma y bibliografía en:

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



*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina