



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA

36

NÚMERO 618
AÑO 2022

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA



Ministerio de Salud
Argentina

AUTORIDADES

PRESIDENTE DE LA NACIÓN

DR. ALBERTO ÁNGEL FERNÁNDEZ

MINISTRA DE SALUD DE LA NACIÓN

DRA. CARLA VIZZOTTI

JEFA DE GABINETE

LIC. SONIA GABRIELA TARRAGONA

SECRETARIA DE ACCESO A LA SALUD

DRA. SANDRA MARCELA TIRADO

SUBSECRETARIA DE MEDICAMENTOS E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

DRA. NATALIA GRINBLAT

DIRECTORA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

DRA. ANALÍA REARTE

DIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA

MG. CARLOS GIOVACCHINI

CONTENIDO

Staff	4
SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES	2
Viruela símica	3
Hepatitis aguda grave de origen desconocido	8
EVENTOS PRIORIZADOS	11
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	12
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	40
INFORMES ESPECIALES	46
Humo de incendios forestales y salud	47
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA	49
Vigilancia de rumores a nivel nacional mediante EIOS	50
Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria	53

STAFF

Dirección de Epidemiología

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

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

- Informe Viruela símica: Adrián Lewis¹
- Informe Infecciones respiratorias agudas: Elsa Baumeister y Andrea Pontoriero², Josefina Campos³.
- Informe sobre dengue y otros arbovirus: Cintia Fabbri, Alejandra Morales y Victoria Luppó⁴
- Informe Humo de incendios forestales y salud, Coordinación de Salud Ambiental, Ministerio de Salud de la Nación.
- Informe sobre vigilancia de rumores-EIOS: Ezequiel Travin y Agustina Flamenco⁵

Imagen de tapa: *Acciones de testeos durante la pandemia por COVID-19 en La Rioja*, aportada por Eduardo Bazán, Director de Epidemiología de la provincia de La Rioja.

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

¹ Laboratorio Nacional de Referencia Viruela símica, INEI-ANLIS

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

³ Plataforma de Genómica, ANLIS-Malbrán.

⁴ Laboratorio Nacional de Referencia de dengue y otros arbovirus - INEVH-ANLIS).

⁵ Residencia Nacional de Epidemiología-Msal de la Nación

SITUACIONES EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES



VIRUELA SÍMICA

SITUACIÓN NACIONAL AL 13/09/2022

265

0

Casos confirmados reportados

Personas fallecidas en el país

- ✓ Hasta el 13 de septiembre se confirmaron 265 casos.
- ✓ Cerca del 81,1% no tienen antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas.
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 38 años con un mínimo de 18 años y un máximo de 61 años.
- ✓ El 70,5% de los casos confirmados fueron diagnosticados en las últimas 4 semanas (SE 33 a SE 36)⁶.
- ✓ Todos los casos, menos uno, corresponde a personas de sexo masculino.
- ✓ A la fecha no se han notificado casos graves ni fallecidos por esta causa.
- ✓ Se han notificado casos sospechosos en 14 jurisdicciones y confirmados en 9, sin embargo más del 70% de los casos confirmados se registraron en residentes de CABA y junto a Buenos Aires y Córdoba suman el 97%.
- ✓ Hasta el momento la población más afectada es la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres (152 de los 265 casos registrados hasta ahora lo refieren y para el resto de los casos no se cuenta con el dato).

Tabla 1. Notificaciones de viruela símica según clasificación y provincia de residencia. Argentina. Actualizada al 13-09-22.

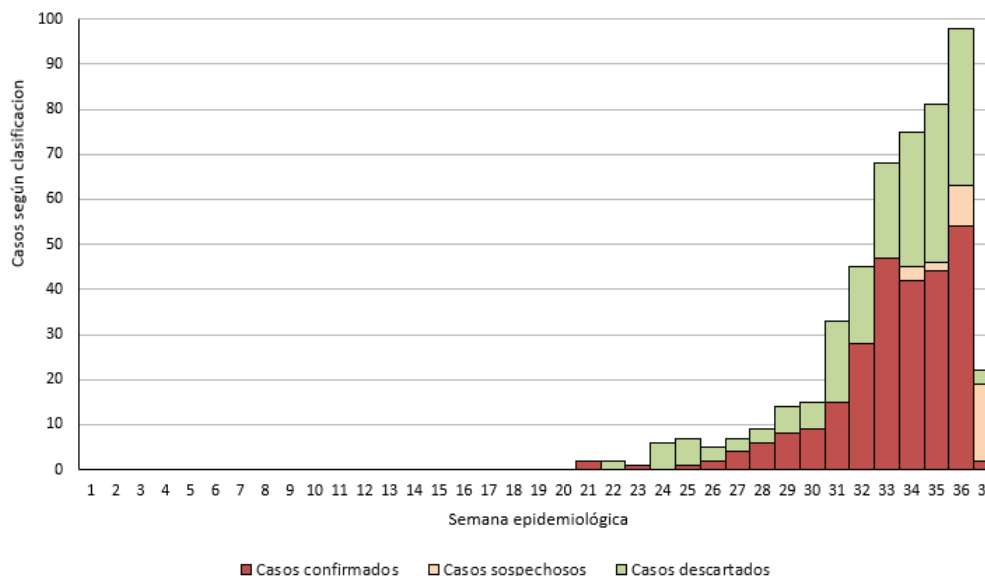
Provincia de residencia	Confirmado	F.A. Confirmados	Sospechoso	Descartado	Total	F.A. Sospechosos
CABA	189	71,3	23	95	307	62,40
Buenos Aires	60	94,0	6	78	144	91,67
Córdoba	8	97,0	1	2	11	93,90
Santa Fe	2	97,7	0	7	9	95,73
Río Negro	2	98,5	0	1	3	96,34
Mendoza	1	98,9	0	3	4	97,15
Corrientes	1	99,2	0	1	2	97,56
Neuquén	1	99,6	1	1	3	98,17
Salta	1	100,0	0	0	1	98,37
Chaco	0	100,0	0	2	2	98,78
San Juan	0	100,0	0	2	2	99,19
Jujuy	0	100,0	1	1	2	99,59
La Pampa	0	100,0	0	1	1	99,80
Tierra del Fuego	0	100,0	1	0	1	100,00
Total	221		43	163	427	

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0 el 07/08/2022

⁶ 1 Se informan los casos de las últimas 4 semanas con los casos a SE finalizada.

*Un caso fue confirmado por criterio clínico epidemiológico.

Gráfico 1. Casos notificados de viruela símica por semana epidemiológica de inicio de síntomas según clasificación. Argentina. SE1 a SE35 (36 parcial)



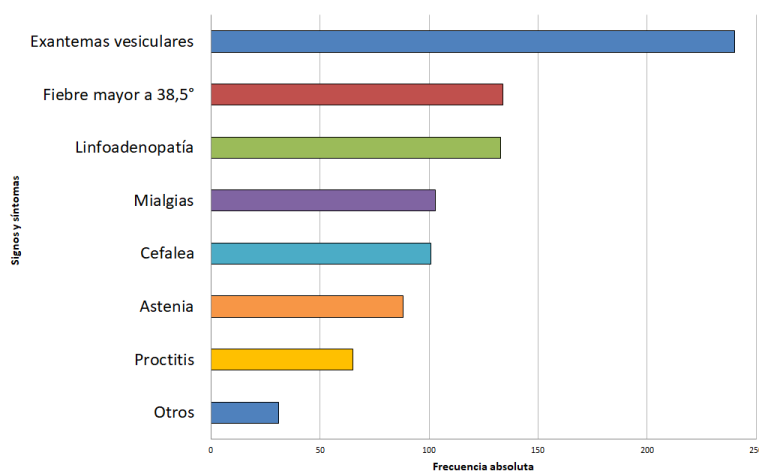
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS^{2.0}

El primer caso confirmado en Argentina fue en la semana 20 con casos esporádicos hasta la SE26 y un aumento sostenido desde la SE27 y hasta la SE33 en el número de casos confirmados. En las últimas semanas se observa un amesetamiento y un nuevo aumento en la SE36 (esta información es parcial y sujeta a modificaciones conforme se reciben notificaciones en el SNVS).

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

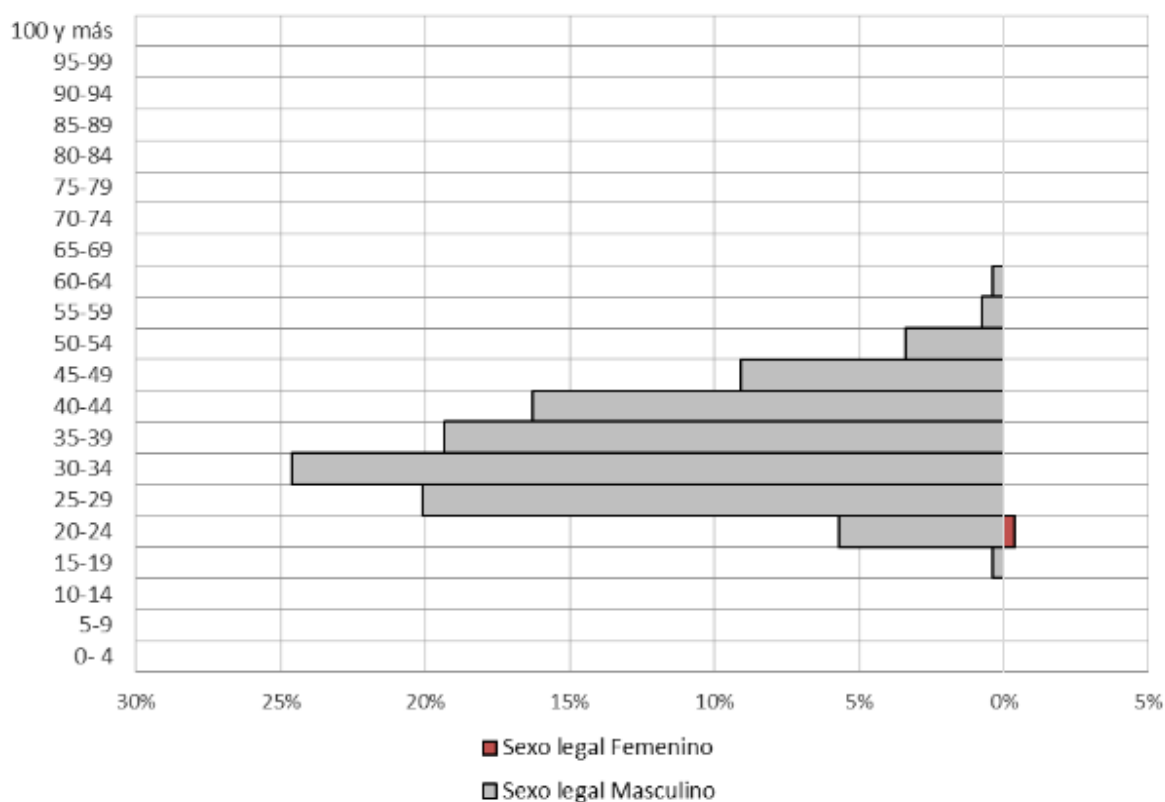
Los casos se caracterizaron principalmente por la presencia de exantemas vesiculares, en varios casos pocas lesiones en diferentes localizaciones incluyendo genitales, perianales, manos, torso y cara.

Gráfico 2. Viruela símica: frecuencia absoluta de signos y síntomas en casos confirmados (n=265)



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

Gráfico 3. Distribución por edad y sexo informado en los casos confirmados (n=265)



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

El 99,6% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino y solo uno tiene registrado sexo legal femenino (de género mujer trans).

La mediana de edad es de 37 años, con un mínimo de 18 años y un máximo de 61 años.

Hasta el momento la población más afectada es la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres (152 de los 265 casos registrados hasta ahora lo refieren y para el resto de los casos no se cuenta con el dato). No obstante, se recuerda que la viruela símica puede afectar a cualquier persona que entre en contacto con una persona enferma de viruela símica, principalmente si tiene contacto físico directo -como el contacto sexual, o con materiales contaminados.

De los 265 casos confirmados hasta el momento 50 refieren antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas. De los casos restantes, se cuenta con información disponible para 215 casos confirmados, para los que existe una distribución de antecedentes de contacto físico con casos sospechoso/confirmado/sintomático, contacto físico con viajero, relaciones múltiples/ocasionales.

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

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

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/06/20220527_-ficha_viruela_simica_1.pdf

SITUACIÓN INTERNACIONAL

58.285

Casos confirmados reportados a OMS

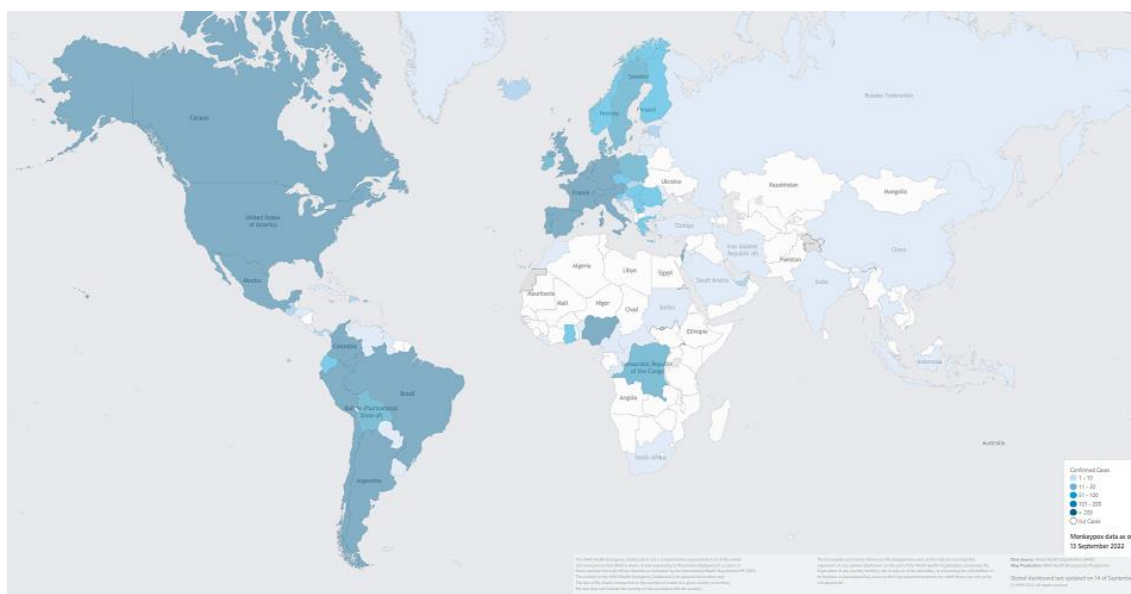
125

Países afectados

22

Personas fallecidas reportadas a OMS

Mapa 1. Distribución geográfica de casos de viruela símica reportados a OMS entre el 01/01 y el 14/08.



Fuente: [WHO Health Emergency Dashboard](#)

Tabla 2. Viruela símica: Casos notificados y fallecidos por Región de la OMS, al 14-09-22.

Región	Casos	Fallecidos
Región de África	585	14
Región de las Américas	33.633	4
Región del Mediterráneo Oriental	47	0
Región de Europa	23.837	3
Región del Sudeste Asiático	18	1
Región del Pacífico Occidental	165	0

Fuente: [WHO Health Emergency Dashboard](#)

Desde el 1 de enero hasta el 14 de septiembre de 2022, se han registrado más de 58.285 casos de viruela símica confirmados por laboratorio en 125 países/territorios/área y 22 muertes distribuidas en cuatro de las seis Regiones de la OMS. A nivel mundial se han notificado 3.500 casos en los últimos 7 días.

En la Región de las Américas, del 01/09 al 07/09, hubo 4.275 casos confirmados, representando un incremento del 15% en relación a la semana previa.

A la fecha, se han reportados cuatro muertes en la Región de las Américas, correspondiendo 2 a Brasil, una a Ecuador y otra a Cuba.

Para la semana mencionada la mayoría de los casos confirmados con información son hombres entre las edades de 25 a 45 años que se autoidentifican como hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

De los 158 casos notificados entre mujeres de la Región de las Américas al 7 de septiembre, 6 corresponden a mujeres embarazadas sin complicaciones conocidas relacionadas con el embarazo hasta la fecha. Ocho de los casos entre las mujeres requirieron hospitalización.

En la región se notificaron 70 casos confirmados de 18 años o menos por 8 países (México, Ecuador, Brasil, Colombia, Perú, Canadá, Chile y Argentina).

Por último, OPS remarca que el 85% de los 3.044 casos en la Región de las Américas con información disponible son casos de transmisión local.

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

HEPATITIS AGUDA GRAVE DE ORIGEN DESCONOCIDO

Este informe se confeccionó con información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud hasta el día 14 de septiembre de 2022.

La implementación de la vigilancia de Hepatitis aguda grave de origen desconocido en pediatría se inició el 27 de abril de 2022, ante la detección de casos en otros países del mundo.

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

SITUACIÓN NACIONAL AL 14/09/2022

11

Casos probables notificados

1

Caso probable fallecido

3

Casos probables trasplantados

28

Casos descartados

27

Casos pendientes de clasificación

3

Mediana de edad probables (Min 0 – Max 8)

29

Última semana epidemiológica en que se registraron casos probables.

37

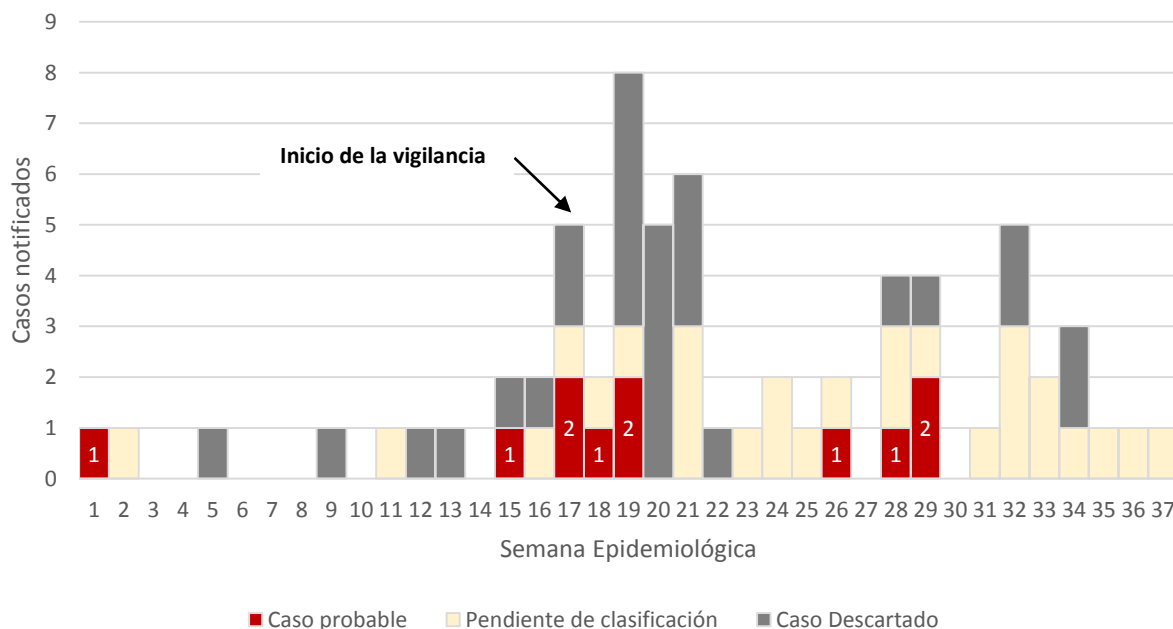
Última semana epidemiológica en que se registraron casos pendientes en investigación.

Tabla 3. Casos de hepatitis aguda grave de origen desconocido en pediatría, según jurisdicción de residencia y clasificación del caso.

Jurisdicción de residencia	Casos probables	Casos descartados	Pendientes de clasificación	Casos notificados
Buenos Aires	2	17	15	34
CABA		3	3	6
Catamarca			1	1
Chaco			1	1
Chubut	1	1		2
Córdoba		1		1
Corrientes		2		2
La Pampa	1		1	2
Mendoza	1		1	2
Misiones	2	1		3
Neuquén	1	1	1	3
Río Negro		1		1
Salta			1	1
San Juan	1			1
San Luis	1			1
Santa Cruz			1	1
Santa Fe	1		2	3
Tucumán		1		1
Total general	11	28	27	66

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

Gráfico 4. Curva de casos de Hepatitis Aguda Grave de origen desconocido en menores de 16 años, según clasificación del caso por SE*. Argentina, 2022.



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

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

Documento integrado sobre hepatitis aguda grave:

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

Ficha de notificación:

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

EVENTOS PRIORIZADOS



VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

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

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

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

- Personas mayores de 50 años
- Personas con condiciones de riesgo⁷
- Poblaciones especiales que residan, trabajen o asistan a ámbitos como instituciones carcelarias, instituciones de salud, centros con personas institucionalizadas, etc.
- Personas con antecedente de viaje en últimos 14 días a una región en la que esté circulando una variante de interés o de preocupación que no esté circulando en el país;
- Personas con enfermedad grave (internadas)
- Fallecidos y casos inusitados
- Investigación y control de brotes

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

⁷ Diabetes, obesidad grado 2 y 3, enfermedad cardiovascular/renal/respiratoria/hepática crónica, personas con VIH, personas con trasplante de órganos sólidos o en lista de espera, personas con discapacidad, residentes de hogares, pacientes oncológicos con enfermedad activa, tuberculosis activa, enfermedades autoinmunes y/o tratamientos inmunosupresores.

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE LA SE 35/2022

11.636

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana 35 en la población general.

58

Fallecidos fueron informados en la semana 35. De estos, 40 ocurrieron en dicha semana.

18,13%

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

3,23%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 35/2022

- ✓ Entre la SE01-34 de 2022 se registraron 767.256 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 123.362 casos de Neumonía, 146.080 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 25.789 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ La positividad calculada para el periodo SE16 - SE35 de 2022 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio para SARS-CoV-2, influenza y VSR entre las muestras analizadas por rt-PCR es de 25,99%, 8,31% y 5,66%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, disminuye para influenza y aumenta para VSR.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE 23-35 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 16,78%, 4,13% y 36,54%, respectivamente. Se observa un descenso de la positividad para influenza y para VSR, en comparación con la semana previa.
- ✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de VSR, influenza, parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus.
- ✓ Hasta la SE 35 de 2022 se registraron 98 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

9.689.861

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 3 de septiembre de 2022

129.769

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 3 de septiembre de 2022.

92%

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

82,5%

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

100%

De los casos investigados en vigilancia genómica de SARS CoV-2 entre la SE04 y SE 31 corresponden a variante Ómicron en todas las regiones del país. Entre la SE30 y SE31 se observa que BA.4 y BA.5 se encuentran en ascenso mientras que la proporción de BA.2 disminuye.

46,7%

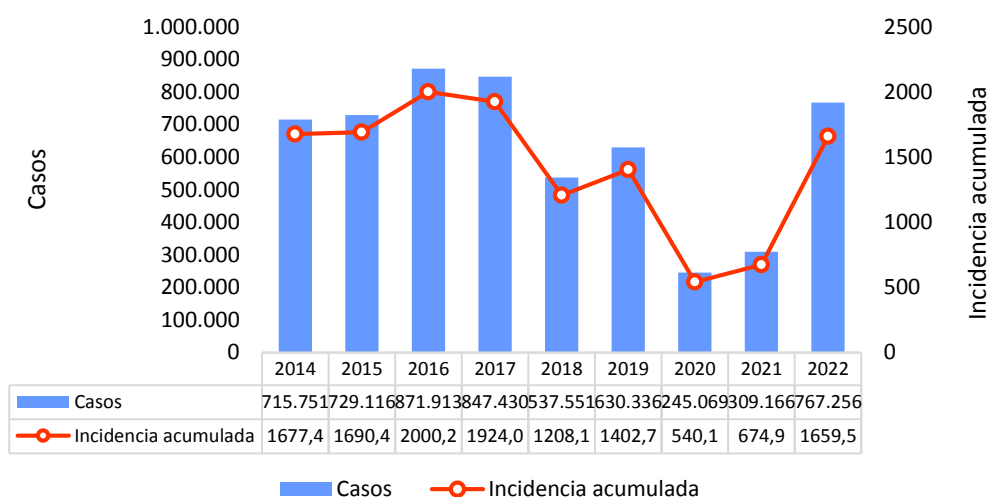
De la población argentina recibió el primer refuerzo. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 58,2% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es del 71,3%.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En las 34 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 767.256 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1659,5 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 34 semanas de los últimos nueve años, se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron el 2016 y 2017, seguido por los casos registrados en el presente año. Si bien los años 2020 y 2021 fueron afectados por la pandemia para la notificación agrupada numérica, se observa un aumento también respecto de los dos años previos (2018 y 2019) para el mismo período en el presente año.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 34 – Año 2014-2022 Argentina.



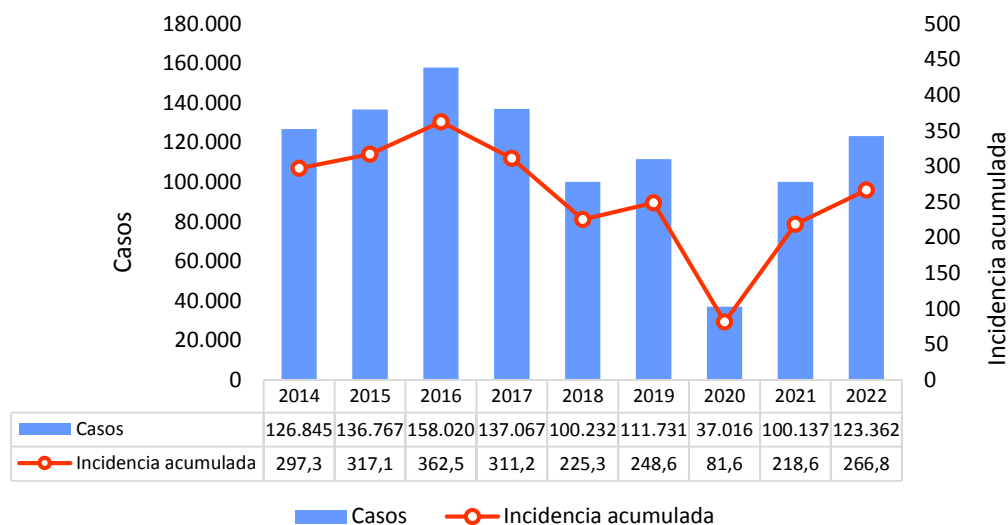
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

En las 34 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 123.362 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 266,8 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 34 semanas de los últimos nueve años se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron 2016 y 2017, igual que lo descrito para ETI. En la presente temporada se verifica también un aumento en el número de casos, superando el registrado en los últimos 4 años para el mismo período.

Gráfico 2: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a SE34 – Año 2014-2022. Argentina.⁸



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

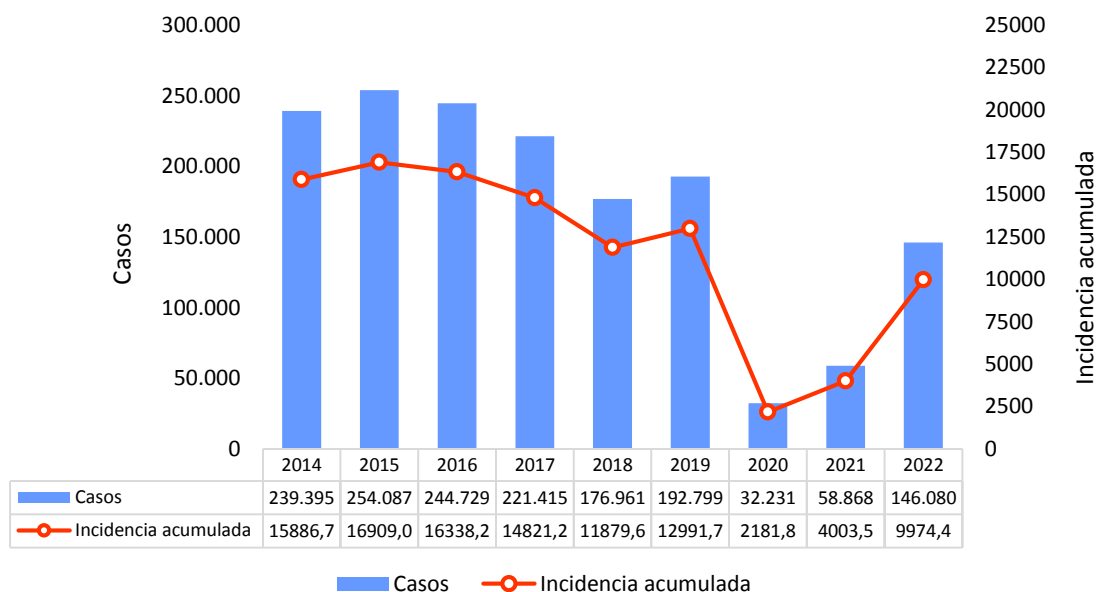
BRONQUIOLITIS

En las 34 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 146.080 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 9974,4 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 34 semanas de los últimos nueve años muestra que los años con mayor número de notificaciones fueron 2015 y 2016, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019 respecto del año previo y con un número inusualmente bajo registrado para 2020 y 2021. Durante el año en curso, los casos registrados vuelven a incrementarse respecto de los dos años previos pero no llegan a los niveles de notificación alcanzados en todos los demás años de la serie.

⁸ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las 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 3: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 34 – Año 2014-2022 Argentina.⁹



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

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 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 7.968, 4.274 y 3.411 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente. El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 por PCR se mantuvo en valores inferiores al 10% hasta la SE19, llegó a un 33,03% en SE24, a partir de la cual -si bien con fluctuaciones- se mantuvo entre 26,06 % y 34,08% (en sus valores mínimo y máximo) hasta la SE31, descendiendo a 18,13% en la SE 35. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE16-17, con valores por debajo de 10% en el resto de las semanas. La positividad para influenza registró un 3,23 % en la SE35. El porcentaje de positividad para VSR se mantuvo en valores por debajo del 10% con oscilaciones entre 1,3% y 8,2%, situándose en 4,76% en la SE35.

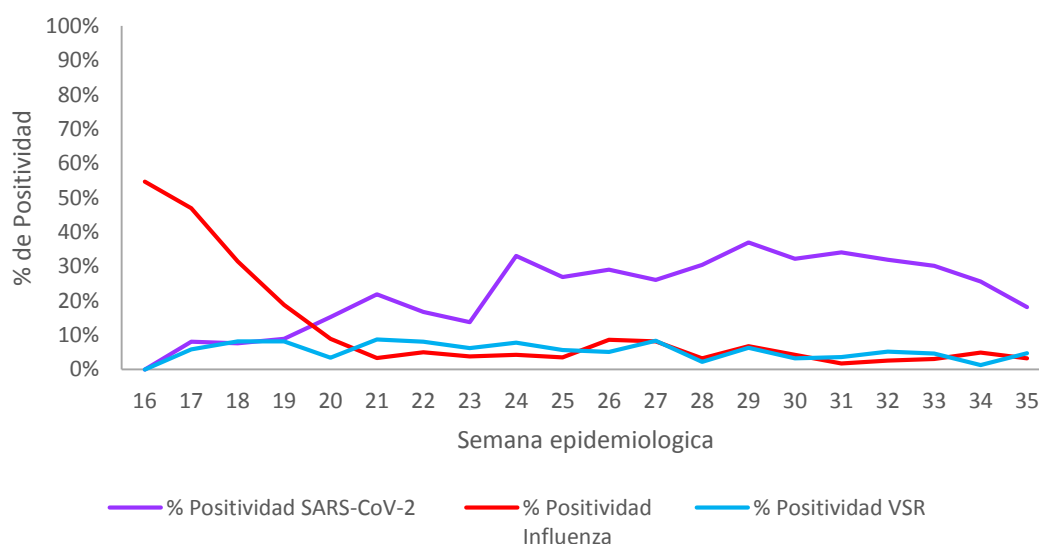
⁹ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las bronquiolitis en casos ambulatorios registradas con modalidad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

Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16-35 Año 2022. Estrategia UMAS. Argentina.¹⁰

	Última semana			SE16 – SE35		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	1.701	252	14,81%	75.320	25.066	33,28%
SARS-CoV-2 por PCR	171	31	18,13%	7.968	2.071	25,99%
Influenza	62	2	3,23%	4.274	355	8,31%
VSR	63	3	4,76%	3.411	193	5,66%

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

Gráfico 4. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAS – SE16-35 Año 2022.¹¹



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.

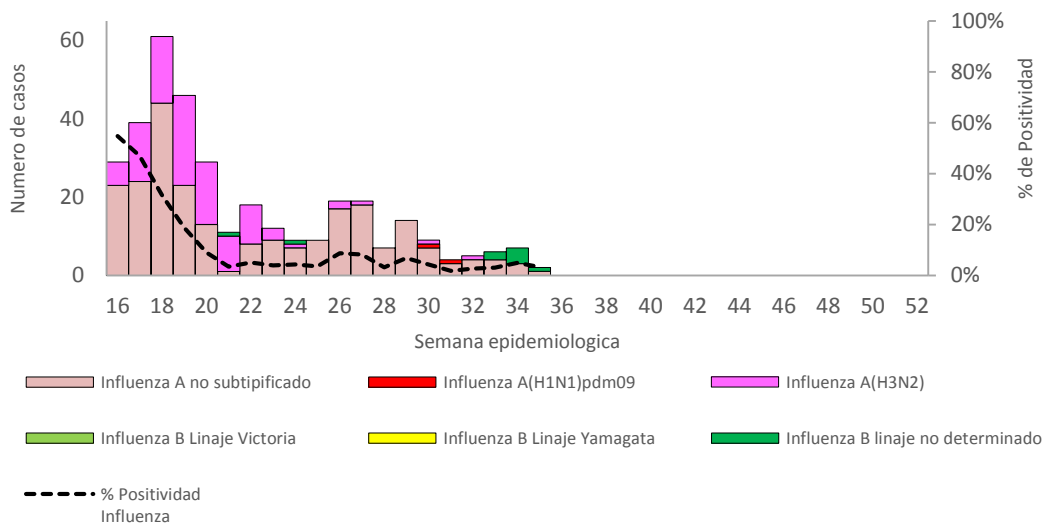
En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=355), 346 (97,5%) fueron positivas para Influenza A y 9 (2,5%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 107 muestras cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A (H3N2) (n=105) e Influenza A (H1N1) pdm09 (n=2). Como puede observarse en el Gráfico desde el comienzo de la implementación de UMAS y hasta la SE29 se registró circulación de A (H3N2). En las semanas 30 y 31 se registraron 2 casos de A (H1N1). Entre las SE33-35 nuevamente se registran casos de virus influenza B sin

¹⁰ Se debe considerar para la interpretación de los porcentajes que el número de muestras notificadas en la última semana es aún escaso y se actualizará en la medida que se registre nueva información al SNVS.2.0.

¹¹ Corresponde a las muestras analizadas para SARS-CoV-2, influenza y VSR por PCR. En SE16 se registran 2 muestras para VSR, 1 con resultado positivo y 1 con resultado negativo. Para mejor interpretación de la positividad de virus respiratorios, no se incluyen en este gráfico

linaje.

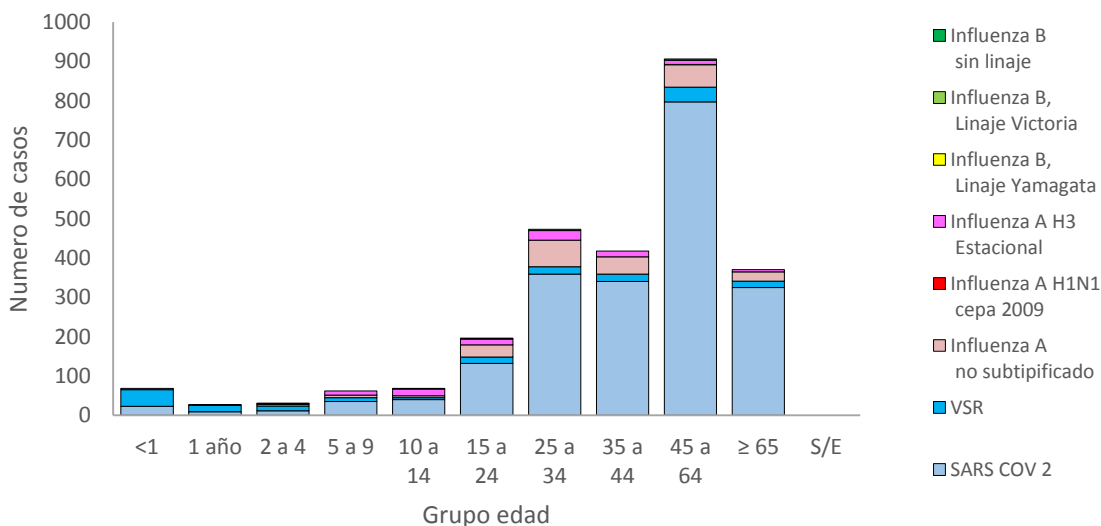
Gráfico 5. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-35 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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

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

Gráfico 6. Distribución absoluta de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados a SE 35 de 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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

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

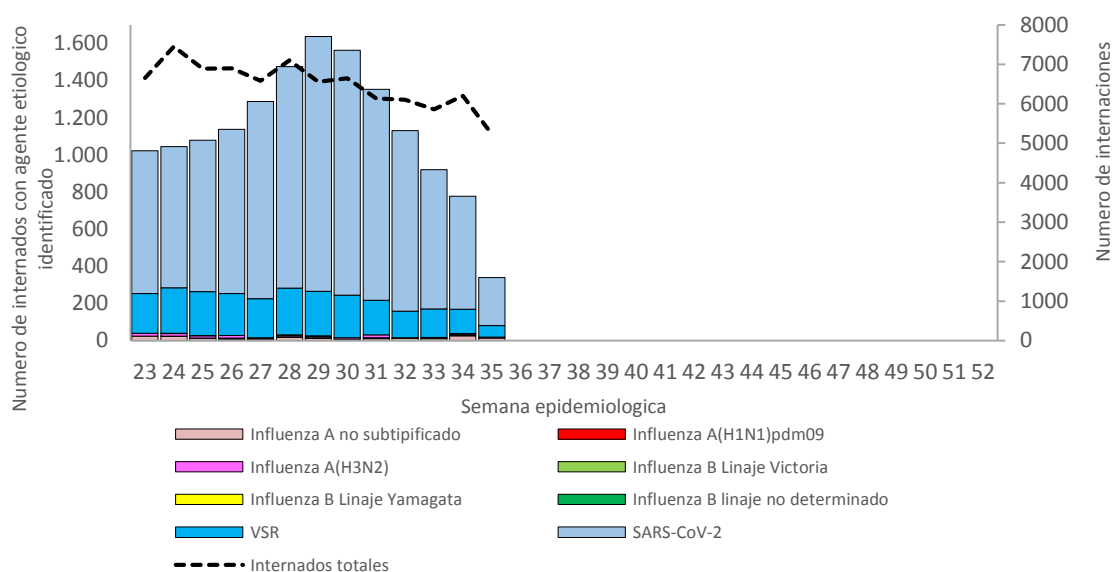
Entre la SE23-35, se notificaron 70.916 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 11.903 fueron positivas (porcentaje de positividad 16,78%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 8.175 muestras para virus influenza con 338 detecciones positivas (porcentaje de positividad 4,13%). De las mismas 326 fueron influenza A y 12 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 142 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 122 (85,92 %) son influenza A (H3N2) y 20 (14,08%) son influenza A (H1N1) pdm09. En relación con influenza B, 11 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 1 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 6.913 muestras estudiadas para VSR registrándose 2.526 con resultado positivo (porcentaje de positividad 36,54%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS 2.0 en SE 35 desciende respecto a la semana previa (variación de 0.16%).

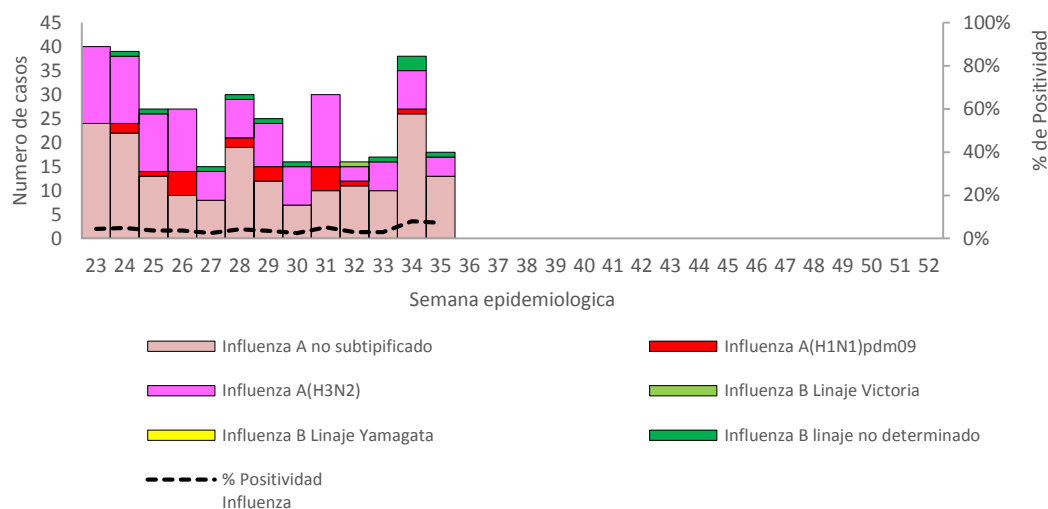
Gráfico 7. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23-35 Año 2022



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

En relación a la distribución temporal de virus influenza en casos hospitalizados, desde el inicio de la estrategia se registran casos de influenza A (H3N2) y A (H1N1), aunque este último con menor frecuencia absoluta. Adicionalmente se identifican casos aislados de influenza B sin linaje. Entre las SE23-35 el porcentaje de positividad para influenza en el grupo analizado, se mantiene menor al 10%.

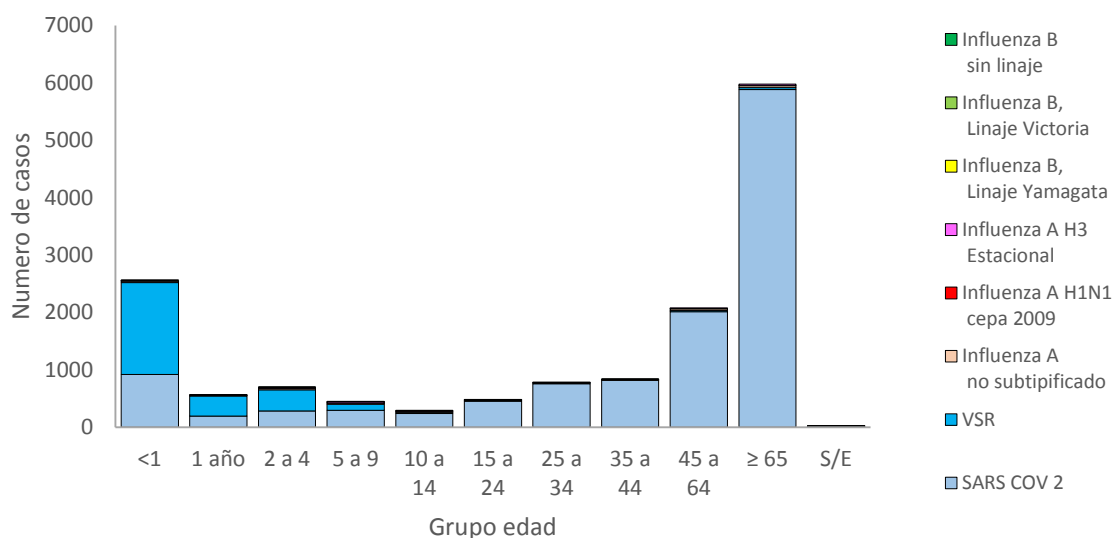
Gráfico 8. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE16-35 Año 2022. Argentina.



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

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

Gráfico 9. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23-35 de 2022. Argentina.



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

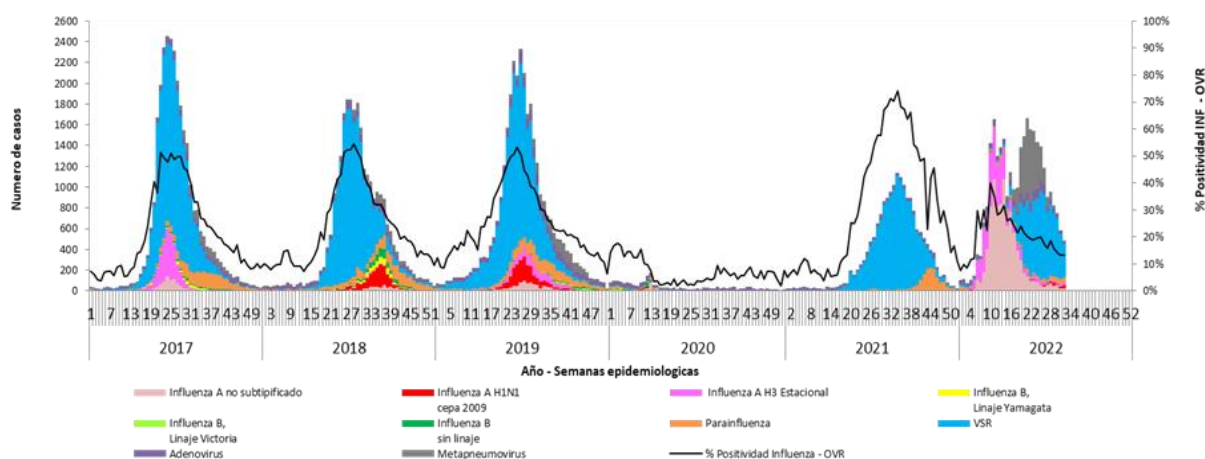
Hasta la SE 35 de 2022, se registraron 98 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

VIGILANCIA UNIVERSAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS

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

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

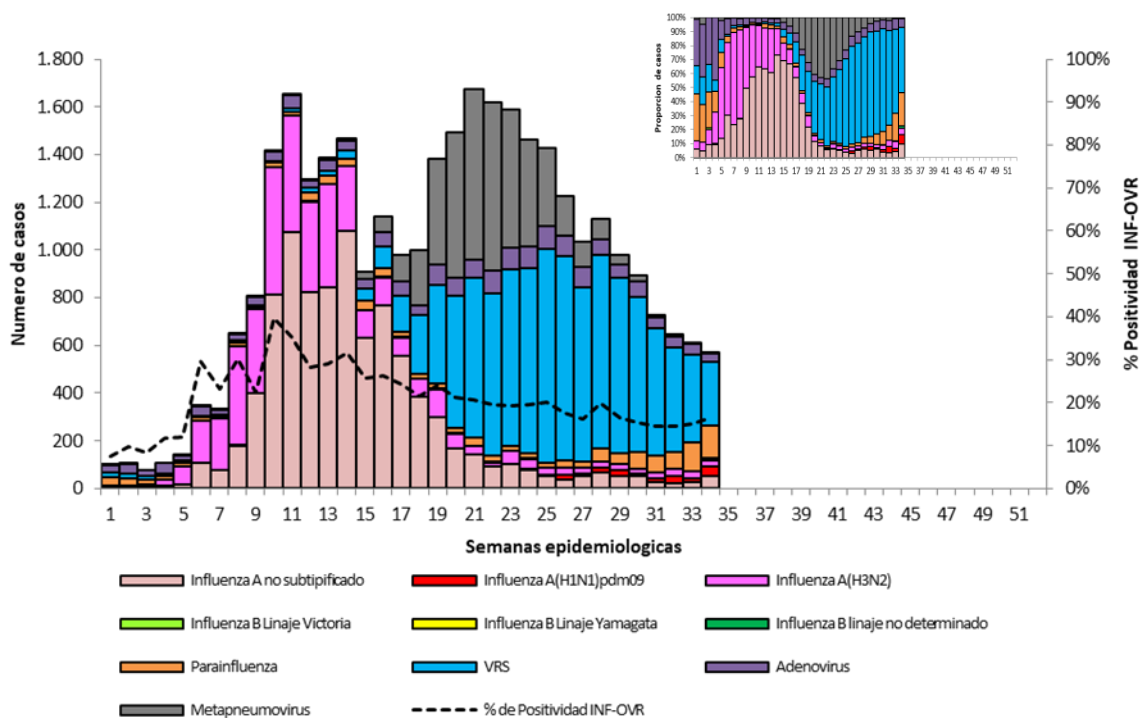
Gráfico 10. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2021. SE01-SE34 2022



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

En la SE34 se detecta circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: VSR, parainfluenza, influenza, adenovirus y metapneumovirus. Se destaca la frecuencia absoluta y relativa de metapneumovirus en particular a partir de la semana 16 y hasta la 26 y el descenso de virus Influenza en las últimas 15 semanas, registrándose un incremento de los casos positivos en SE34 en comparación con las 4 semanas anteriores.

Gráfico 11. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01- SE34 de 2022. Argentina. (n=32.384)

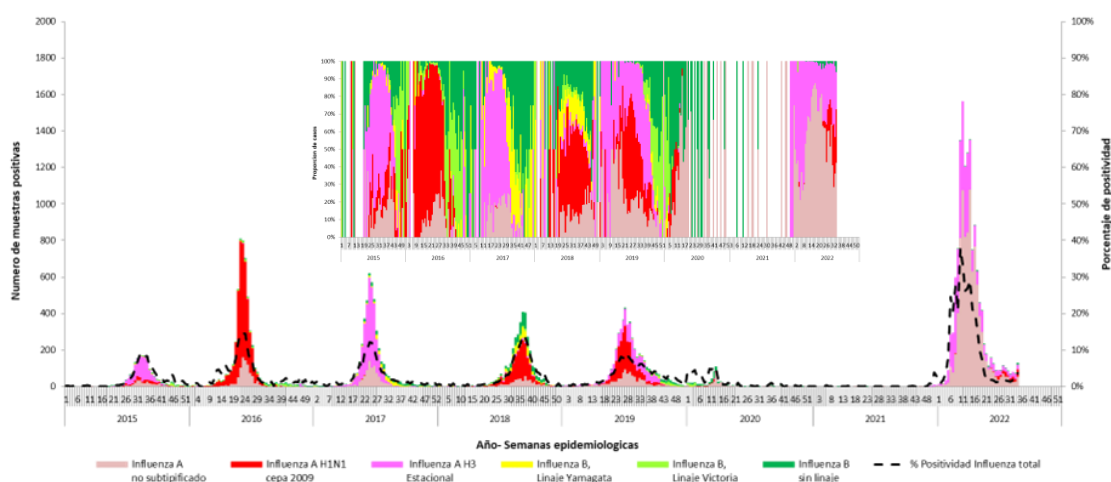


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

A partir de las últimas semanas del año 2021 y entre las SE 03-14 del año 2022 se registra un importante aumento en el número de casos de virus influenza a expensas de Influenza A (H3N2) con un descenso posterior a partir de la SE16 pero con una circulación ininterrumpida. En SE 34 se detecta un aumento en el número de casos de influenza en relación al rango de oscilación que presenta en las 4 semanas previas. En las últimas semanas se destaca la detección de casos de Influenza A (H1N1).

Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados la proporción de positividad para influenza se sitúa en 3.73% durante la SE34.

Gráfico 12. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica, SE 01 de 2015 a SE34 de 2022. Argentina.



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

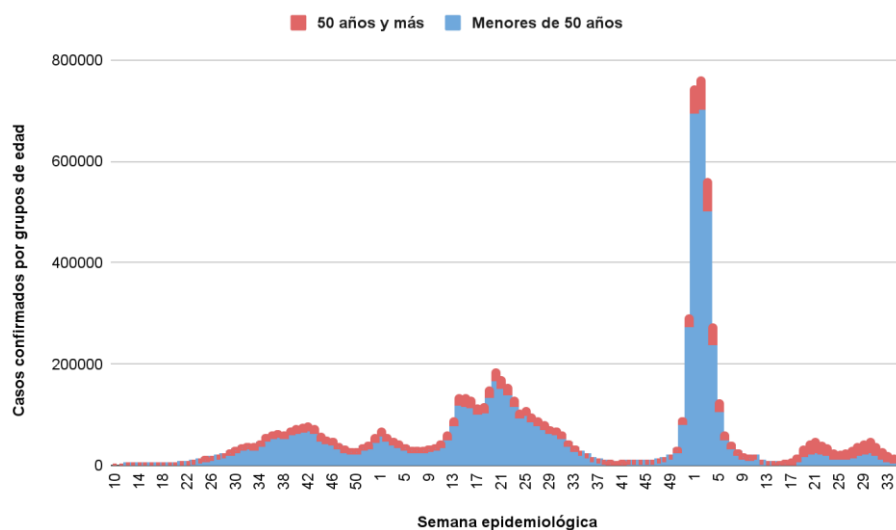
VIGILANCIA DE COVID-19

En Argentina, desde el inicio de la pandemia hasta el 03 de septiembre de 2022, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 9.689.861 casos confirmados de Covid-19 y 129.769 fallecimientos. Respecto a la población de 50 y más años (población priorizada para el diagnóstico en la actualidad), desde el inicio de la pandemia hasta el 03 de septiembre de 2022, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 2.484.561 casos confirmados de Covid-19 y 117.380 fallecimientos.

Para el análisis de la tendencia de los casos se utiliza como variable temporal la fecha de inicio del caso¹². Considerando dicha fecha, se registra un descenso de los casos del 20% durante la SE 34 en relación a la semana previa (4.338 casos menos) según datos notificados a la SE 35.

¹² 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.

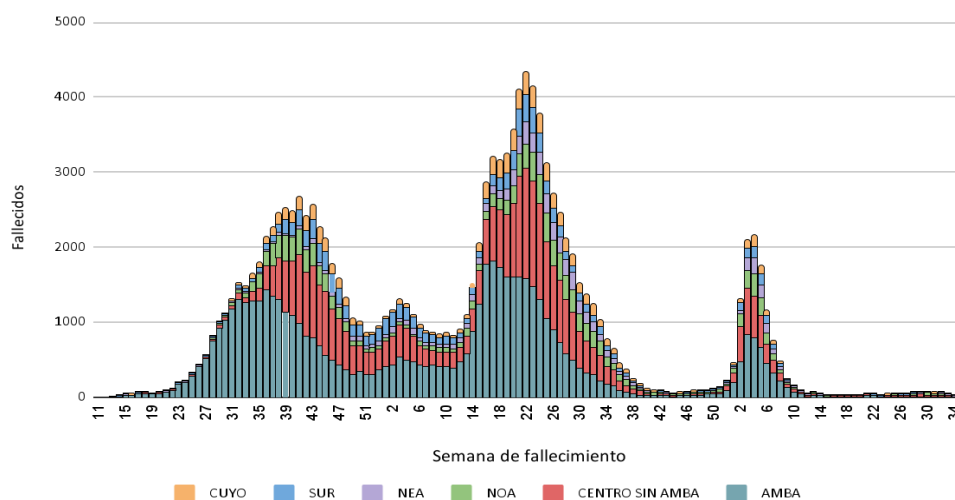
Gráfico 13. Casos confirmados por semana epidemiológica¹³ según grupo de edad. SE 10/2020 - SE 35/2022, Argentina



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

En cuanto a los fallecimientos, según las notificaciones realizadas a la SE 35, en la SE 34 se produjeron 51 muertes, disminución de 20% respecto a la semana previa (n=13). Se destaca que desde la SE 12/2022 se observa la cantidad de fallecidos por semana más baja desde el comienzo de la pandemia.

Gráfico 14. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE1/2020 a SE 35/2022, Argentina según regiones.

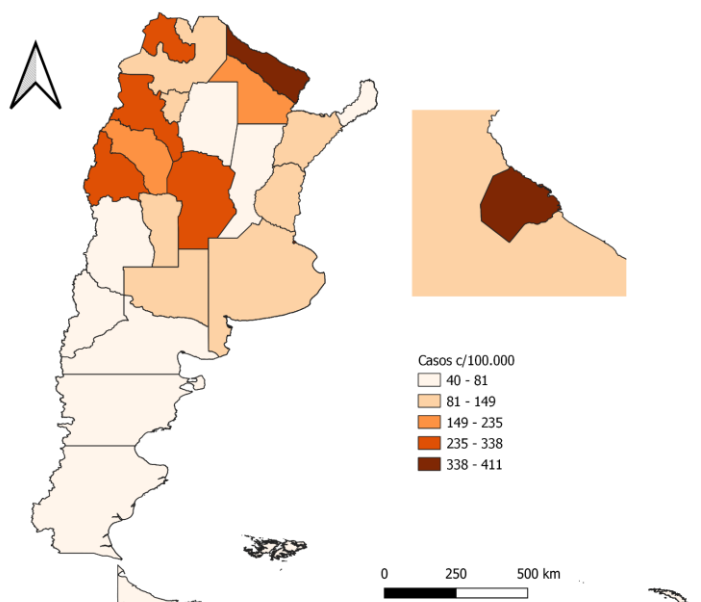


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS^{2.0}.

¹³ La semana utilizada es la semana de inicio del caso según las especificaciones indicadas. Se muestran los datos a semana cerrada. Las últimas semanas están sujetas a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

La incidencia de casos de COVID-19 a nivel nacional en población general en las últimas 4 semanas (SE 32 a SE 35/2022) fue de 161 casos cada 100.000 habitantes. Las jurisdicciones que presentaron las tasas más elevadas fueron CABA, Formosa, Catamarca y Jujuy (Mapa 3).

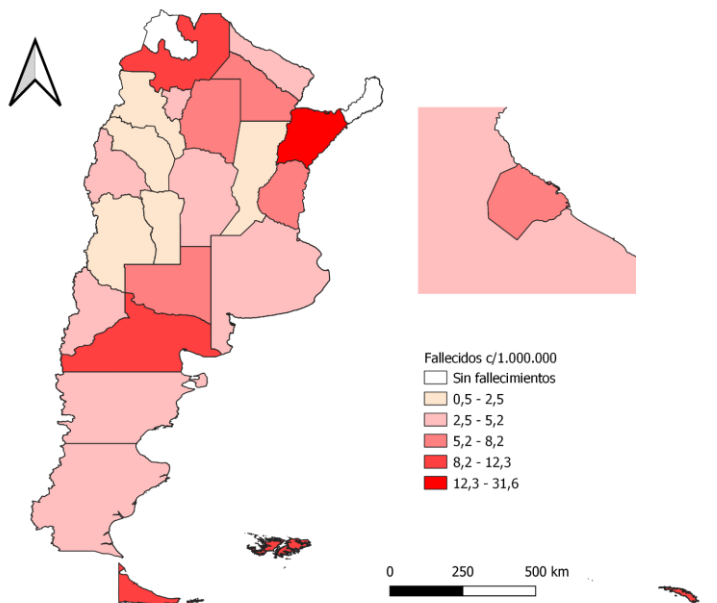
Mapa 1. Incidencia en población general cada 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 32 a 35/2022, Argentina. N=74.443.



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

En cuanto a la tasa específica de mortalidad por COVID-19 (Mapa 4), a nivel nacional esta fue 4,8 fallecidos por cada millón de habitantes considerando el período comprendido en las últimas 4 semanas (SE32 a 35). Las provincias con las mayores tasas para el período fueron Corrientes, Salta, Tierra del Fuego y Río Negro.

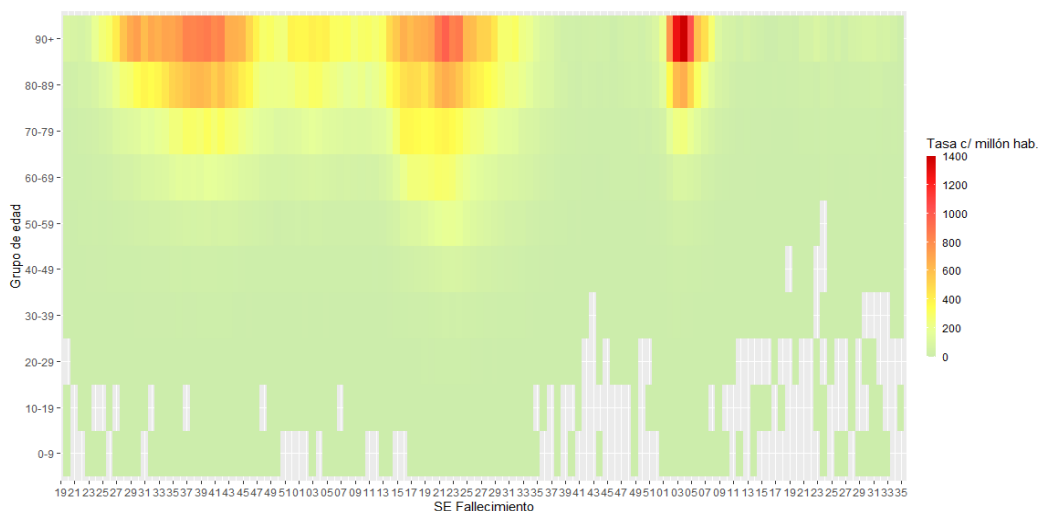
Mapa 2. Tasa de mortalidad acumulada por 1.000.000 de habitantes por jurisdicción de residencia. SE 32 a 35/2022, Argentina. Argentina. N=222.



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

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

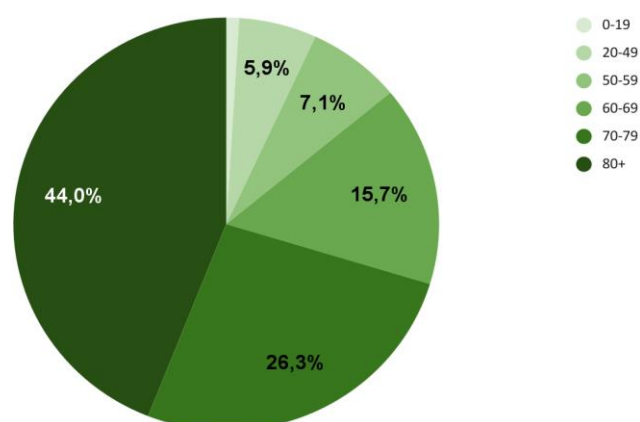
Gráfico 15. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/20 a 35/22.



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

Si se toman en cuenta los fallecidos de 2022, se observa que el 93,1% tenían 50 años o más.

Gráfico 16. Fallecidos por grupo edad. Total País, SE 01 a 35/22. N=112.107*



**Nota: Se excluyen tres fallecidos sin dato de edad correspondiente al período informado.*

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

Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 06/09/22 SE 35](#).

INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

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

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, en SE31 la proporción de BA.4, BA.5 y Omicron compatible con BA.4/BA.5 es de 13.19%, 38.46% y 34.07%, mientras que BA.2 se sitúa en 5.49%. Si se consideran solo las muestras con identificación de linaje, el porcentaje de BA.4, BA.5 y Omicron compatible con BA.4/BA.5 es de 14.29%, 41.67% y 36.90%, mientras que BA.2 se sitúa en 5.95%.

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

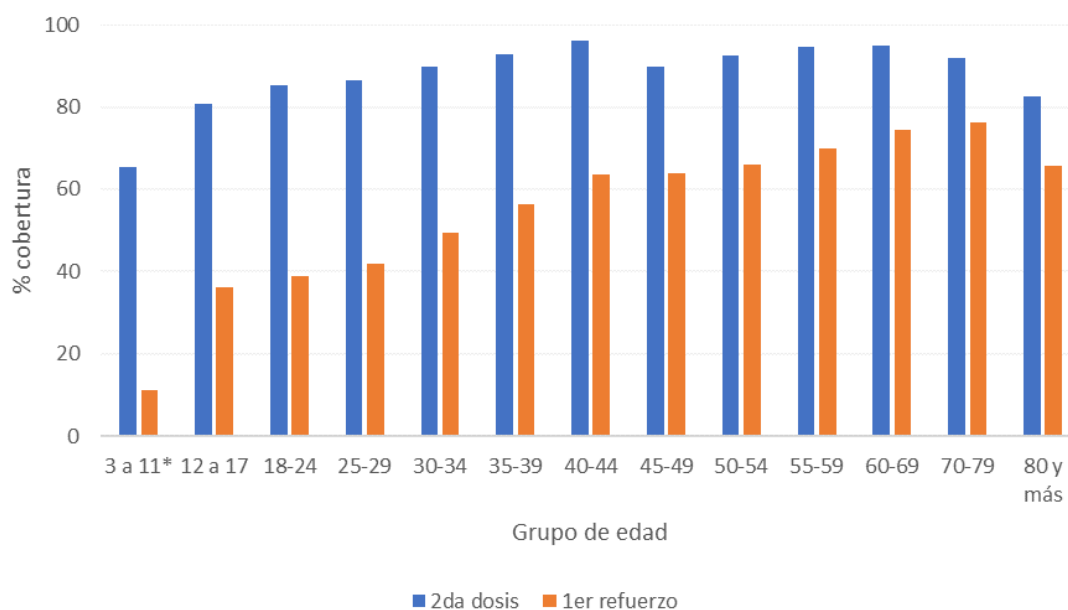
Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 06/09/22 SE 35](#) y el [Informe de Vigilancia Genómica SE 30](#).

INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas de segunda dosis, el 82,5% de la población argentina recibió dos dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 90,6% de la población de 18 y más años recibió las dos dosis, mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura de la segunda dosis es del 92,4%. Con respecto al grupo de entre 12 y 17 años, hasta la SE35, la cobertura alcanzó el 80,8%. En el grupo de 3 a 11 años, entre el inicio del plan de vacunación en la SE41/2021 hasta la SE35, la cobertura alcanzó el 65,4%.

Respecto de las coberturas del primer refuerzo, el 46,7% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 58,2% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es del 71,3%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años la cobertura alcanzó el 36,3% y en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 11,3%.

Gráfico 17. Coberturas de 2da dosis y 1er refuerzo por grupo de edad. SE 35**



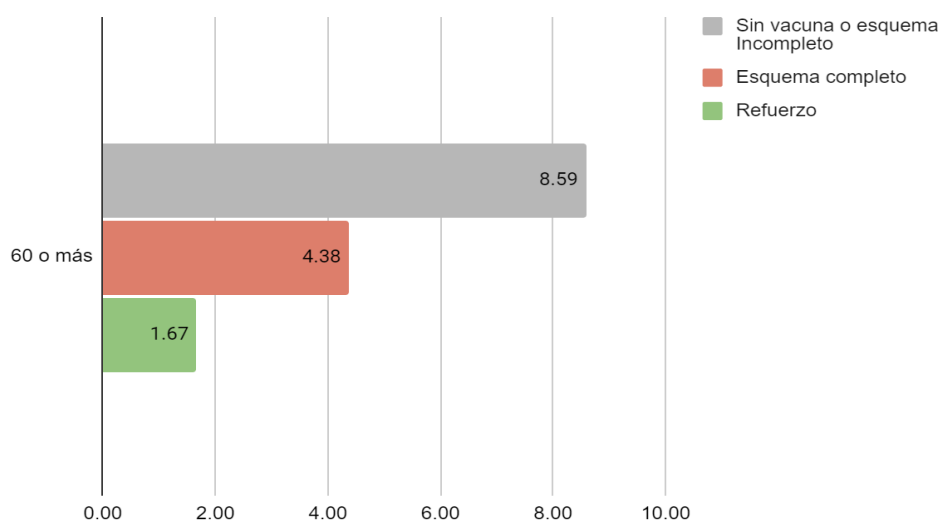
Fuente: Informe de avance vacunación contra Covid-19. DICEI. Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NoMiVac).

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

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

En cuanto a los casos fallecidos según condición de vacunación, entre las SE32-SE35 se registraron 8,59 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o con esquema incompleto. Se produjeron 4,38 muertes cada 100.000 habitantes en personas de 60 años y más años con esquema completo, mientras que en personas de este mismo grupo etario vacunadas con dosis de refuerzo la mortalidad fue de 1,67 muertes cada 100.000 habitantes.

Gráfico 18. Tasas de mortalidad c/100.000 en población de 60 años y más según estado de vacunación. SE 32 - SE 35/2022, Argentina*.



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

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

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

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

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

Para más información, consultar en:
<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna>

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS¹⁴

América del Norte: en general, la actividad de la influenza permaneció baja en la subregión y predominó influenza A(H3N2). La actividad del SARS-CoV-2 siguió elevada pero en disminución. En México, la actividad de la influenza aumentó y la positividad de SARS-CoV-2 continuó elevada pero disminuyendo. En los Estados Unidos, la actividad de la influenza estuvo en niveles interestacionales, mientras que la actividad del SARS-CoV-2 se mantuvo alta, aunque en disminución.

Caribe: en general, la actividad de influenza se mantuvo baja, con predominio de influenza A(H3N2). En Belice, la actividad de la influenza estuvo en niveles de intensidad moderada, con circulación de influenza A(H3N2). Santa Lucía informó una mayor actividad del SARS-CoV-2. En Haití, se informó un aumento de la actividad del SARS-CoV-2 y de la IRAG. La actividad del VRS aumentó en la República Dominicana.

América Central: en general, la actividad de influenza se mantuvo estable en niveles bajos, predominando influenza A(H3N2). En Panamá, la actividad de la influenza aumentó a niveles de baja intensidad, con predominio de influenza A(H3N2). Honduras, Nicaragua y Panamá informaron un aumento de la actividad del VRS. La actividad del SARS-CoV-2 aumentó en Honduras y Panamá.

Países Andinos: en general, la actividad de la influenza permaneció baja, con predominio de influenza A(H3N2). La actividad del SARS CoV-2 continúa elevada en Ecuador y Perú, con una mayor actividad de la IRAG.

Brasil y Cono Sur: en general, la actividad de la influenza se mantuvo baja, con predominio de la influenza A(H3N2). La actividad del SARS CoV-2 fue baja en toda la subregión, excepto en Argentina. En Chile, la actividad de la influenza continúa elevada.

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19¹⁵

600.381.224

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS hasta el 4 de septiembre de 2022

6.461.816

Personas fallecidas en el mundo.

4.199.352

Casos nuevos reportados en la última semana.

13.716

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

12%↓

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

5%↓

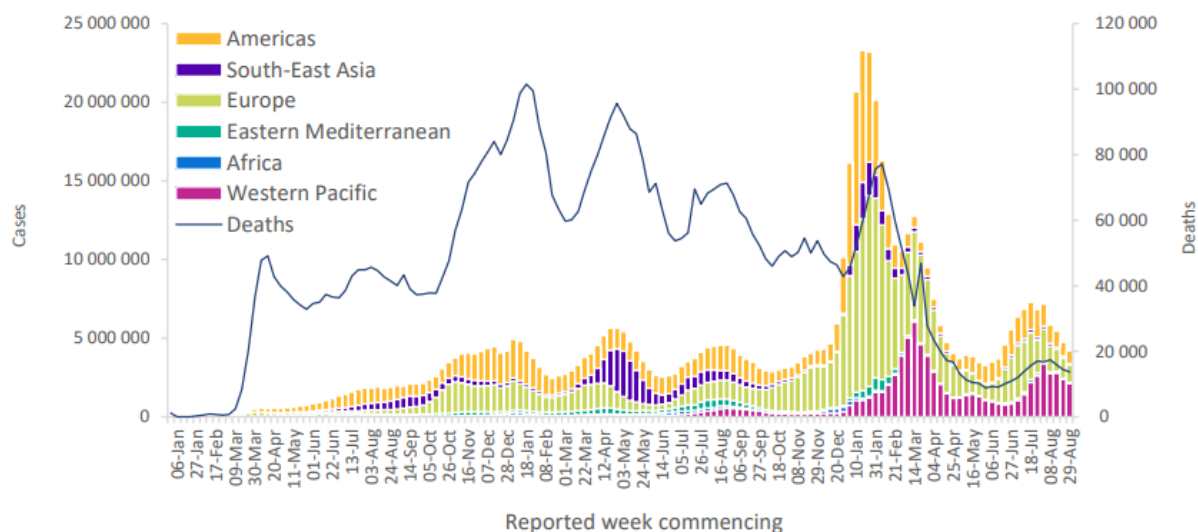
La cantidad de fallecidos nuevos disminuyó respecto de la semana anterior.

¹⁴ Tomado de: Reporte de Influenza SE34 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS, disponible en <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

¹⁵ Tomado de: Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update, disponible en <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

- ✓ Según la OMS, estas tendencias deben interpretarse con cautela ya que varios países han ido cambiando progresivamente sus estrategias de testeo de COVID-19, lo que resulta en un menor número total de pruebas realizadas y, en consecuencia, un número menor de casos detectados.
- ✓ Respecto de las variantes circulantes, a nivel mundial, BA.5 es el linaje predominante de la variante Omicron. Según muestras estudiadas en la SE 34, la proporción de secuencias notificadas de BA.5 es de 86,8%, mientras que las proporciones de los linajes descendientes de BA.2 se mantuvieron estables y de BA.4 disminuyeron.

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



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

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

VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

INTRODUCCIÓN

Para los datos nacionales, este informe se confeccionó con información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud hasta el día 4 de septiembre de 2022.

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

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

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

INFORMACIÓN NACIONAL DE DENGUE TEMPORADA 2022-2023

El período de análisis de esta edición corresponde a la SE 35/2022 de la temporada 2022-2023. Correspondiente al período interbrote, siendo meses no epidémicos. La vigilancia epidemiológica continúa activa a pesar de que la circulación viral cesa a lo largo del país.

Para esta temporada (SE 35/2022), se notificaron 96 casos con sospecha de dengue, de los cuales, el 2% son casos confirmados, el 4% casos probables, el 71% presentó pruebas de laboratorio negativa y el restante se encuentran en estudio.

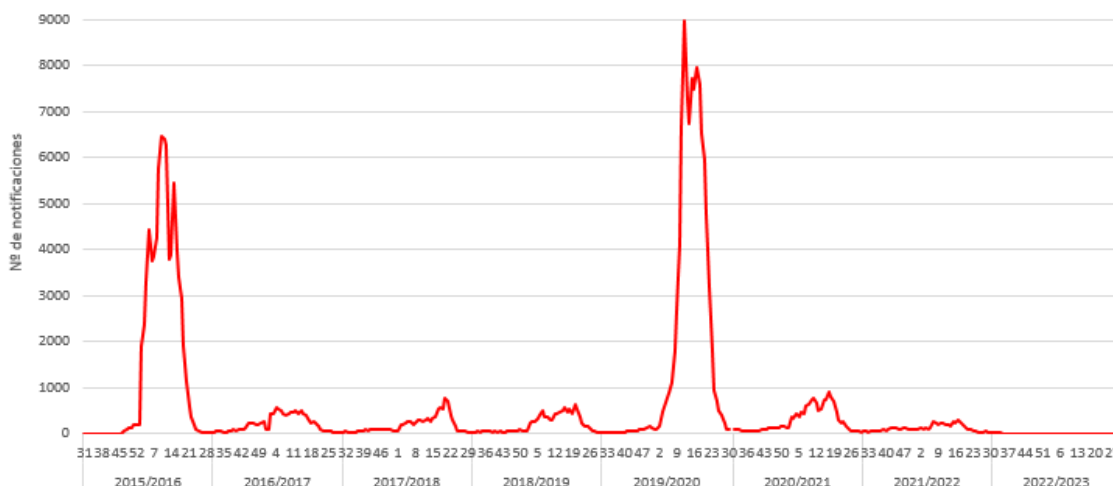
Las notificaciones se registraron en 12 provincias del país: Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, Salta, San Juan, Santa Fe y Tucumán.

Actualmente se registran tres casos confirmados de dengue, ambos con antecedente de viaje al exterior. El primer caso (SE 31) corresponde a una persona con residencia en Corrientes, que registra antecedente de viaje a Colombia. El caso fue estudiado por laboratorio, con serotipo DEN-1. El segundo caso (SE 32) confirmado (sin subtipificar) registra residencia en Provincia de Buenos Aires y presenta antecedente de viaje a Paraguay. No hay registro de casos confirmados autóctonos hasta el momento. El último caso (SE 33) se registró en San Juan, en una persona con antecedente de viaje reciente a Brasil. Además, se registran tres casos probables, (2 en Salta, Fe y uno en Buenos Aires), con pruebas IgM positivas, que se encuentran aún en investigación.

Grafico 20. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para temporadas no epidémicas (2016-2017,2017-2018,2018-2019,2020-2021).Argentina.



Grafico 21. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para todas las temporadas (2015-2016 a SE 35/2023). Argentina.



RESUMEN DE LA TEMPORADA 2021-2022

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

Durante este período, siete localidades presentaron circulación viral. En la provincia de Salta se evidenció circulación en Profesor Salvador Mazza, Tartagal, Aguaray, Santa Victoria Este y Rivadavia. En la provincia de Buenos Aires se registró un brote en varias localidades del partido de La Matanza y en la provincia de Santa Fe en la localidad de Rafaela.

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

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

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

INFORMACIÓN REGIONAL DEL DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE 35

Dengue, Zika y Chikungunya en países limítrofes

Durante el 2022, a SE 35/2022, se registraron en el país, en Bolivia, Paraguay serotipos DEN-1 y DEN-2. Brasil presentó, además, serotipo DEN-3 y DEN-4 hasta la actualidad. Además, se registró también circulación del serotipo DEN-4 en Brasil. Uruguay presenta 7 casos confirmados y Chile no registra casos de dengue.

Tabla 2. Casos totales, confirmados por laboratorio y tasas de incidencia cada 100.000 hab. de dengue. Muertes y tasas de letalidad cada 100mil hab., según país*. SE 01/2022 a 34/2022.

País	Última actualización	Serotipos circulantes	Total casos	Tasa de incidencia	Confirmados laboratorio	Muertes	Letalidad
Brasil	SE 35	DEN 1, 2, 3 y 4	1.910.657	892,86	961.748	774	0,04
Bolivia	SE 27	DEN 1 y 2	8.397	70,96	2.962	5	0,06
Paraguay	SE 31	DEN 1 y 2	4.872	67,48	175	0	0,00
Uruguay	SE 20	-	29	0,83	7	0	0,00
Argentina	SE 32	DEN 1 y 2	815	1,76	815	0	0,00

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

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

El estado de Rio Grande do Sul en Brasil emitió una alerta máxima contra el dengue el día 20 de abril de 2022. A la SE 34/2022 se han confirmado 60.904 casos autóctonos correspondientes a este año y 66 fallecimientos.

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

Tabla 3. Casos confirmados por laboratorio y tasas de incidencia (cada mil hab.) de Fiebre Chikungunya y Enfermedad por virus de Zika según país*. SE 01/2022 a 34/2022.

País	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus de Zika		
	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes
Brasil	SE 32	98.480	53	SE 28	1.855	0
Bolivia	SE 32	11	0	SE 32	3	0
Paraguay	SE 34	145	0	SE 34	0	0
Argentina	SE 34	0	0	SE 34	0	0

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

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

Fiebre Amarilla

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

Situación en Brasil

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

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

En el año 2022 el Estado de Rio Grande Do Sul notificó cuatro casos sospechosos de fiebre amarilla que se concluyeron como descartados. Hasta la SE 02/2022, se ha registrado 267 casos sospechosos de epizootias, ninguno de ellos transcurrido durante el 2022¹⁶.

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

CONCLUSIONES

Desde el inicio de la temporada actual (SE 31/2022 a la fecha), se han registrado tres casos confirmados de dengue, todos con antecedente de viaje y tres casos probables que se encuentran en investigación.

A lo largo del país, no se registra evidencia de circulación viral. Se refuerza en este contexto la importancia de la vigilancia por laboratorio para el cierre de casos mediante pruebas moleculares que permitan determinar la circulación actual del virus en las zonas afectadas.

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

¹⁶ Informativo Epidemiológico de Arbovirosis, Setembro de 2021, SE 40/2021. <https://www.cevs.rs.gov.br/dengue-chikungunya-zika-virus>

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

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

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

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

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

Zonas sin circulación viral y presencia del vector

1. Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:

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

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

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

Zonas CON circulación viral (CONTEXTO DE BROTE)

1. Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:

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

- NO se recolectarán muestras para el diagnóstico etiológico en todos los casos sino solo en una porción de los mismos y con exclusivos fines de vigilancia. Las áreas de “Atención de pacientes”, “Epidemiología” y “Laboratorio” deben coordinar en base a capacidades y magnitud del brote epidémico el porcentaje de pacientes que estudiarán por laboratorio atendiendo dos situaciones:
- Toma de muestras agudas tempranas (0-3 días de evolución preferentemente) para monitorear el serotipo viral circulante y la posible introducción de nuevos serotipos.
- Toma de muestras agudas tardías (de 6 o más días de evolución) para realización de IgM y seguimiento temporal de la duración del brote.

Zonas SIN presencia del vector

Todo caso sospechoso CON antecedentes de viaje:

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

INFORMES ESPECIALES



HUMO DE INCENDIOS FORESTALES Y SALUD

INTRODUCCIÓN

Los incendios forestales, especialmente cuando son descontrolados, constituyen una fuente de contaminación del aire en zonas urbanas y rurales lo que implica riesgos para la salud humana y el ambiente, dado que, si afecta extensas áreas y gran cantidad de población, puede dar origen a un incremento en los ingresos hospitalarios y mortalidad debida a patología respiratoria y cardiovascular. Además, las emisiones de humo afectan la visibilidad, aumentando el riesgo de accidentes, sumado a las pérdidas económicas.

Los principales componentes de las emisiones de incendios forestales son carbonos orgánicos y elementales (que contribuyen a la concentración de partículas), así como gases, incluidos dióxido de carbono, monóxido de carbono, óxidos de nitrógeno, hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAPs) y compuestos orgánicos volátiles (COVs). A medida que los incendios alcanzan la interfaz urbana forestal, es posible que se liberen otras sustancias químicas tóxicas de la quema de elementos de uso doméstico o industrial, por lo que la composición del humo puede variar. El clima y las condiciones atmosféricas impactan en la dispersión de los contaminantes desde el lugar del incendio modificando la exposición de la población. Además, las partículas de alta superficie presentes en el humo pueden adsorber otros compuestos tóxicos. Los componentes primarios del humo de los incendios forestales también son capaces de reaccionar en la atmósfera incrementando la formación de contaminantes secundarios como el ozono. Un componente muy importante del humo de los incendios forestales es el material particulado (PM), siendo el PM 2,5 el que mayor impacto tiene en la salud y mortalidad de la población. Existe una estrecha relación cuantitativa entre la exposición a altas concentraciones de pequeñas partículas (especialmente PM_{2,5}) y el aumento de la morbilidad y mortalidad por afecciones pulmonares (agudas y crónicas, especialmente en menores de 5 años), cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y cáncer de pulmón.

Otro efecto significativo de los incendios forestales a tener en cuenta corresponde al impacto en la salud mental y el bienestar psicosocial.

La población infantil, las personas embarazadas y los adultos mayores son más susceptibles a los efectos en la salud del humo y las cenizas, así como también las personas con enfermedades respiratorias o cardíacas preexistentes. Existen otros grupos susceptibles debido a una mayor exposición, como son las personas que trabajan en ambientes exteriores, bomberos y personal de salas de emergencias.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS EVENTOS RELACIONADOS

Es importante tener presente en la evaluación de los efectos en la salud, el nivel y la duración de la exposición, así como la susceptibilidad de las personas afectadas.

El sistema de vigilancia para monitorear enfermedades respiratorias es un componente importante del plan de salud pública destinado a afrontar la exposición relacionada con estos eventos. El análisis de las notificaciones de ETI, Neumonías y bronquiolitis es de utilidad para detectar cambios en los patrones de ocurrencia en presencia de humo de incendios forestales. También es de mucha utilidad implementar una vigilancia en los servicios de emergencia y egresos hospitalarios por episodios cardiovasculares agudos en pacientes con o sin enfermedad previa.

POSIBLES EFECTOS AGUDOS PARA LA SALUD DE LOS INCENDIOS FORESTALES

- Quemaduras y lesiones
- Irritación ocular y de la vía aérea superior e inferior
- Dificultad respiratoria
- Exacerbación del asma y otras enfermedades pulmonares crónicas
- Exacerbación de enfermedades cardiovasculares, como insuficiencia cardíaca.

EFECTOS A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO

En relación con los efectos en la salud de la población a mediano y largo plazo, la OMS considera la vigilancia de cinco enfermedades relacionadas con la exposición a contaminantes presentes en el aire (especialmente PM 2.5):

- Infecciones respiratorias bajas
- Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
- Cardiopatía isquémica
- Accidente cerebrovascular
- Cáncer de pulmón

Se recomienda consultar al servicio de salud más próximo ante la aparición de síntomas.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA LA COMUNIDAD (EPA2019)

En áreas donde el público experimenta humo de incendios forestales, se debe brindar asesoramiento sobre estrategias para limitar la exposición, que incluyen permanecer en el interior; limitar la actividad física; reducir las fuentes de contaminación del aire interior; usar acondicionadores de aire y filtros o limpiadores de aire de manera efectiva; crear refugios de aire más limpio; y usar protección respiratoria apropiadamente.

El consejo más común durante un episodio de humo es permanecer en el interior.

Mantener las ventanas y las rejillas de ventilación cerradas y si dispone de aire acondicionado, puede utilizarlo en modo “ventilación” o “recirculación”.

El uso de mascarillas adecuadas que se ajusten bien a la cara puede ayudar a reducir la exposición personal al humo y las cenizas de los incendios forestales, especialmente aquellas personas que deben permanecer al aire libre durante períodos prolongados debido al trabajo u otros factores

Los niveles de humo pueden variar a lo largo del día, por lo que las personas pueden planificar los viajes necesarios al aire libre durante los momentos en que el aire está menos lleno de humo o minimizar su tiempo en las áreas afectadas por el humo. Las herramientas de divulgación y pronóstico del humo pueden ayudar a las personas a tomar decisiones sobre cuándo y dónde pueden ir para minimizar su exposición al humo. Si los niveles de humo son especialmente altos, se recomienda la suspensión de actividades que incrementen la exposición de las personas al humo.

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA



VIGILANCIA DE RUMORES A NIVEL NACIONAL MEDIANTE EIOS

Los eventos recientes e históricos, como la pandemia de COVID-19, de influenza, el SARS o el Ébola muestran que los brotes originados a nivel local y regional pueden escalar de manera rápida hacia riesgos para la seguridad sanitaria mundial, produciendo un impacto significativo tanto en la salud humana, animal o ambiental, como en las economías, y desafiando la infraestructura de salud pública¹⁷.

La vigilancia de eventos tiene como objetivo detectar tempranamente los eventos de salud pública que requieren investigación y respuesta rápida, para asegurar que los eventos de todos los orígenes se detectan y controlan rápidamente (mecanismo de alerta temprana y respuesta)¹⁸. La disponibilidad de información a través de internet y su crecimiento exponencial actual proporcionan nuevas posibilidades para incorporar esta fuente de información en el mecanismo de alerta temprana y respuesta (**vigilancia de rumores**)¹⁶.

La Dirección de Epidemiología realiza esta actividad a nivel nacional utilizando el sistema EIOS, complementándolo con la revisión de otras fuentes oficiales y no oficiales.

El proceso de trabajo incluye la detección de señales, triage para la clasificación, verificación, evaluación de riesgo y comunicación para que pueda llevarse a cabo la implementación de medidas de intervención de manera oportuna si fuera necesario.

Criterios para el triage

- Eventos con potencial impacto para la salud pública
- Eventos con riesgo de propagación nacional e internacional
- Eventos inusitados o imprevistos
- Eventos con potencial impacto en turismo y comercio
- Eventos con gran repercusión en los medios
- Eventos bajo compromiso internacional

¹⁷ Fontaine, J., Peron, E., Schnitzler, J., y Abdelmalik, P. (2019). Una colaboración para armonizar y estandarizar la Inteligencia Epidémica en las organizaciones. Organización Mundial de la Salud.

¹⁸ Organización Mundial de la Salud. (2015). Detección temprana, evaluación y respuesta ante eventos agudos de salud pública: Puesta en marcha de un mecanismo de alerta temprana y respuesta con énfasis en la vigilancia basada en eventos. Obtenido de https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4es.pdf

VIGILANCIA DE RUMORES EN AGOSTO 2022

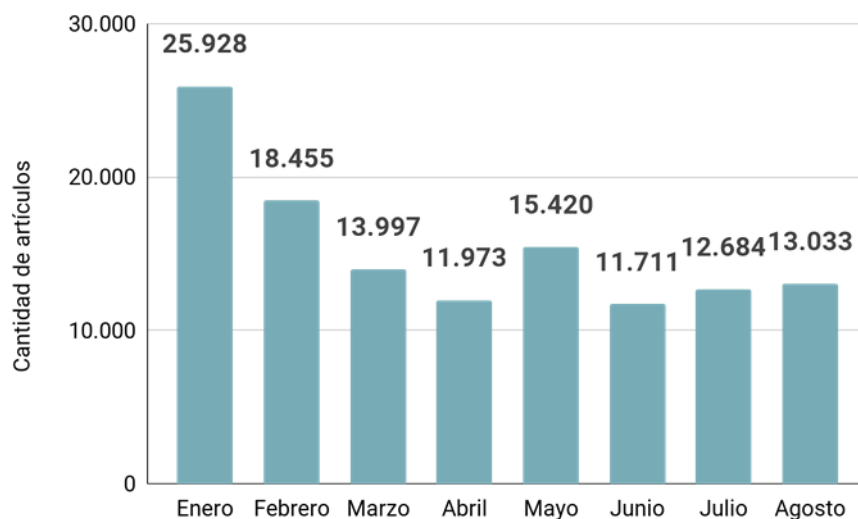
339

Fuentes en el sistema EIOS

66

Sitios oficiales de Argentina y países limítrofes

Gráfico 1. Tablero EIOS: Noticias de Argentina captadas por mes del año 2022



Fuente: Elaboración propia en base a noticias detectadas por el EIOS en el tablero de Argentina.

13.033

Noticias argentinas del tablero EIOS captadas en agosto

29

Artículos seleccionados del sistema EIOS y otras fuentes

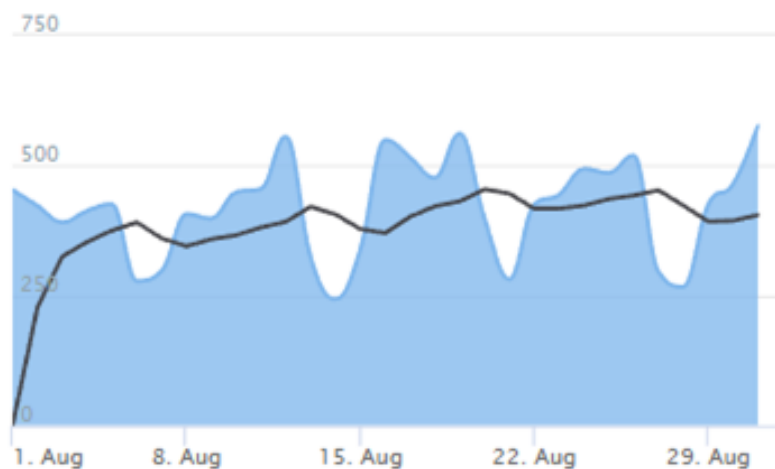
405

Promedio diario de artículos

1

Tablero del sistema EIOS utilizado (de noticias de Argentina)

Gráfico 2. Cantidad de artículos de Argentina captados según la fecha de importación al sistema EIOS y media móvil de artículos. Agosto 2022



Fuente: Elaboración propia en base a noticias detectadas por el EIOS.

44,8%

Rumores de Argentina (n=13)

55,8%

Rumores internacionales (n=16)

72,4%

Rumores con clasificación "Infeccioso" (n=21)

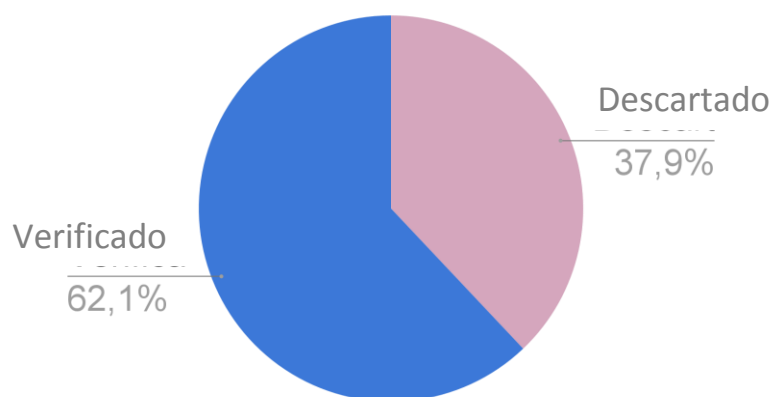
6,9%

Rumores con clasificación "Riesgos químicos/Radiológicos" (n=2)

20,7

Rumores con clasificación "Otros" (n=6)

Gráfico 3. Verificación de los rumores



Fuente: Elaboración propia.

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

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



**Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de ENOs
2022**

Actualización 25/08/2022

*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina