



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLOGICA

40

NÚMERO 622
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
EVENTOS PRIORIZADOS	9
Vigilancia de Infecciones respiratorias agudas	10
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	31
INFORME ESPECIAL	38
Caracterización de virus influenza en el laboratorio nacional de referencia, INEI ANLIS-Carlos Malbrán	39
Resurgimiento de Cólera en Haití: recomendaciones para la vigilancia en Argentina	42
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA	47
Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria	48

STAFF

Dirección de Epidemiología

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

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

- Colaboró con el Informe *viruela símica*: Adrián Lewis¹
- Colaboraron con el Informe sobre dengue y otros arbovirus: Cintia Fabbri, Alejandra Morales y Victoria Luppó²
- Realizaron el Informe especial de caracterización de virus Influenza por el laboratorio nacional de referencia: Elsa Baumeister, Andrea Pontoriero, Estefanía Benedetti, Martín Avaro, Mara Russo, María Elena Dattero, Fabián Pardón, Ariana Chamorro, Ana María Campos, Erika Macías y Fernando Lires³
- Colaboró con el Informe especial Resurgimiento de Cólera en Haití: recomendaciones para la vigilancia en Argentina María Rosa Viñas⁴

Imagen de tapa: Campaña de vacunación COVID-19 en Jujuy aportada por Fabiana Vacca, directora provincial de Epidemiología.

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

¹ Servicio de Microscopía Electrónica, LNR Viruela símica, INEI-ANLIS)

² Laboratorio Nacional de Referencia de dengue y otros arbovirus, INEVH-ANLIS.

³ Servicio de Virosis Respiratorias, LNR Influenza y otros virus respiratorios, (INEI ANLIS)

⁴ Servicio de Enterobacterias, LNR de Cólera, INEI-ANLIS.

SITUACIONES EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES



VIRUELA SÍMICA

SITUACIÓN NACIONAL AL 11/10/2022

524

0

Casos confirmados reportados

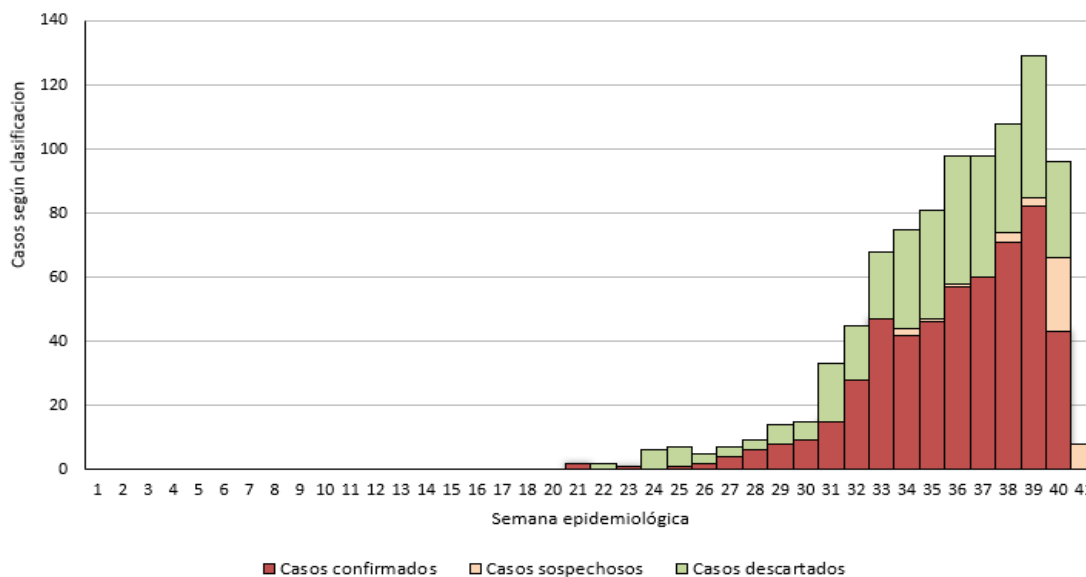
Personas fallecidas en el país

- ✓ Hasta el 11 de octubre se confirmaron 524 casos en Argentina.
- ✓ Desde la semana 30 a la 39 el aumento intersemanal promedio fue del 10%
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 35 años con un mínimo de 18 años y un máximo de 61 años.
- ✓ El 99,5% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino (cinco corresponden a sexo legal femenino, tres de género trans y dos de género cis).
- ✓ A la fecha no se han registrado casos graves ni fallecidos.
- ✓ Se han notificado casos confirmados en 14 jurisdicciones y sospechosos en 19.
- ✓ Los casos siguen concentrados en la región Centro, en grandes conglomerados urbanos (más del 67% de los casos confirmados se registraron en residentes de la CABA y junto con las provincias de Buenos Aires y Córdoba, concentran el 94,3% de los casos).
- ✓ Hasta el momento la población más afectada continúa siendo la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres y con relaciones sexuales con múltiples parejas sexuales.

Tabla 1. Notificaciones de viruela símica según clasificación y provincia de residencia. Argentina. Actualizada al 11-10-22.

Provincia de residencia	Confirmado	F.R. Confirmados	Sospechoso	Descartado	Total	F.A. Sospechosos
CABA	355	67,7	25	160	540	59,21
Buenos Aires	127	92	15	142	284	90,35
Córdoba	12	94,3	2	9	23	92,87
Santa Fe	8	95,8	1	8	17	94,74
Tierra del Fuego	7	97,1		2	9	95,72
Neuquén	3	97,7		2	5	96,27
Río Negro	3	98,3		1	4	96,71
Mendoza	2	98,7		3	5	97,26
Santa Cruz	2	99			2	97,48
Chubut	1	99,2		2	3	97,81
Corrientes	1	99,4		1	2	98,03
Salta	1	99,6			1	98,14
San Juan	1	99,8	1	2	4	98,57
Tucumán	1	100			1	98,68
Chaco				3	3	99,01
Entre Ríos			1		1	99,12
Formosa			1	3	4	99,56
Jujuy				3	3	99,89
La Pampa				1	1	100
Total	524		46	342	912	

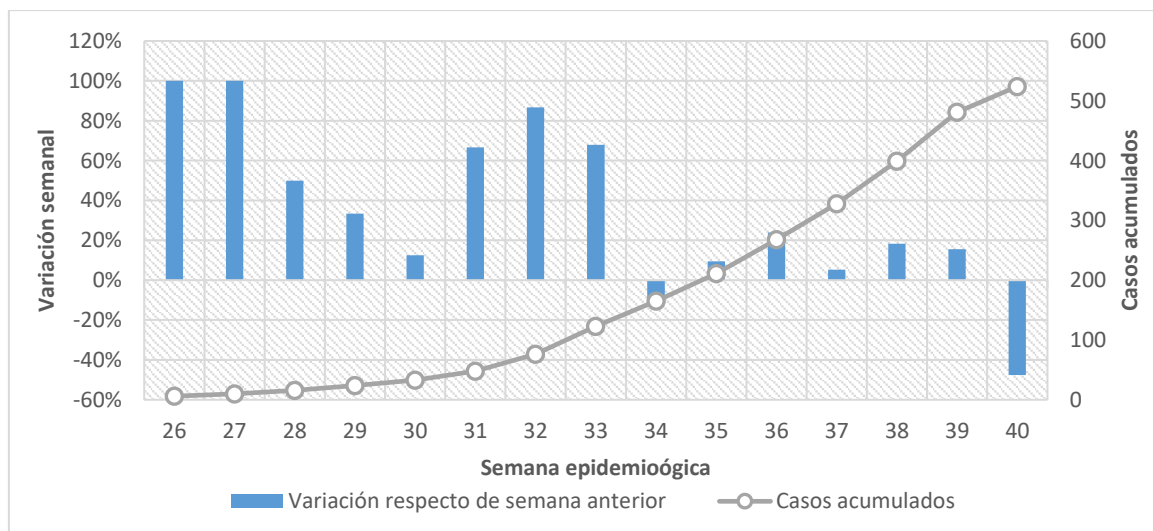
Gráfico 1. Casos notificados de viruela símica por semana epidemiológica de inicio de síntomas según clasificación. Argentina. SE1 a SE40 (41 parcial).



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

Los casos han aumentado de forma paulatina hasta la semana 30, entre la semana 30 y 33 aumentaron en mayor proporción y a partir de la semana 33 vuelven a aumentar de forma paulatina -un 10% promedio de aumento intersemanal- hasta la semana 39. En la semana 40 se registra un menor número de casos que en la semana anterior⁵.

Gráfico 2. Variación respecto de la semana anterior y casos acumulados por semana epidemiológica. SE26 a SE40 (41 parcial).

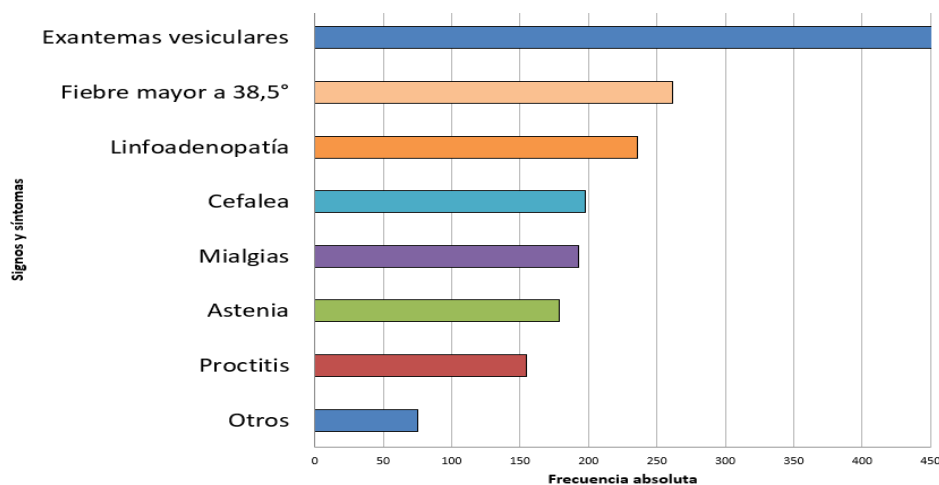


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS^{2.0}

⁵ Esta semana puede variar en la medida en que se confirmen o descarten los casos sospechosos que aún quedan por estudiar de esa semana.

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

Gráfico 2. Viruela símica: frecuencia absoluta de signos y síntomas en casos confirmados (n=524)

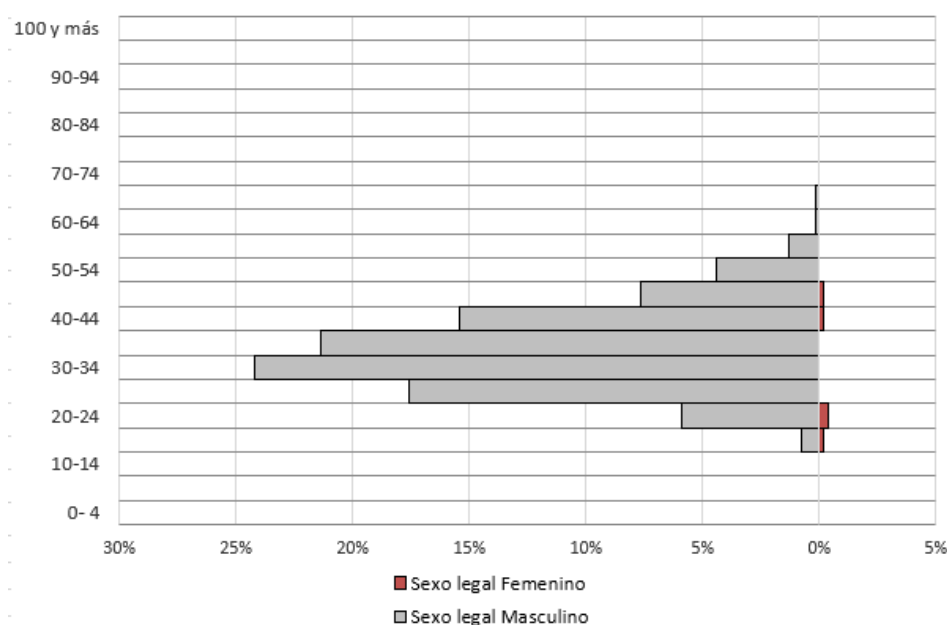


No se han registrado casos graves hasta el momento, sin embargo, ciertas poblaciones tienen mayor riesgo de presentar formas graves, como (niños pequeños, personas gestantes y personas inmunodeprimidas).

El 99,5% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino y solo cinco tienen registrado sexo legal femenino (tres mujeres de género trans y dos mujeres de género cis).

La mediana de edad es de 35 años, con un mínimo de 18 años y un máximo de 61 años.

Gráfico 3. Viruela símica: Distribución por grupo de edad y sexo legal registrado. Argentina. SE20 hasta el 11/10/2022



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

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

De los 480 casos confirmados hasta el momento 56 refieren antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas. De los casos restantes, se cuenta con información disponible para 298 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

71.204

Casos confirmados reportados a OMS

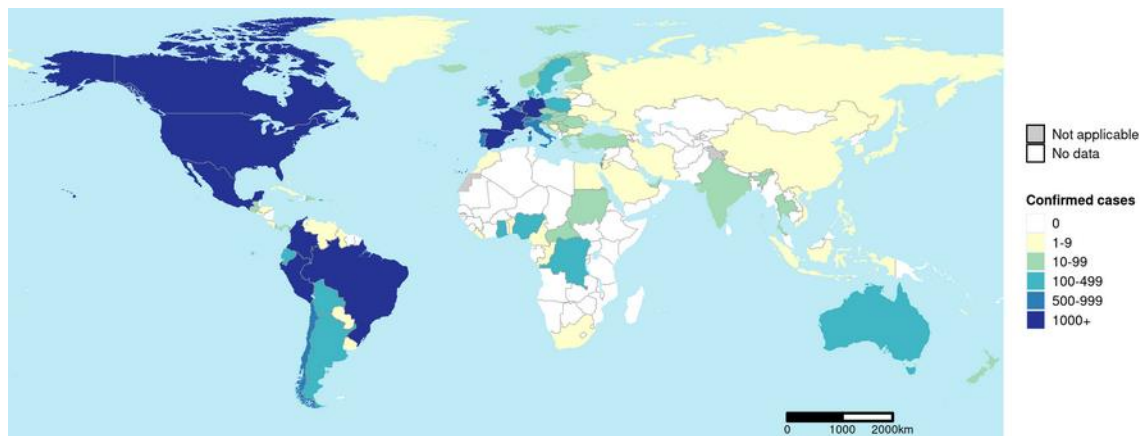
108

Países afectados

26

Personas fallecidas reportadas a OMS

Mapa 1. Distribución geográfica de casos de viruela símica reportados a OMS entre el 01/01 y el 11/10.



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

Tabla 2. Viruela símica: Casos notificados y fallecidos por Región de la OMS, al 11-10-22.

Región	Casos	Fallecidos
Región de África	737	13
Región de las Américas	45.262	7
Región del Mediterráneo Oriental	67	1
Región de Europa	24.926	4
Región del Sudeste Asiático	23	1
Región del Pacífico Occidental	189	0

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

Desde el 1 de enero hasta el 4 de octubre de 2022, se han registrado 71.204 casos de viruela símica confirmados por laboratorio en 108 países/territorios/área y 26 muertes distribuidas en cinco de las seis Regiones de la OMS.

El número de casos nuevos informados semanalmente en todo el mundo ha disminuido en un 16,8% en la semana 39; 26 países informaron un aumento en el número semanal de casos, con el mayor aumento informado en Nigeria; 39 países no han informado nuevos casos en los últimos 21 días.

El 86.6% de los casos se concentran en 10 países (Estados Unidos, Brasil, España, Francia, Reino Unido, Alemania, Perú, Colombia, México y Canadá).

Los siete casos fallecidos en la Región de las Américas se presentaron en Brasil (3), EE.UU (2), Ecuador (1) y Cuba (1).

El 97,1% de los casos con datos disponibles son de sexo masculino, la mediana de edad es de 35 años.

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

Entre los casos con orientación sexual reportados, el 88% (18.262/20.761) se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y entre ellos, el 4,8% se identificaron como bisexuales.

De todos los escenarios probables de transmisión, los encuentros sexuales fueron los más comúnmente reportados, con 12.008 de 16.700 (71,9%) de todos los eventos de transmisión reportados.

Entre los casos mundiales con estado de VIH conocido, el 48,1% (10.883/22.630) corresponden a casos VIH positivos. Se debe tener en cuenta que la información sobre el estado del VIH no está disponible para la mayoría de los casos, y para aquellos para los que está disponible, es probable que esté sesgada hacia aquellos que informan resultados positivos del VIH.

El entorno de exposición más frecuente reportado a nivel mundial es el de fiestas con contactos sexuales (registrado en el 46,8% de los casos con datos para este indicador).

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](#).

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 riesgo⁶
- 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}.

⁶ 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 39/2022

2.935

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana 39.

40

Fallecidos fueron informados en la semana 39. De estos, 6 ocurrieron en dicha semana.

4,27%

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

36,73%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio⁷.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 39/2022

- ✓ Entre la SE01-38 de 2022 se registraron 874.996 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 140.465 casos de Neumonía, 166.207 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 28.095 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ La positividad calculada para el periodo SE16- SE39 de 2022 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio para SARS-CoV-2, influenza y VSR entre las muestras analizadas por rt-PCR es de 24,16%, 10,49% y 4,98%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, asciende para influenza y VSR.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE 23-39 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 14,64%, 9,68% y 34,20%, respectivamente. Se observa un descenso de la positividad para influenza y VSR, en comparación con la semana previa.
- ✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de influenza, VSR, parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus.
- ✓ Hasta la SE 39 de 2022 se registraron 102 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

9.711.355

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 01 de octubre de 2022.

129.937

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 01 de octubre de 2022.

⁷ Las muestras registradas en las últimas semanas son escasas y esto debe considerarse para la interpretación de los resultados

88,1%

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

47,2%

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

100%

De los casos investigados en vigilancia genómica de SARS CoV-2 entre la SE16 y SE 33 corresponden a variante Ómicron en todas las regiones del país. Entre la SE24 y SE34 se observa que BA.4 y BA.5 se encuentran en ascenso mientras que la proporción de BA.2 disminuye.

71,6%

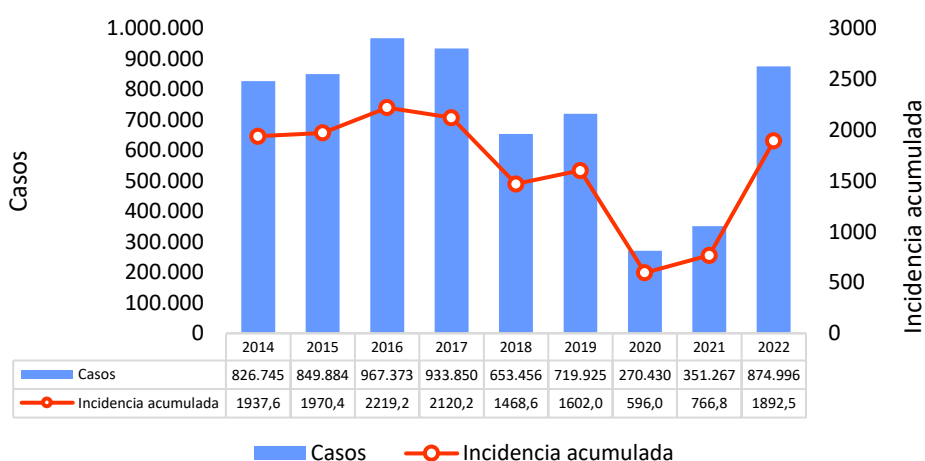
Es la cobertura del primer refuerzo en el grupo de 50 y más años.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En las 38 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 874.996 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1892,5 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 38 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 38 – Año 2014-2022 Argentina.



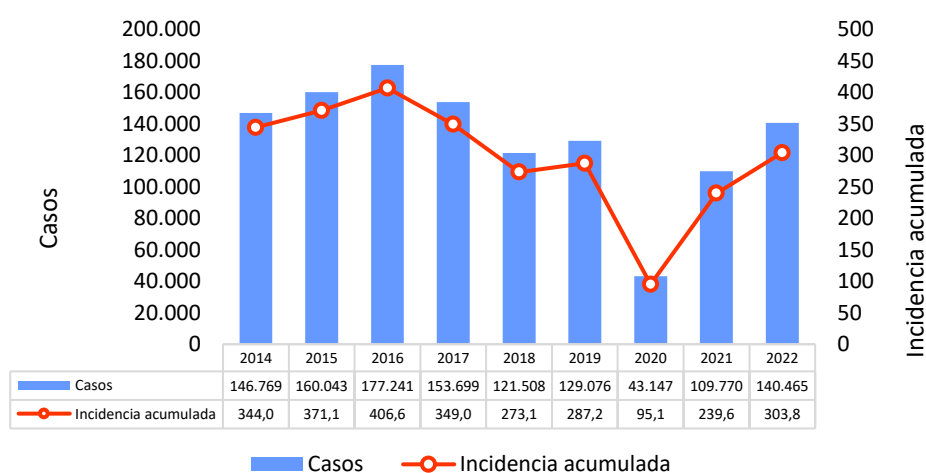
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

En las 38 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 140.465 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 303,8 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 38 semanas de los últimos nueve años se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron 2015 y 2016. En la presente temporada se verifica también un aumento en el número de casos, superando el registrado en los últimos 4 años para el mismo período.

Gráfico 2: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a SE38 – 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}

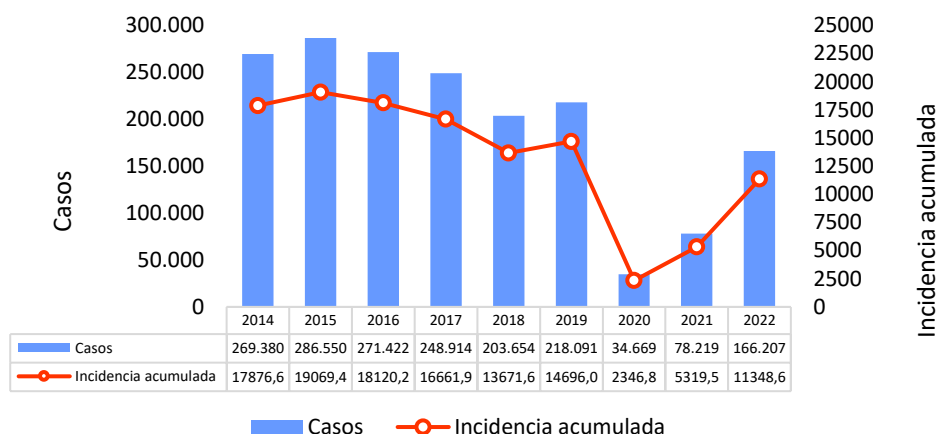
BRONQUIOLITIS

En las 38 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 166.207 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 11348,6 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 38 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 38 – 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 SE39 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 8.924, 5.128 y 4.240 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente. El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 por PCR se mantuvo en valores inferiores al 10% hasta la SE19, llegó a un 33,04% en SE24, a partir de la cual -si bien con fluctuaciones- se mantuvo entre 26,06 % y 36,98% (en sus valores mínimo y máximo) hasta la SE31, descendiendo a 4,27% en la SE 39. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE16-17, con valores por debajo de 10% hasta SE35. A partir de SE36 se registra un ascenso en la positividad para influenza, siendo de 36,73% en la SE39. El porcentaje de positividad para VSR se mantuvo en valores por debajo del 10% con oscilaciones entre 1,70% y 8,71%, situándose en 3,13% en la SE39.

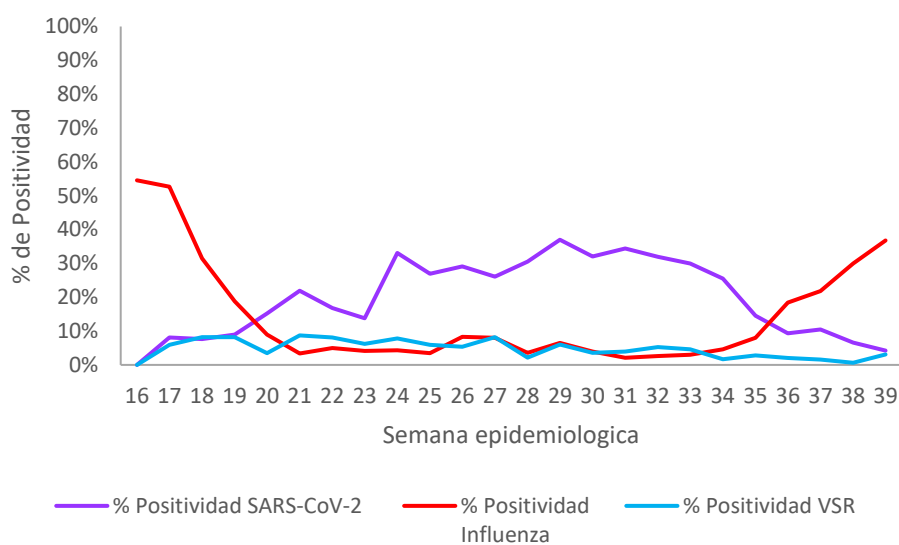
⁹ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las bronquiolitis en casos ambulatorios registradas con modalidad 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 – SE16-39 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.¹⁰

	Última semana			SE16 – SE39		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	1.346	60	4,46%	85.074	25.900	30,44%
SARS-CoV-2 por PCR	164	7	4,27%	8.924	2.156	24,16%
Influenza	98	36	36,73%	5.128	538	10,49%
VSR	96	3	3,13%	4.240	211	4,98%

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 – SE16-39 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.

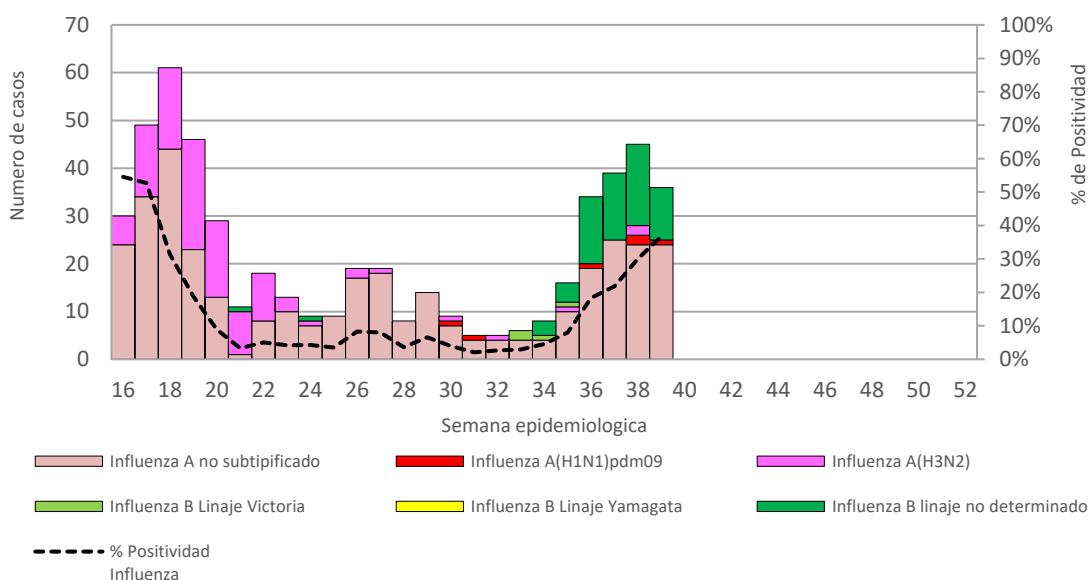
En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=538), 469 (87,17%) fueron positivas para Influenza A y 69 (12,83%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 114 muestras cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A (H3N2) (n=108) e Influenza A (H1N1) pdm09

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

(n=6). Como puede observarse en el Gráfico desde el comienzo de la implementación de UMAs y hasta la SE29 se registró circulación de A (H3N2). A partir de la SE30 se registraron 6 casos de A (H1N1). Entre las SE33-39 nuevamente se registran casos de virus influenza B, de los cuales 4 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 65 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje.

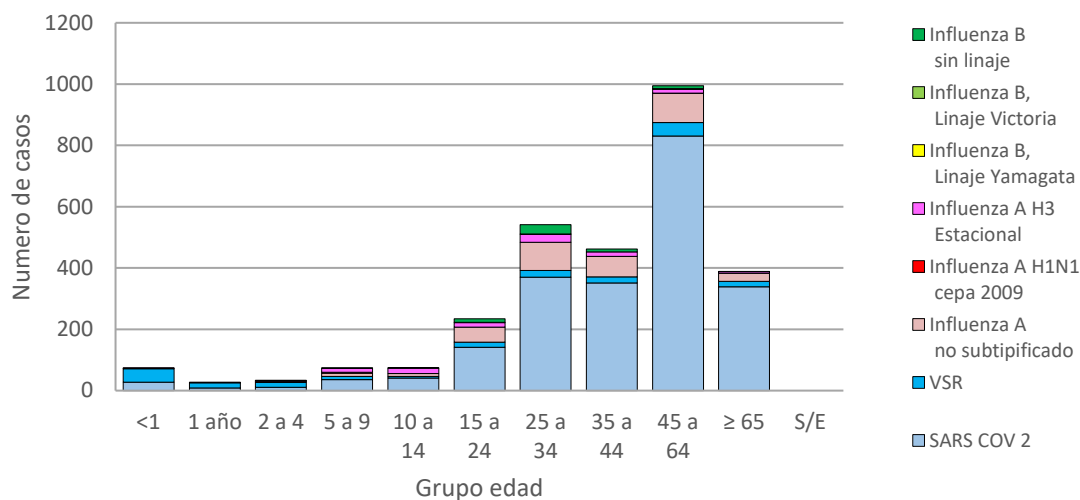
Gráfico 5. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-39 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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 39 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

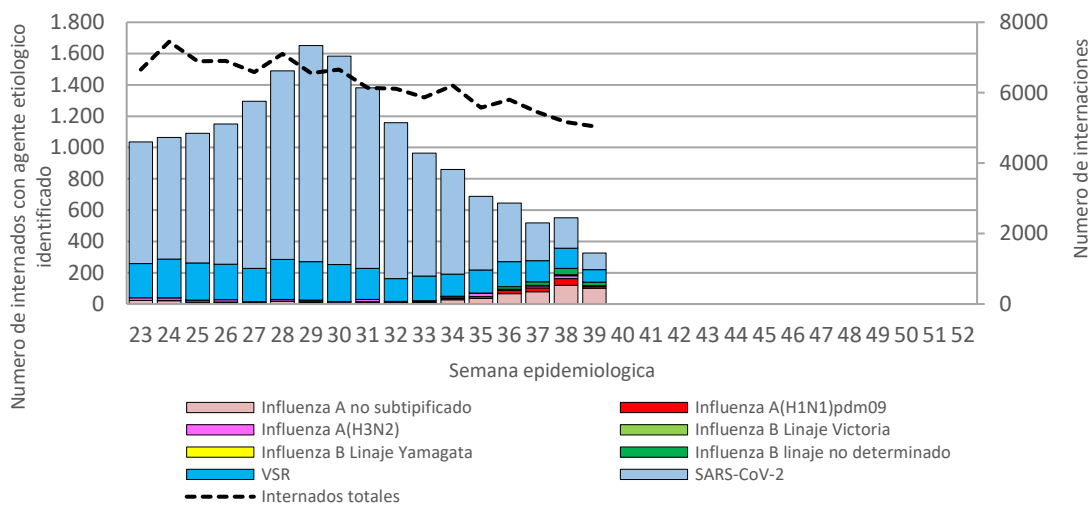
Entre la SE23-39, se notificaron 90.582 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 13.259 fueron positivas (porcentaje de positividad 14,64%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 10.623 muestras para virus influenza con 1.028 detecciones positivas (porcentaje de positividad 9,68%). De las mismas 899 fueron influenza A y 129 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 327 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 188 (57,49 %) son influenza A (H3N2) y 139 (42,50%) son influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 114 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 15 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 9.265 muestras estudiadas para VSR registrándose 3.169 con resultado positivo (porcentaje de positividad 34,20%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS 2.0 en SE 39 desciende respecto a la semana previa (variación de - 0,023%).

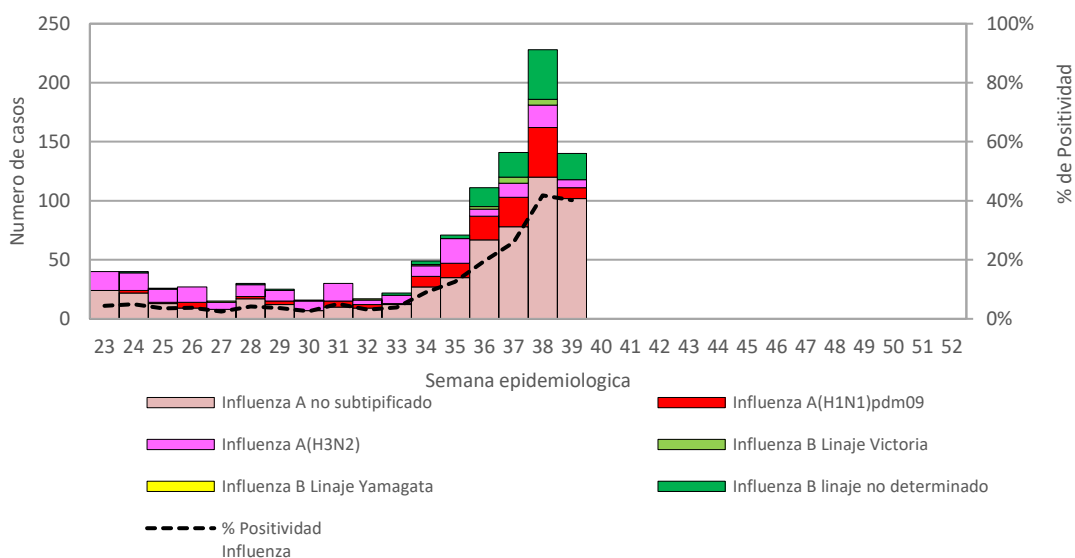
Gráfico 7. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23-39 Año 2022



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

En relación a la distribución temporal de virus influenza en casos hospitalizados, desde el inicio de la estrategia se registran casos de influenza A (H3N2) y A (H1N1). En relación a los virus influenza B, se identifican casos aislados de influenza B sin linaje hasta SE33, a partir de SE34 se observa un mayor número de detecciones positivas. Entre las SE23-34 el porcentaje de positividad para influenza en el grupo analizado se mantiene menor al 10%, a partir de SE35 se observa un ascenso situándose en 40,22% en SE39.

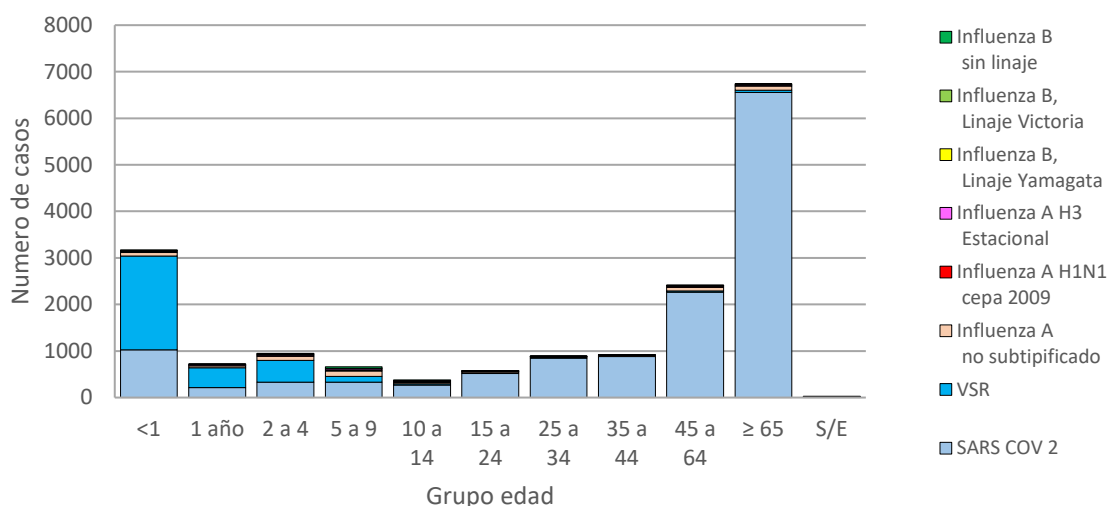
Gráfico 8. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE16-39 Año 2022. Argentina.



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 SE23-39 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}.

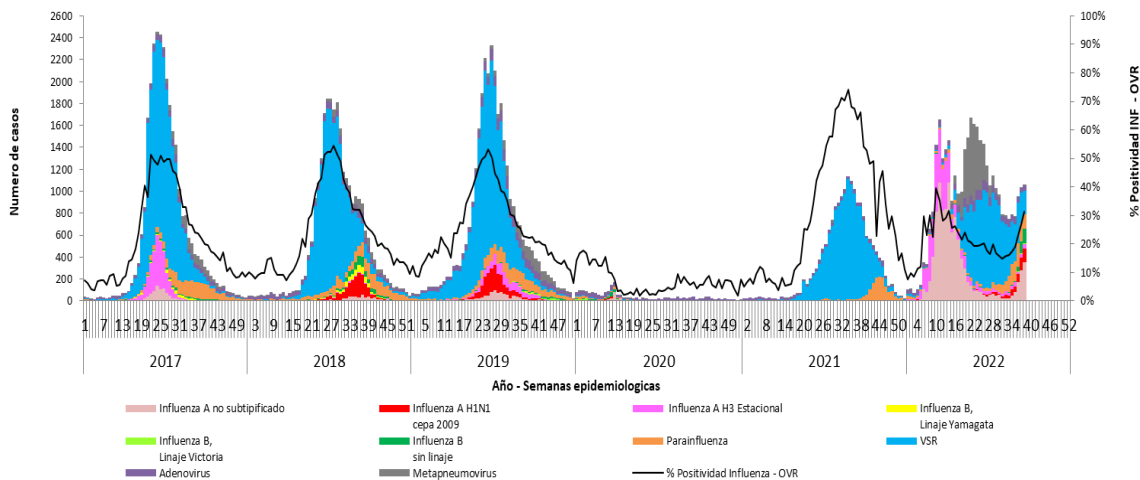
Hasta la SE 39 de 2022, se registraron 102 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

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.

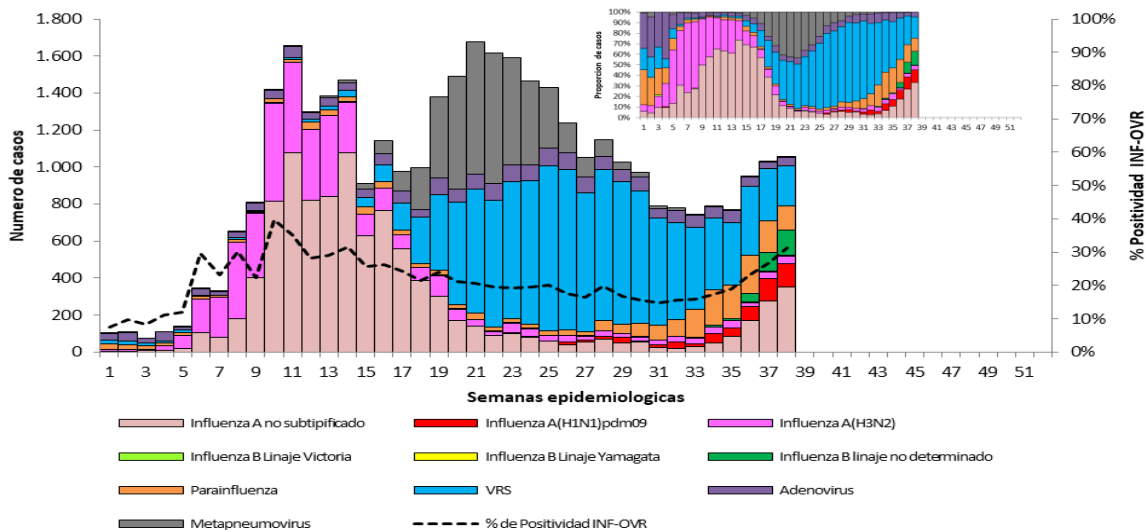
Gráfico 10. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2021. SE01-SE38 2022



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 SE38 se detecta circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: influenza, VSR, parainfluenza, 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 entre las SE34-38.

Gráfico 11. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01- SE38 de 2022. Argentina. (n=36.910)



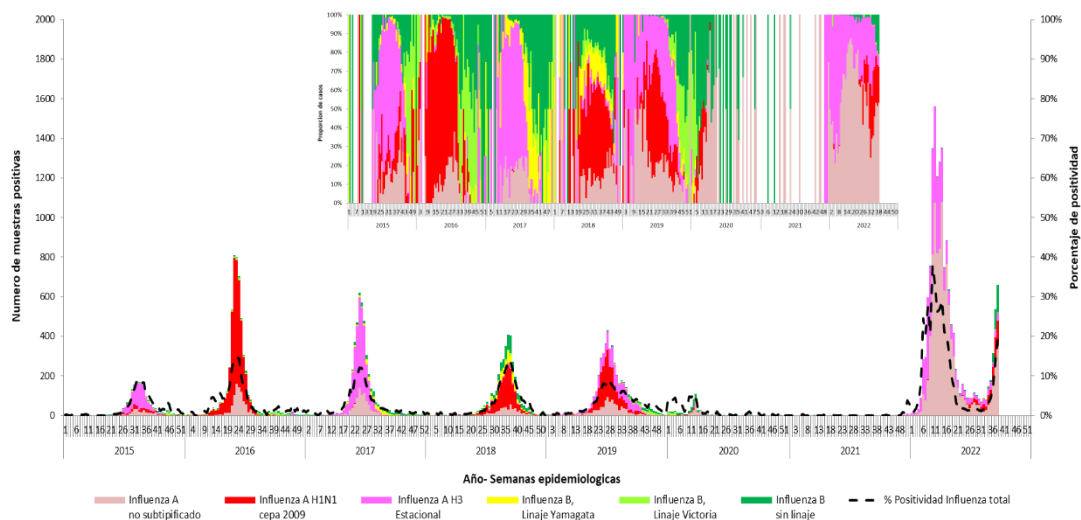
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

A partir de las últimas semanas del año 2021 y entre las SE 03-14 del año 2022 se registra un importante aumento en el número de casos de virus influenza a expensas de Influenza A (H3N2) con un descenso posterior a partir de la SE16 pero con una circulación ininterrumpida. A partir de SE34, 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 tanto la detección de casos de Influenza A (H1N1) como de influenza B sin linaje.

Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados la proporción de positividad para influenza se sitúa en 19,65% durante la SE38.

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 SE38 de 2022. Argentina.



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

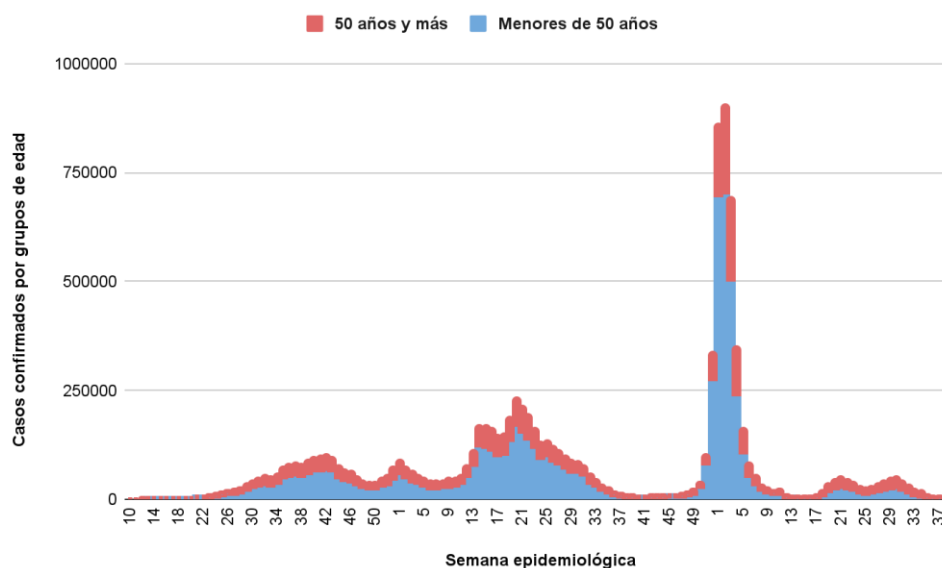
VIGILANCIA DE COVID-19

En Argentina, durante la SE 39 se confirmaron 2.935 casos de Covid-19 y 40 fallecimientos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Desde el inicio de la pandemia hasta el 01 de octubre de 2022, se notificaron 9.711.355 casos confirmados de Covid-19 y 129.937 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 de 32% durante la SE 38 en relación a la semana previa (1.436 casos menos) según datos notificados a la SE 39.

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.

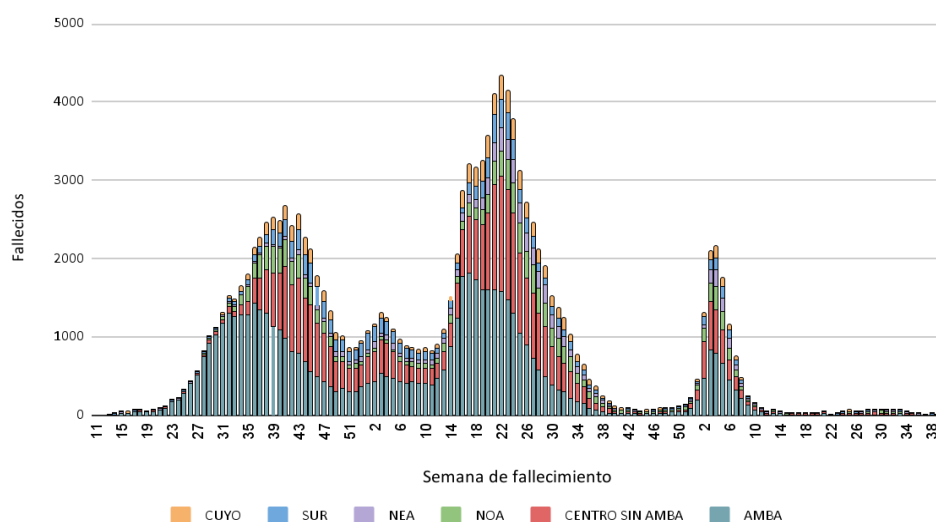
Gráfico 13. Casos confirmados por semana epidemiológica¹³ según grupo de edad. SE 10/2020 - SE 39/2022, Argentina



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

En cuanto a los fallecimientos, según las notificaciones realizadas a la SE 39, en la SE 38 se produjeron 25 muertes, aumento de 25% (n=5) respecto a la semana previa. 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 39/2022, Argentina según regiones.

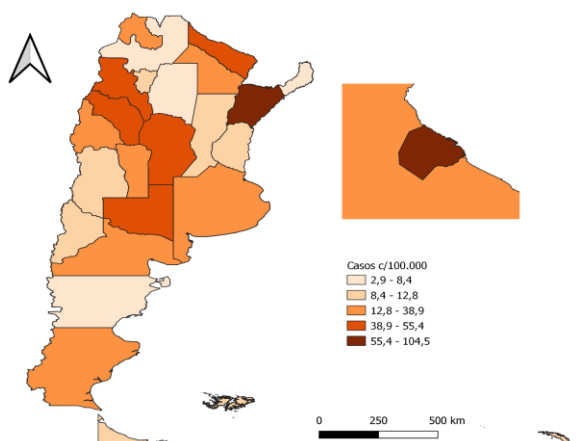


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS^{2.0}.

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 36 a SE 39/2022) fue de 34,07 casos por cada 100.000 habitantes. Las jurisdicciones que presentaron las tasas más elevadas fueron Corrientes y CABA (Mapa 3).

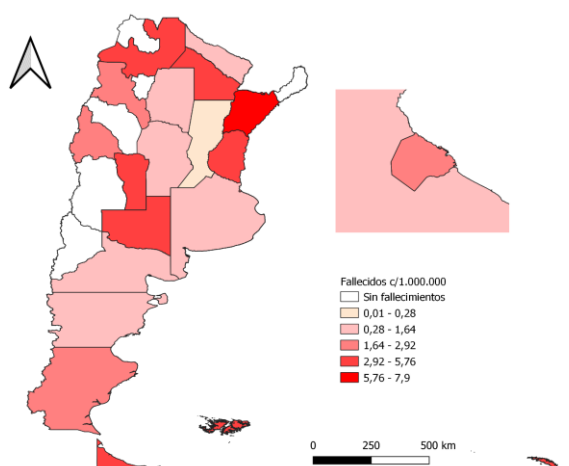
Mapa 1. Incidencia de COVID-19 en población general cada 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 36 a 39/2022, Argentina. N=15.749.



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 1,82 fallecidos por cada millón de habitantes considerando el período comprendido en las últimas 4 semanas (SE36 a 39). Las provincias con las mayores tasas para el período fueron Corrientes, San Luis y Tierra del Fuego.

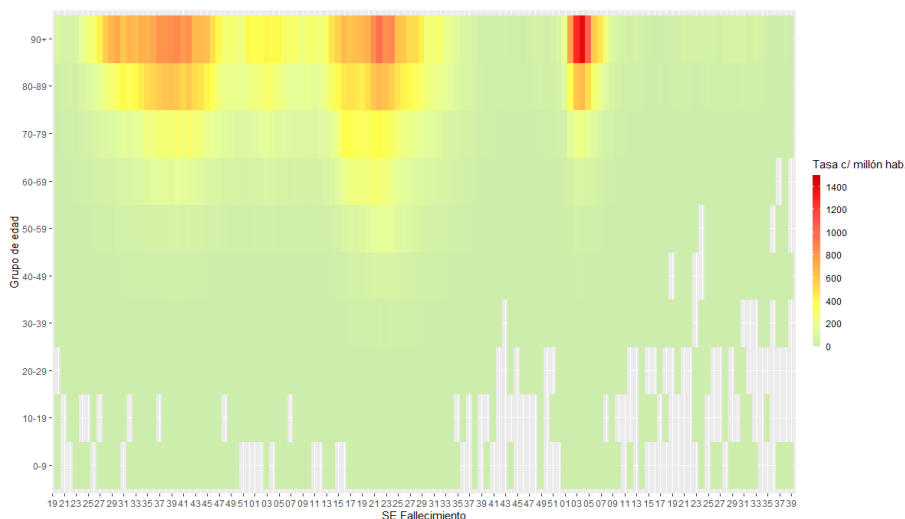
Mapa 2. Tasa de mortalidad acumulada en las últimas dos semanas por 1.000.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 36 a 39/2022, Argentina. N=84.



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 por grupos decenales de edad 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. También se observa (graficado en gris) una mayor cantidad de SE sin casos fallecidos en los grupos de edad menores de 50 años.

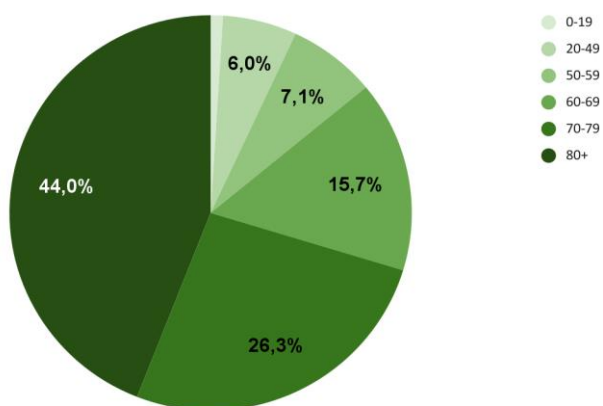
Gráfico 15. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/20 a 39/22.



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 39/22. N=12.274*



*Nota: Se excluyen 4 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 - 04/10/22 SE 39.](#)

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 SE34 la proporción de BA.4, BA.5 y Omicron compatible con BA.4/BA.5 es de 22,22%, 29,17% y 37,50%. 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 23,19%, 30,43% y 39,13%. En base a la información registrada a la fecha, no se identificaron detecciones positivas para Omicron BA.2 en la SE34.

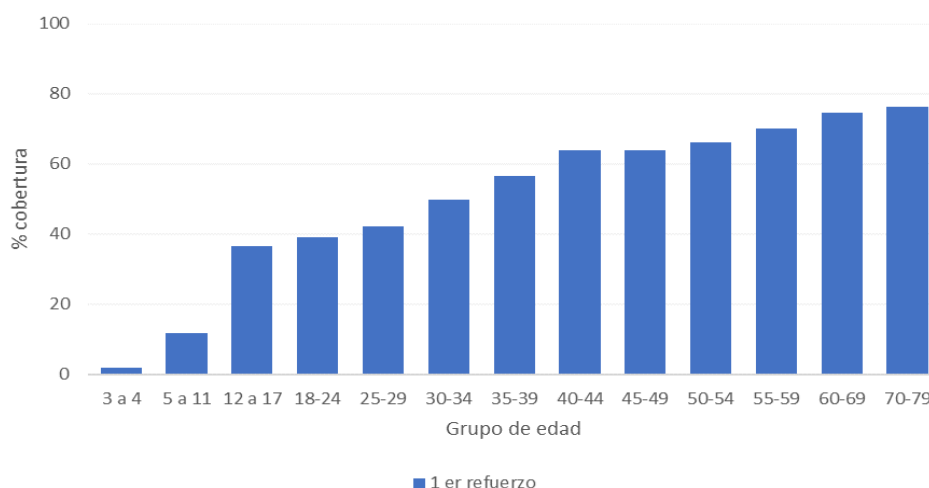
En relación al resto de las variantes del virus, en SE 4 y SE 15 del 2022, se informaron 2 casos de variante Lambda, sin identificación de casos adicionales a la fecha.

Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 04/10/22 SE 39](#) y el [Informe de Vigilancia Genómica SE 35](#).

INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas para el primer refuerzo, el 47,2% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 58,6% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es del 71,6%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años la cobertura alcanzó el 36,8%, en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 12,1% y en el grupo de 3 a 4 años (incorporado en la SE 31) la cobertura es del 2%.

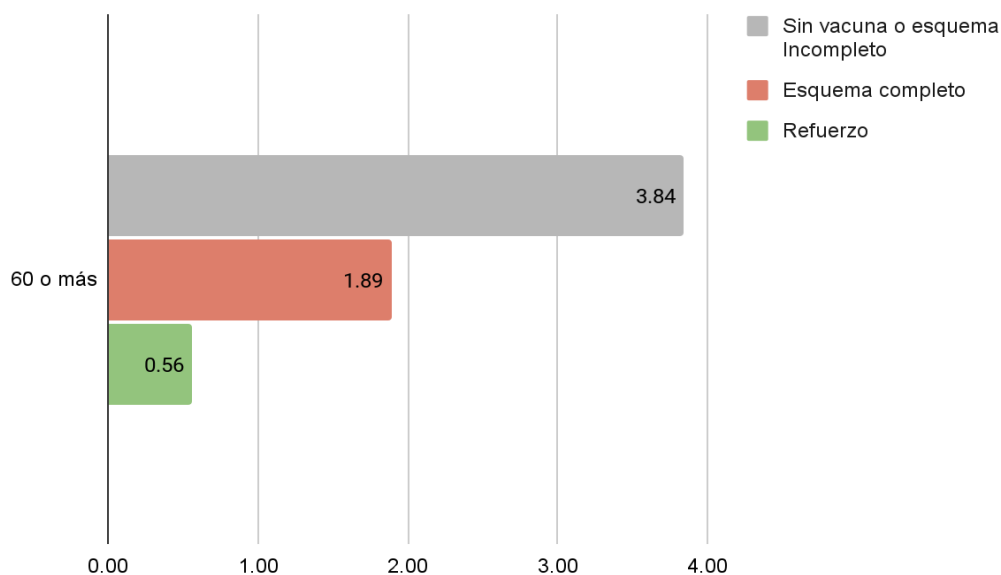
Gráfico 17. Coberturas de 1er refuerzo por grupo de edad. SE 39



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

En cuanto a los casos fallecidos según condición de vacunación, entre las SE36-SE39 se registraron 3,84 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o con esquema incompleto. Se produjeron 1,89 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 0,56 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 36 - SE 39/2022, 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: la actividad de la influenza se mantuvo baja en la subregión, con circulación de influenza A (H1N1) pdm09, influenza B (linaje indeterminado) y predominio de influenza A (H3N2). La actividad del SARS CoV 2 siguió disminuyendo. En Canadá, la influenza se ubicó en niveles interestacionales, mientras que los casos de SARS-CoV-2 aumentaron en las personas de 60 años o más. En México, la actividad de la influenza se mantuvo aumentada en niveles de baja intensidad, mientras que disminuyó la actividad del SARS CoV-2. En los Estados Unidos, la actividad de la influenza estuvo en niveles interestacionales, mientras que la actividad del SARS-CoV-2 continuó disminuyendo.

Caribe: la actividad de la influenza se mantuvo baja con predominio del virus influenza A (H3N2). Santa Lucía informó una mayor actividad de SARS CoV-2, mientras que la actividad del VRS continuó elevada en la República Dominicana.

América Central: la actividad de la influenza se mantuvo en niveles basales, predominando influenza A (H3N2). En Guatemala aumentó la actividad de la influenza, predominando influenza A (H3N2). En Costa Rica y Honduras, la actividad del SARS- CoV-2 continúa elevada, pero en disminución. En Nicaragua y Panamá, la actividad del VRS continúa aumentando.

Países Andinos: la actividad de la influenza se mantuvo baja, con predominio de influenza A(H3N2). Colombia y Perú reportaron SARS CoV-2 en niveles bajos de actividad.

Brasil y Cono Sur: la actividad de la influenza se mantuvo baja, pero con una tendencia creciente debido al incremento observado en Argentina, donde se detectó una actividad moderada y en Brasil, donde la actividad aunque creciente se mantuvo baja. Se detectó predominantemente influenza A(H3N2) con detecciones adicionales de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B (linaje indeterminado). La actividad del SARS-CoV-2 estuvo baja en toda la subregión. Se reportó un aumento de la actividad del VRS en Brasil y Uruguay.

¹⁴Tomado de: Reporte de Influenza SE38 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS, disponible en <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19¹⁵

615.337.332

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS hasta el 2 de octubre de 2022

6.525.708

Personas fallecidas en el mundo.

2.947.112

Casos nuevos reportados en la última semana.

8.327

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

6%↓

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

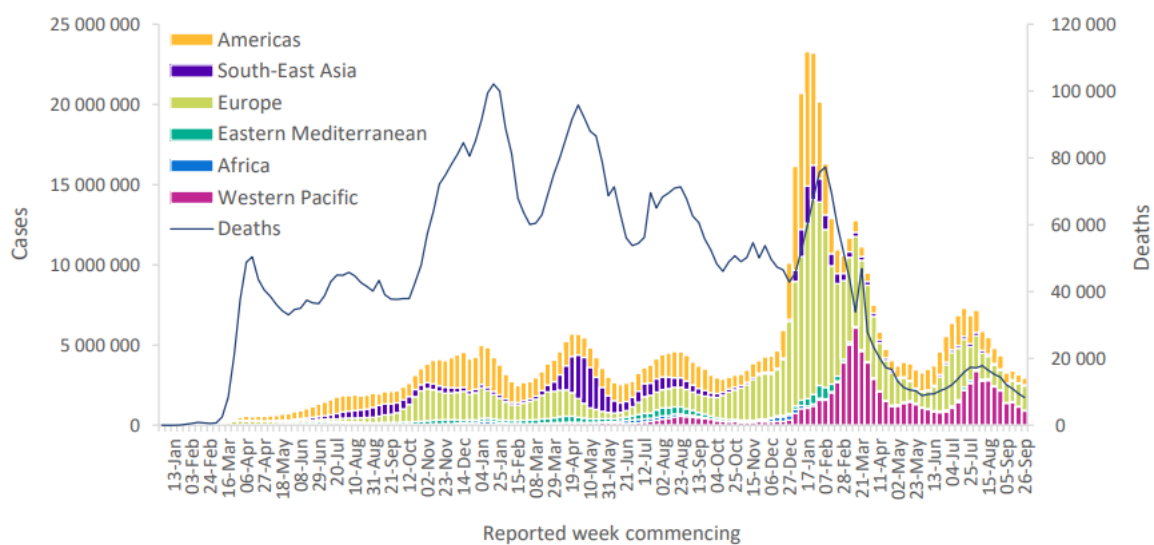
12%↓

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

- ✓ Según la OMS, estas tendencias deben interpretarse con cautela ya que varios países han ido cambiando progresivamente sus estrategias de testeo de COVID-19, lo que resulta en un menor número total de pruebas realizadas y, en consecuencia, un número menor de casos detectados.
- ✓ Respecto de las variantes circulantes, a nivel mundial, BA.5 es el linaje predominante de la variante Omicron. Según muestras estudiadas en la SE 36, la proporción de secuencias notificadas de BA.5 representaron el 80,8%, seguida de BA.4 con una prevalencia del 7,8%. Continúa aumentando la diversidad en linajes de Omicron, las cuales están siendo monitoreadas.

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>

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 2 de octubre 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.

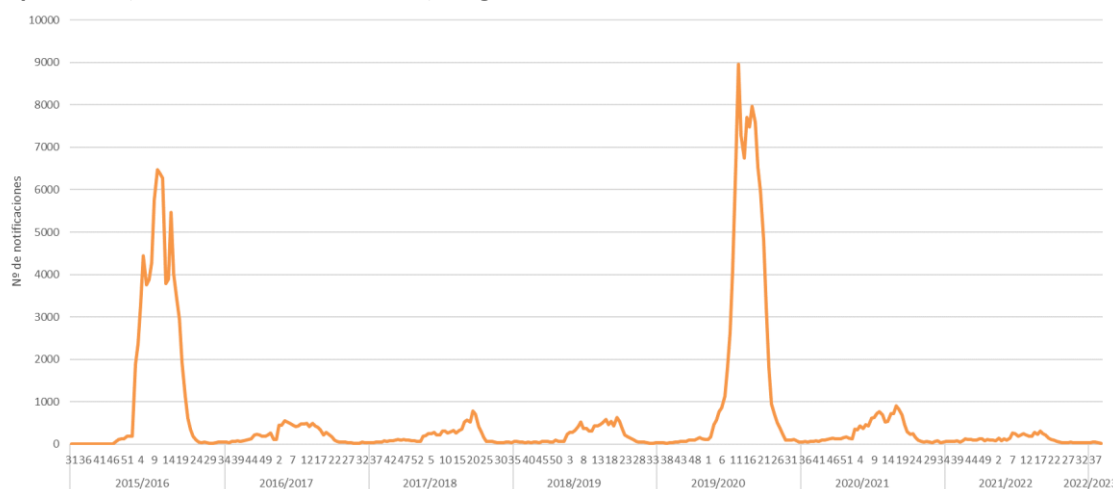
INFORMACIÓN NACIONAL DE DENGUE TEMPORADA 2022-2023

El período de análisis de esta edición corresponde a la SE 39/2022 de la temporada 2022-2023, correspondiente al período interbrote, siendo meses no epidémicos. Durante estos meses se registra una baja en la cantidad de casos sospechosos.

Gráfico 20. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para temporadas no epidémicas (2016-2017, 2017-2018, 2018-2019, 2020-2021, 2021-2022 y 2022-2023 a SE 39/2022). Argentina.



Gráfico 21. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para todas las temporadas (2015-2016 a SE 39/2023). 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).

La situación epidemiológica actual se mantiene sin nuevos casos confirmados desde la última edición del Boletín Epidemiológico Nacional. Se registran tres casos confirmados de dengue, todos con antecedente de viaje al exterior, tres casos probables y un caso de probable flavivirus importado. El primer caso confirmado (SE 31) se trata de una persona con residencia en Corrientes, que registra antecedente de viaje a Colombia. El caso fue estudiado por laboratorio, con serotipo DEN-1. El segundo caso (SE 32) registra residencia en Buenos Aires y presenta antecedente de viaje a Paraguay. El tercer caso (SE 33) se registró en San Juan, en una persona con antecedente de viaje a Brasil. No hay registro de casos confirmados autóctonos hasta el momento. Se realizaron las acciones de control y bloqueo pertinentes.

En cuanto a los casos probables, corresponden a las provincias de Buenos Aires y Salta (SE 31 y SE 35). Todos registran una prueba de laboratorio IgM positiva y se encuentran en investigación, a fines de confirmar o descartar la infección. El caso de probable flavivirus corresponde a Tierra del Fuego, y presenta antecedente de viaje a Cuba. Fue estudiado en el laboratorio de referencia arrojando pruebas positivas de IgM para el virus dengue y Zika. Se encuentra a la espera de segundas muestras.

Desde la SE 31 del presente año, se notificaron 229 casos con sospecha de dengue, de las cuales el 59% son casos negativos que no permiten descartar la infección, el 21% se encuentran pendientes de estudios de laboratorio, el 15% fueron descartados y el 5% representan tres casos confirmados y tres casos probables. Las notificaciones se registraron en doce provincias del país: Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, Salta, Santa Fe, Tucumán y San Juan.

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 39

Dengue, Zika y Chikungunya en países limítrofes

Durante el 2022, a SE 39/2022, se registraron en Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay los serotipos DEN-1 y DEN-2. Además, se registró también circulación de los serotipos DEN-3 y DEN-4 en Brasil. Uruguay presenta 7 casos confirmados y Chile no registra casos de dengue. Durante

En cuanto a casos fatales, se registraron 898 en Brasil y 7 en Bolivia.

Si se observa las curvas epidemiológicas de Bolivia, Brasil y Paraguay (Gráfico 3), se puede ver que, durante el 2022, Brasil presentó un número de casos mayor a los años anteriores, similares a años epidémicos.

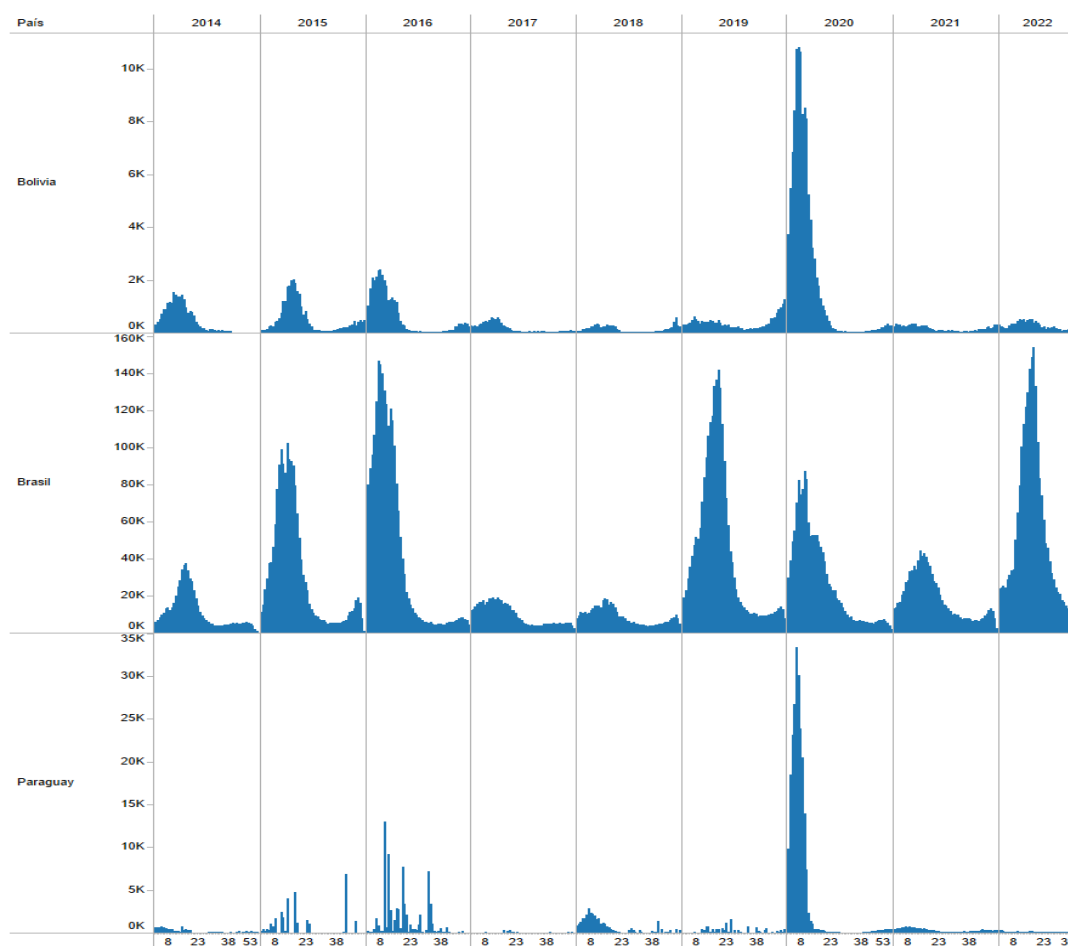
Tabla 2. Casos totales, confirmados por laboratorio y tasas de incidencia cada 100.000 hab. de dengue. Muertes y tasas de letalidad cada 100mil hab., según país*. SE 01/2022 a 36/2022.

País	Última actualización	Serotipos circulantes	Total casos	Tasa de incidencia	Confirmados laboratorio	Muertes	Letalidad
Brasil	SE 37	DEN 1, 2, 3 y 4	2.131.615	996,11	1.111.459	898	0,04
Bolivia	SE 38	DEN 1 y 2	10.496	88,11	3.187	7	0,07
Paraguay	SE 39	DEN 1 y 2	4.811	66,63	187	0	0,00
Uruguay	SE 20	-	29	0,83	7	0	0,00
Argentina	SE 36	DEN 1 y 2	815	1,76	818	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}).

Gráfico 22. Número de casos de dengue por SE. Bolivia, Brasil y Paraguay. Años 2014 a 2021 y SE 1 a 39/2022.



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

* NOTA: Número de casos reportados de fiebre por dengue incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes

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 39/2022.

País	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus de Zika		
	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes
<i>Brasil</i>	SE 37	118.238	68	SE 33	2.372	0
<i>Bolivia</i>	SE 38	11	0	SE 38	3	0
<i>Paraguay</i>	SE 39	164	0	SE 39	0	0
<i>Argentina</i>	SE 39	0	0	SE 39	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.

CONCLUSIONES

Desde el inicio de la temporada actual (SE 31/2022 a la fecha), se han registrado tres casos confirmados importados de dengue 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 cuanto a la situación regional, Brasil presentó un gran número de casos y un comportamiento epidémico durante el 2022. Ante esta situación, se insta a reforzar la vigilancia, prevención y control en zonas limítrofes con el país vecino. 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.

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).

INFORME ESPECIAL



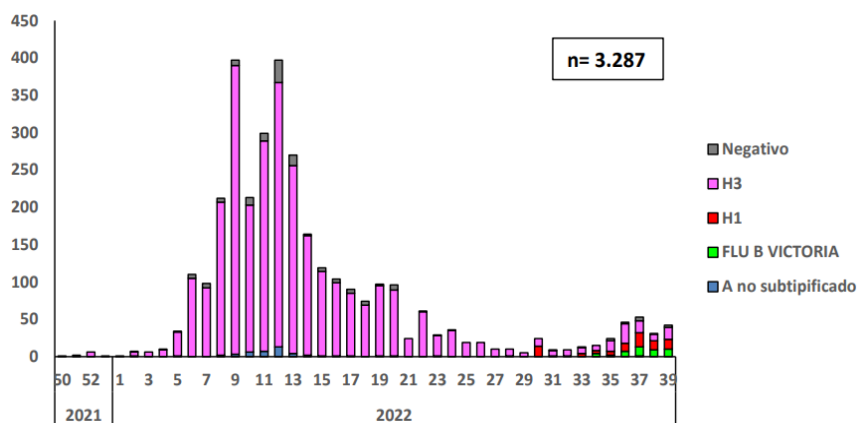
CARACTERIZACIÓN DE VIRUS INFLUENZA EN EL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA, INEI ANLIS-CARLOS MALBRÁN

El presente informe fue realizado por el Servicio de Virosis Respiratoria del INEI ANLIS, laboratorio nacional de referencia de Influenza y otros virus respiratorios.

Entre diciembre 2021 y setiembre 2022, el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del INEI ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” recibió de la Red Nacional de Laboratorios un total de 3.370 muestras positivas para influenza para estudios posteriores.

Hasta el momento, se logró caracterizar 2.972 influenza A (H3N2), 85 influenza A (H1N1) pdm09, 45 influenza A no subtipificables¹⁶ y 37 influenza B pertenecientes al linaje Victoria, 140 negativos (las muestras restantes fueron no aptas o están en proceso).

Grafico 1: Virus influenza caracterizados en el LNR por tipo, subtipo y linaje viral (n= 3.287) Buenos Aires - Argentina. SE 50 2021 – SE 39 2022



Fuente: Elaboración Laboratorio Nacional de Referencia. INEI-ANLIS

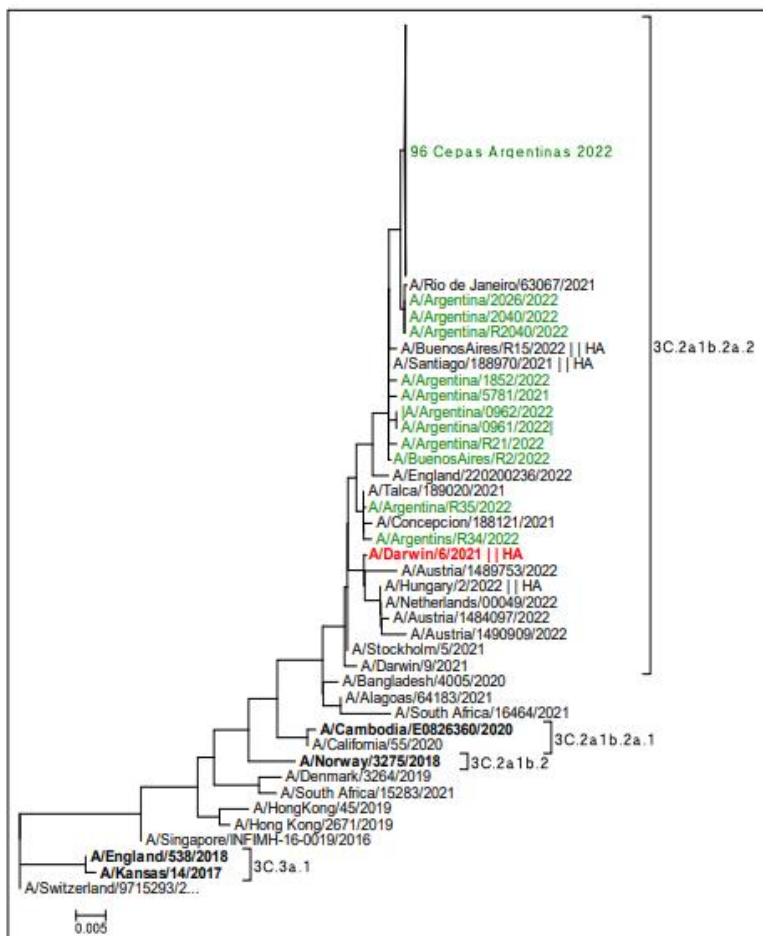
Los primeros virus influenza A (H3N2) se detectaron desde la SE 50 2021, con un pico de actividad en las primeras semanas del año 2022 (SE 3 SE 14), mientras que solo se detectaron unos pocos casos de virus influenza A (H1N1) pdm09 e influenza B correspondientes al linaje Victoria desde la SE 30 y la SE 28, respectivamente.

Desde la SE 34 se observa en el país una co-circulación de influenza A (H3N2), influenza A (H1N1) pdm09 e influenza B. A partir de una selección de muestras clínicas recibidas se llevó a cabo la secuenciación del segmento HA1 de la proteína HA viral. La caracterización genómica de los virus de influenza A (H3N2) mostró que se agruparon en el clado genético 3C.2a1.b.2a, en el cual también se incluye el virus influenza A (H3N2) componente de la vacuna antigripal utilizada en el Hemisferio Sur año 2022.

¹⁶ Muestras con carga viral insuficiente para determinar subtipo.

Gráfico 2: Análisis filogenético de la porción HA1 de la hemaglutinina viral de influenza A (H3N2).

Se construyó utilizando Neighbor Joining (1000 réplicas) con el programa Mega 5. En verde se remarcan los virus influenza A (H3N2) detectados en Argentina durante el 2022 y en rojo el virus influenza A (H3N2) incluido en la vacuna antigripal 2022 utilizada en el Hemisferio Sur.

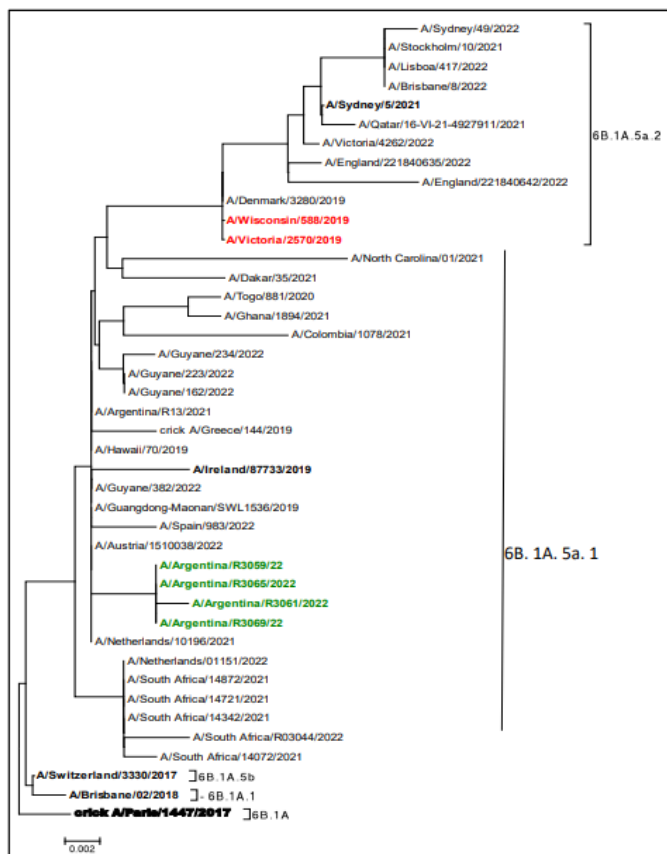


Fuente: Elaboración Laboratorio Nacional de Referencia. INEI-ANLIS

Con respecto a influenza A (H1N1)pdm, la caracterización genómica demostró que los virus secuenciados pertenecen al clado genético 6B.1A.5a.1, mientras que la componente vacunal pertenece al clado 6B.1A.5a.2, Grafico 3

Gráfico 3: Análisis filogenético de la porción HA1 de la hemaglutinina viral de influenza A (H1N1)pdm09.

Se construyó utilizando Neighbor Joining (1000 réplicas) con el programa Mega 5. En verde se remarcan los virus influenza A (H1N1)pdm09 detectados en Argentina durante el 2022 y en rojo el virus influenza A (H1N1)pdm09 incluido en la vacuna antigripal 2022 utilizada en el Hemisferio Sur.



Fuente: Elaboración Laboratorio Nacional de Referencia. INEI-ANLIS

Desde el año 2014 el LNR realiza la vigilancia continua de la sustitución H275Y relacionada con la resistencia a Oseltamivir en cepas A (H1N1)pdm09 por RT-qPCR en tiempo real en muestras clínicas. Hasta el momento, se analizaron 10 virus influenza A (H1N1)pdm09 seleccionados y no se encontró la sustitución H275Y en ninguna de las muestras analizadas.

Hasta el mes de setiembre 2022, se enviaron un total de 141 muestras clínicas a los Centros Colaboradores (CC) de la OMS en 4 envíos diferentes para aislamiento y caracterización adicional. Los envíos se realizaron en mayo y agosto al CC en los CDC, en Atlanta, EE. UU., y en febrero y julio al CC en el Instituto Crick en Londres, Reino Unido.

RESURGIMIENTO DE CÓLERA EN HAITÍ: RECOMENDACIONES PARA LA VIGILANCIA EN ARGENTINA

El 2 de octubre de 2022 la Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica por el resurgimiento del cólera en Haití después de 3 años sin casos reportados. Ante esta situación y dado el riesgo de reintroducción del cólera en la región, el Ministerio de Salud de la Nación solicita a los equipos de salud fortalecer la vigilancia de casos sospechosos de cólera y de coprocultivos estudiados para *V.cholerae* a través de la red de laboratorios de diarreas bacterianas; difundir a la población general y a los viajeros en particular las medidas de prevención y verificar las capacidades de los servicios de salud para dar respuesta oportuna a la posible detección de casos.

SITUACIÓN ACTUAL

El 2 de octubre las autoridades nacionales de Haití notificaron a la OPS-OMS sobre dos casos confirmados de *Vibrio cholerae* O1 en el área del gran Puerto Príncipi. Al 13 de octubre de 2022 y conforme lo informado en la actualización epidemiológica del 14/10 de OPS-OMS se informaron 655 casos, incluidos 55 casos confirmados, 197 casos sospechosos internados y 36 defunciones registradas.

Del total de casos sospechosos notificados con información disponible, 53% son hombres y el 56% son personas de 19 años o menos. El grupo de edad más afectado es el de 1 a 4 años seguido del de 5 a 9 años.¹⁷

ANTECEDENTES EN ARGENTINA

Después de 100 años de ausencia en las Américas, el 7 de febrero de 1991 se notifica el primer caso de cólera en el Puerto de Chimbote de la República del Perú.

A partir de esa fecha se produce la propagación de la enfermedad en América Latina, llegando a nuestro país en el mes de febrero de 1992, en la región del Río Pilcomayo, provincia de Salta,

CÓLERA

Descripción: El cólera es una infección diarreica aguda causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados con el bacilo. Tiene comienzo repentino y un breve periodo de incubación. Ante un caso se debe intervenir inmediatamente para controlar brotes. Su control requiere vigilancia apropiada y notificación de todos los casos sospechosos. Se trata de una enfermedad sujeta al Reglamento Sanitario Internacional y es evitable con buenas medidas de intervención.

Agente infeccioso: *Vibrio cholerae* serogrupo O1, biotipo El Tor y Clásico, serotipos Inaba, Ogawa o Hikojima y *V.cholerae* O 139 (no O1).

Reservorio: Habitualmente es el hombre. Varios estudios han sugerido la posibilidad de reservorios ambientales

Modo de transmisión: Se produce por la contaminación de alimentos y/o agua con heces y/o vómitos de personas enfermas o portadoras del vibrión, sintomáticas o asintomáticas. Existen portadores crónicos que eliminan *V.cholerae* de forma intermitente por largo tiempo. La dosis infectante es variable y depende del vehículo (generalmente se requiere una menor dosis cuando el vehículo es un alimento contaminado).

Período de incubación: Desde horas a 5 días, comenzando en general a las 24 a 48 horas posteriores a la ingesta del agua o alimento contaminado. Este corto periodo de incubación hace que el número de casos pueda aumentar de forma rápida.

Período de transmisibilidad: De 7 a 14 días, hasta meses.

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Resurgimiento de cólera en Haití. 14 de octubre de 2022, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2022

frontera lindante con la República de Bolivia. Su ingreso fue multifocal y desde esa fecha, se notificaron casos anualmente con confirmación bacteriológica hasta el año 1999.

En ese contexto, por Resolución Ministerial Nº 302/91 se crea la Comisión Nacional de Prevención y Control del Cólera en el ámbito de la ex Subsecretaría de Política de Salud y Acción Social. Dicha Comisión Nacional, consensó criterios básicos sobre la patología, con los gobiernos provinciales y expertos de Instituciones científicas profesionales y universitarias de todo el país y del extranjero, en oportunidad de registrarse los primeros casos en el mes de febrero del año 1992 en nuestro territorio.

Durante el año 1992, se notificaron en todo el país un total de 553 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 1,7 por 100.000 habitantes. Las provincias más afectadas fueron Salta con una tasa de 51,1 por 100.000 habitantes y Jujuy con 15,3 por 100.000 habitantes. En el año 1993 se notificaron un total de 2.080 casos, con una tasa de incidencia de 6,5 por 100.000 habitantes y luego produjo una evidente disminución de los mismos hasta el año 1999 cuando se notificó un solo caso. El número de casos acumulados desde el año 1992 hasta el año 1999 cuando se notificó el último caso, es de 4.834 pacientes, con 83 pacientes fallecidos.

Aunque en nuestro país no se han detectado casos de cólera epidémico desde el año 1999, existe el riesgo de introducción por la presencia de flujo de viajeros procedentes de países endémicos.

RECOMENDACIONES PARA LOS EQUIPOS DE SALUD¹⁸

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos:

Alertar en forma temprana ante la posible aparición de casos sospechosos.

Permitir la disposición oportuna de información, tanto de la sospecha como de la identificación, tipificación y caracterización por laboratorio de casos, a todos los actores involucrados en la vigilancia y control del cólera.

Notificación

Todo caso sospechoso, probable o confirmado constituye un evento de notificación obligatoria en los términos de la ley 15465 y debe ser notificado en forma inmediata nominal al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}).

Grupo de eventos: Diarreas y patógenos de transmisión alimentaria / Evento: Cólera

Por otra parte, los estudios para *V.cholerae* realizados en los laboratorios de la red de laboratorios de Diarreas y patógenos bacterianos de transmisión alimentaria deben notificarse en la modalidad agrupada numérica del componente laboratorio del SNVS en forma semanal:

¹⁸ En el año 2014 el Ministerio de Salud de la Nación publicó el [Plan de Abordaje Integral de la Enfermedad Diarreica Aguda y Plan de Contingencia de Cólera](#); y en el año 2021 se actualizaron las [Normas de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria](#) donde podrán consultarse las recomendaciones vigentes de forma completa.

Definiciones de caso

Caso sospechoso: Todo paciente sin fiebre con diarrea acuosa profusa, de comienzo brusco, sin moco ni sangre.

Además, en el actual contexto epidemiológico se recomienda el estudio para *V.cholerae* en todo paciente que presente diarrea aguda y antecedente de viaje reciente a zonas con casos confirmados de cólera.

Caso probable: Todo paciente con diarrea con aislamiento compatible con *Vibrio cholerae* por las siguientes pruebas bioquímicas oxidasa, Kligler, LIA, Indol de Triptofano y/o otras técnicas diagnósticas como espectrometría de masa, Film Array o técnicas moleculares.

Caso confirmado: caso probable con aislamiento confirmado como *Vibrio cholerae* O1 (serotipos Ogawa o Inaba), como *Vibrio cholerae* O139 o como *Vibrio cholerae* no-O1 con detección de toxina de cólera.

Caso descartado: caso probable con aislamiento confirmado como *Vibrio cholerae* O1 o *Vibrio cholerae* no –O1 no toxigénico.

Vigilancia por Laboratorio

La vigilancia de diarreas bacterianas por laboratorio sirve para determinar la frecuencia temporal, localización y distribución geográfica de las muestras estudiadas y de las muestras con agentes etiológicos identificados. Se realiza a partir del estudio de muestras clínicas de casos mediante la identificación y notificación de muestras estudiadas y confirmadas para los distintos agentes etiológicos. Las herramientas de laboratorio de biología molecular brindan la posibilidad de detectar y caracterizar brotes de una fuente común a través de la caracterización y tipificación de gérmenes capaces de producirlos, a fin de orientar las acciones de prevención y control.

Se recomienda estudiar para *Vibrio cholerae* -además de los casos que cumplan con la definición de caso sospechoso de cólera- al 20% de los coprocultivos realizados en los laboratorios y notificar al Sistema Nacional de Vigilancia con la modalidad y disponibilidad descrita en el apartado [Notificación](#)

TRATAMIENTO¹⁹

Los pacientes con cólera deben de ser evaluados y recibir tratamiento rápidamente, ya que de no hacerlo, pueden llegar a la muerte por deshidratación. La reposición rápida de los fluidos y de sales perdidas es el objetivo principal del tratamiento.

- ✓ Evaluar signos de deshidratación: -
 - Intranquilo, irritable,
 - Ojos hundidos, -
 - Boca y lengua secas,
 - Sediento, bebe agua rápido y ávidamente,-
 - Signos de pliegue presente.

¹⁹ Tomado de y para más información consultar el [Plan de Abordaje Integral de la Enfermedad Diarreica Aguda y Plan de Contingencia de Cólera:](#)

✓ Si NO PRESENTA signos de deshidratación:

• **Diarrea sin deshidratación:**

- Enseñe al paciente o su familia las reglas del tratamiento en casa:
- Aumentar la administración de agua segura.
- Continuar alimentación.
- En los lactantes continuar la lactancia materna.-
- Cómo preparar y administrar las sales de rehidratación oral (SRO), usando agua segura.
- Informar al paciente y su familia las pautas de cuidado, la prevención de las diarreas y las pautas de alarma. Cite a control en 24hs.

• Si PRESENTA signos de deshidratación, descartar signos de gravedad

- Hipotonía hasta coma,
- Ojos muy hundidos y secos,
- Lágrimas ausentes,
- Boca y lengua muy secas,
- Bebe mal o no bebe,
- Pulso radial ausente o muy leve,
- Signo del pliegue desaparece en más de 2 segundos.

• Si NO presenta signos de gravedad:

• **Diarrea con deshidratación leve a moderada.**

- Manejo en área de rehidratación o Posta de Rehidratación
- Administre sales de rehidratación oral (SRO).
- Continúe la lactancia materna.
- Si el paciente presenta vómitos suspender por 10min. y luego continuar con sorbos pequeños hasta lograr tolerancia.
- Cada hora: Evaluar cambios en el estado del paciente (hidratación y diuresis). Si los vómitos son frecuentes considerar hidratación endovenosa.
- Después de 4 horas: reevaluar al paciente. Iniciar con alimentos y otros líquidos.
- Cite a control en 24hs.

• Si presenta signos de gravedad,

• **Diarrea con deshidratación grave**

- Si puede administrarse en el servicio por vía EV inmediatamente, iniciar hidratación endovenosa y si es posible SRO vía oral.
- Evaluar continuamente al paciente, si no mejora aumentar la velocidad de infusión.
- Si no puede administrarse líquidos por vía EV derivar a un centro de mayor complejidad administrándole SRO con jeringa, goteo o por sonda nasogástrica durante el traslado.
- Después de 4 horas: reevaluar al paciente. Iniciar los antibióticos.

- Al alta informar al paciente y su familia las pautas de cuidado, uso de SRO, la prevención de las diarreas y las pautas de alarma. Cite a control en 24hs.

RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

La prevención del cólera y su propagación dependen fundamentalmente de la interrupción de la transmisión fecal-oral mediante el acceso a agua segura, saneamiento y eliminación adecuada de excretas, higiene de manos y buenas prácticas de manipulación de alimentos.

Principales medidas preventivas

Medidas de higiene personal y del ambiente, consumo de agua segura y manejo de los alimentos:

- Utilizar agua segura (si no es agua de red: agregar dos gotas de lavandina por litro de agua o hervirla de 2 a 3 minutos, o utilizar pastillas potabilizadoras) para beber, lavarse los dientes, lavar las verduras y frutas y hacer hielo..
- Lavarse bien las manos con agua y jabón antes de manipular los alimentos, antes de comer y/o antes de amamantar, después de ir al baño, después de cambiar los pañales,
- Mantener la lactancia materna.
- Disponer los residuos en recipientes bien protegidos.
- No bañarse ni bañar a las niñas y niños en aguas contaminadas.
- Mantener la higiene en la preparación de alimentos.
- Lavar frutas y verduras con agua segura.
- Cocinar bien los alimentos: principalmente si se ingieren alimentos en contacto con agua contaminada (pescados, ostras, mejillones) o contaminados por un enfermo o portador.
- No usar el mismo cuchillo, tabla o mesada donde se apoyó carne cruda para cortar otros alimentos, sin antes lavarlos con agua y detergente.
- Consumir leche, derivados lácteos y jugos que estén pasteurizados.
- Conservar alimentos frescos y cocidos en la heladera.
- Evitar la ingesta de medicamentos e infusiones caseras sin indicación médica.
- Evitar el uso de antibióticos y fármacos inhibidores de la motilidad intestinal.
- Conocer los signos para identificar precozmente la diarrea, la deshidratación y otros signos de alarma.

Bibliografía sugerida:

1 <https://www.paho.org/es/actualizacion-epidemiologica-resurgimiento-colera-haiti>

2 -[Plan de Abordaje Integral del Cólera: Guía para el equipo de salud](#)

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA



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

PARA MÁS HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA

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

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

*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina