



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA

44

NÚMERO 626
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	11
Vigilancia de Infecciones respiratorias agudas	12
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	35
INFORME ESPECIAL	43
Evento tétanos	44
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA	50
Actualizaciones de eventos de notificación obligatoria: Listeriosis	51
Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria	54

STAFF

Dirección de Epidemiología

Carlos Giovacchini	Juan Pablo Ojeda	Andrés Hoyos Obando
Victoria Hernández	Ignacio Di Pinto	María Pía Buyayisqui
Tamara Wainziger	Guillermina Pierre	Karina Martínez
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	Cecilia S. Mamani	Mercedes Paz
Leonardo Baldiviezo	Carla Voto	Mariana Mauriño
Julio Tapia	Antonella Vallone	Georgina Martino
Silvina Moisés	Mariel Caparelli	Alexia Echenique
		Estefanía Cáceres

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 especial tétanos: Luciana Iummato⁴ y María del Valle Juárez⁵

Imagen de tapa: Eliminación de criaderos de mosquito *aedes Aegypti*, foto aportada por la Dirección de enfermedades Transmisibles por Vectores, Ministerio de Salud de la Nación.

Este boletín es el resultado del aporte de las personas usuarias del SNVS^{2.0} que proporcionan información de manera sistemática desde las 24 jurisdicciones; de los laboratorios nacionales de referencia, los referentes jurisdiccionales de vigilancia clínica y 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)

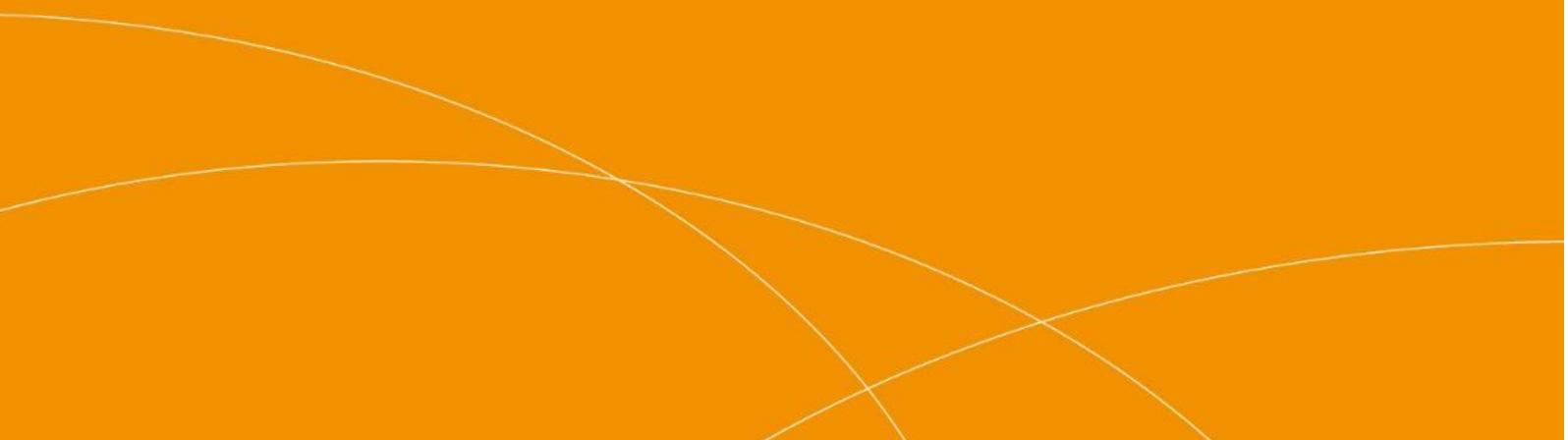
² Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios, INEI-ANLIS

³ Plataforma de Genómica, ANLIS-Malbrán.

⁴ Dirección de Epidemiología

⁵ Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES



VIRUELA SÍMICA

SITUACIÓN NACIONAL AL 08/11/2022

808

0

Casos confirmados reportados

Personas fallecidas en el país

- ✓ Hasta el 08 de noviembre se confirmaron 808 casos en Argentina.
- ✓ El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 65,7 casos con un máximo de 93 en la SE41 y un mínimo de 40 en la SE44⁶.
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 34,5 años con un mínimo de 10 años y un máximo de 78 años.
- ✓ El 98,7% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino (11 corresponden a sexo legal femenino, 4 de género trans y 7 de género cis).
- ✓ Hasta el momento se registra un caso en unidad de cuidados intensivos con asistencia respiratoria mecánica. Se trata de un paciente con factores de riesgo (VIH-SIDA).
- ✓ A la fecha no se registraron fallecidos.
- ✓ Se han notificado casos confirmados en 15 jurisdicciones y sospechosos en 21.
- ✓ Los casos siguen concentrados en la región Centro, en grandes conglomerados urbanos (el 66,3% de los casos confirmados se registraron en residentes de la CABA y junto con las provincias de Buenos Aires y Córdoba, concentran el 94,9%).
- ✓ Hasta el momento la población más afectada continúa siendo la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres y con el antecedente de relaciones sexuales con múltiples parejas sexuales.

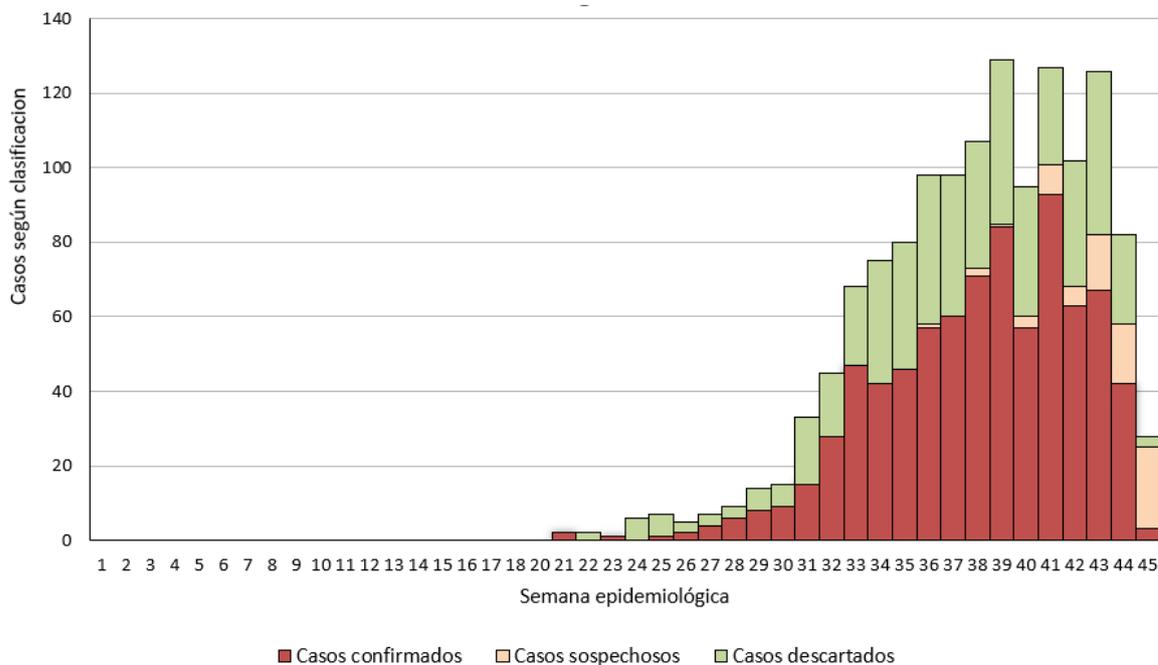
⁶ En ambas SE aún hay casos sospechosos sin resultado que pueden alterar estos valores a medida que se registren los mismos.

Tabla 1. Viruela símica: frecuencia absoluta y relativa de notificaciones acumuladas según clasificación y provincia de residencia. Argentina al 08-11-22.

Provincia de residencia	Confirmado	Frecuencia relativa acumulada Confirmados	Sospechoso	Descartado	Total	Frecuencia relativa acumulada Total notificados
CABA	536	66,3	36	218	790	58,05
Buenos Aires	215	92,9	24	196	435	90,01
Córdoba	16	94,9	6	10	32	92,36
Santa Fe	12	96,4	1	12	25	94,2
Tierra del Fuego	9	97,5	0	5	14	95,22
Río Negro	4	98	0	3	7	95,74
Neuquén	3	98,4	0	4	7	96,25
Santa Cruz	3	98,8	2	4	9	96,91
Chubut	2	99	1	5	8	97,5
Mendoza	2	99,3	0	3	5	97,87
Tucumán	2	99,5	1	0	3	98,09
Corrientes	1	99,6	0	1	2	98,24
Jujuy	1	99,8	2	3	6	98,68
Salta	1	99,9	0	0	1	98,75
San Juan	1	100	0	4	5	99,12
Chaco	0		0	4	4	99,41
Entre Ríos	0		0	1	1	99,49
Formosa	0		0	4	4	99,78
La Pampa	0		0	1	1	99,85
San Luis	0		0	1	1	99,93
Santiago del Estero	0		0	1	1	100
Total	808		73	480	1361	

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

Gráfico 1. Casos de viruela símica según clasificación por semana epidemiológica de notificación. Argentina. SE1 a SE44 (45 parcial).



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

El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 65,7 con un máximo de 93 en la SE41 y un mínimo de 40 en la SE44⁷ (Gráfico 1). Se registra por tercera semana consecutiva un menor número de casos que en la semana en que se registró el pico (representado hasta ahora por la semana SE41).

Gráfico 2. Variación respecto de la semana anterior y casos confirmados por semana epidemiológica. SE26 a SE44.

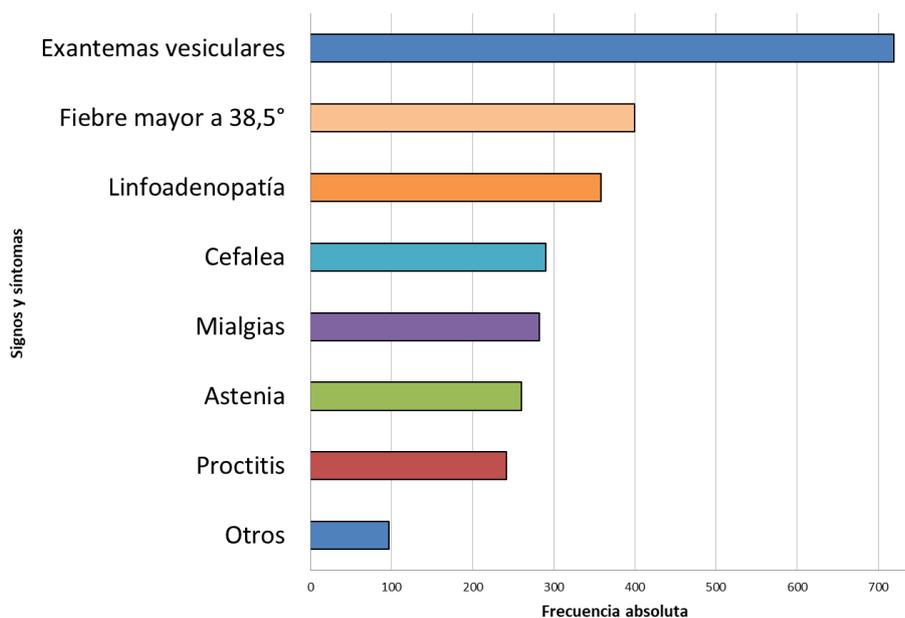


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0

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.

⁷ En ambas SE aún hay casos sospechosos sin resultado que pueden alterar estos valores a medida que se registren los mismos.

Gráfico 3. Viruela símica: frecuencia absoluta de signos y síntomas en casos confirmados (n=808). Hasta 08/11/2022.



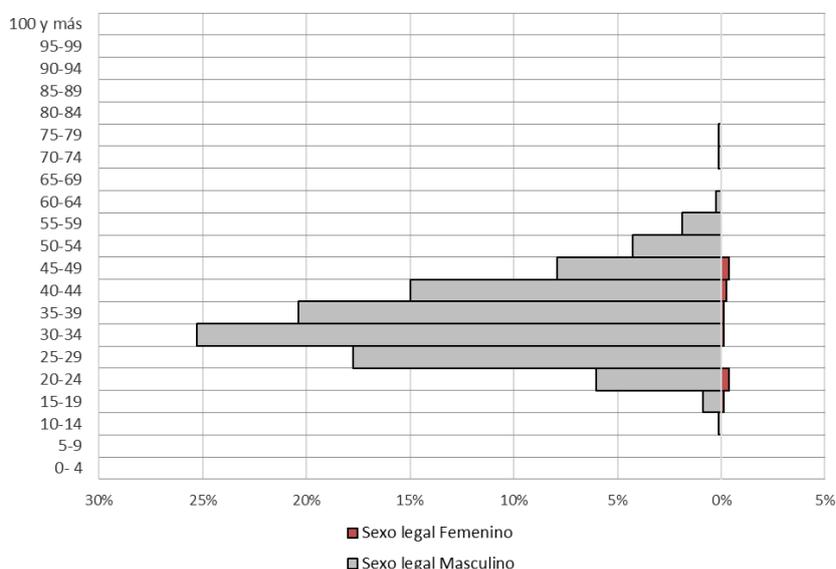
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0

Hasta el momento se registra un caso en unidad de cuidados intensivos con asistencia respiratoria mecánica. Se trata de un paciente con factores con VIH-SIDA como factor de riesgo.

El 98,7% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino y 11 de sexo legal femenino (4 mujeres de género trans y 7 mujeres de género cis).

La mediana de edad es de 34,5 años, con un mínimo de 10 años y un máximo de 78 años.

Gráfico 4. Viruela símica: distribución de casos confirmados acumulados por grupo de edad y sexo legal. Argentina, hasta el 08/11/2022.



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 808 casos confirmados hasta el momento 62 refieren antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas. De los casos restantes, se cuenta con información disponible para 499 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

78.628

Casos confirmados reportados a OMS

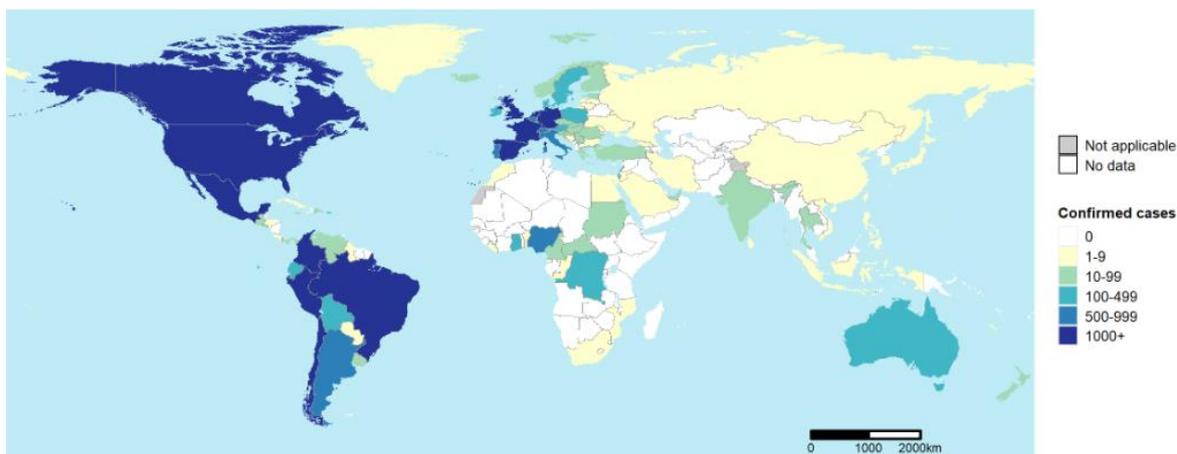
110

Países afectados

41

Personas fallecidas reportadas a OMS

Mapa 1. Distribución geográfica de casos de viruela símica reportados a OMS entre el 01/01 y el 08/11.



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

Tabla 2. Viruela símica: Casos notificados y fallecidos por Región de la OMS, al 18-10-22.

Región	Casos	Fallecidos
Región de África	954	14
Región de las Américas	52.004	21
Región del Mediterráneo Oriental	72	1
Región de Europa	25.348	4
Región del Sudeste Asiático	31	1
Región del Pacífico Occidental	15	0

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

Desde el 1° de enero hasta el 08 de noviembre de 2022, se han registrado 78.628 casos de viruela símica confirmados en 110 países/territorios/área y 36 muertes distribuidas en cinco de las seis Regiones de la OMS.

El número de casos nuevos informados semanalmente en todo el mundo ha aumentado en un 2,4% en la semana 44 en comparación con la semana previa; 18 países informaron un aumento en el número semanal de casos, con el mayor aumento informado en México; 59 países no han informado nuevos casos en los últimos 21 días.

El 86,4% de los casos se concentran en 10 países: Estados Unidos, Brasil, España, Francia, Reino Unido, Alemania, Colombia, Perú, México y Canadá.

Los 21 casos fallecidos en la Región de las Américas se presentaron en Brasil (11), EE.UU (8), Ecuador (1) y Cuba (1).

El 96,9% de los casos con datos disponibles son de sexo masculino, la mediana de edad es de 34 años.

El 1,2% 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 86,4% (22.742/26.315) se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y entre ellos, el 5% se identificaron como bisexuales.

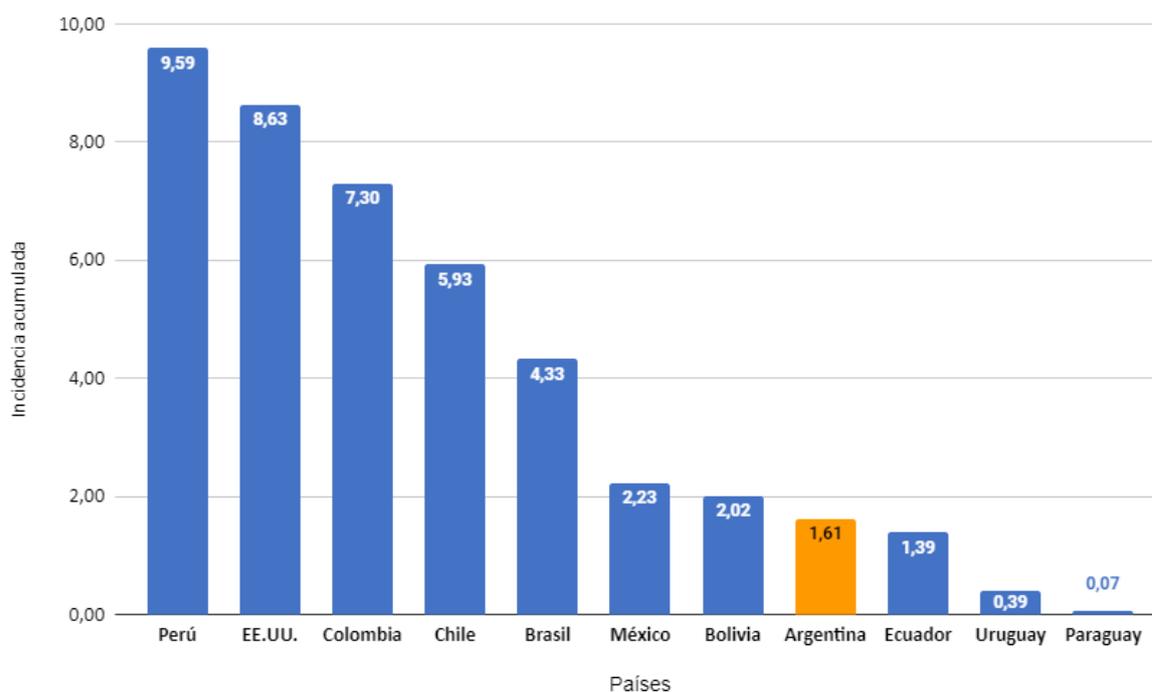
De todos los tipos probables de transmisión, los encuentros sexuales fueron los más comúnmente reportados, con 13.306 de 18.657 (71,3%) de todos los eventos de transmisión reportados.

Entre los casos mundiales con estado de VIH conocido, el 50,8% (13.166/25.941) 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 43.4% de los casos con datos para este indicador).

En cuanto a la situación regional, Argentina se encuentra entre los países con menor incidencia acumulada cada 100.000 habitantes. Brasil, Colombia, Perú, EE.UU, México y Chile presentan mayor cantidad de casos acumulados, pero a la vez, una incidencia acumulada mayor.

Gráfico 5. Incidencia acumulada cada 100.000 habitantes en países de la región al 08-11-22.



Fuente: elaboración propia en base a los datos de fuentes oficiales de cada país y www.who.int

Debido a la rápida propagación del virus en al menos 75 países y territorios, el día 23 de julio de

2022 la Organización Mundial de la Salud (OMS) 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 riesgo⁸.
- 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}.

⁸ 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 43/2022

1.329

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana 43.

12

Fallecidos fueron informados en la semana 43. De estos, 4 ocurrieron en dicha semana.

1,57%

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

59,39%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio⁹.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 43/2022

- ✓ Los casos de ETI registrados hasta la SE42 superan los registrados desde el año 2018 (SNVS2.0) y se asemejan a los registrados en 2017. Algo similar pasa con los casos de neumonía. Los casos de Bronquiolitis, en cambio, son inferiores a los registrados en los años pre-pandémicos.
- ✓ Entre la SE01-42 de 2022 se registraron 997.580 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 157.619 casos de Neumonía, 182.371 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 30.218 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ La positividad calculada para el periodo SE16- SE43 de 2022 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio para SARS-CoV-2, influenza y VSR entre las muestras analizadas por rt-PCR es de 21,53%, 17,54% y 4,23%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, asciende para influenza y VSR.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE 23-43 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 13%, 16,98% y 31,93%, 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 43 de 2022 se registraron 116 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

⁹ Las muestras estudiadas registradas en las últimas semanas son escasas y esto debe considerarse para la interpretación de los resultados. A la fecha de elaboración de este informe, las muestras estudiadas para influenza registradas en SE43 representan el 42,52% de las registradas para SE42.

9.718.875

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 29 de octubre de 2022.

129.991

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 29 de octubre de 2022.

77,8%

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

47,4%

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 37 corresponden a variante Ómicron en todas las regiones del país. Entre la SE24 y SE37 se observa que BA.4 y BA.5 se encuentran en ascenso mientras que la proporción de BA.2 disminuye.

71,8%

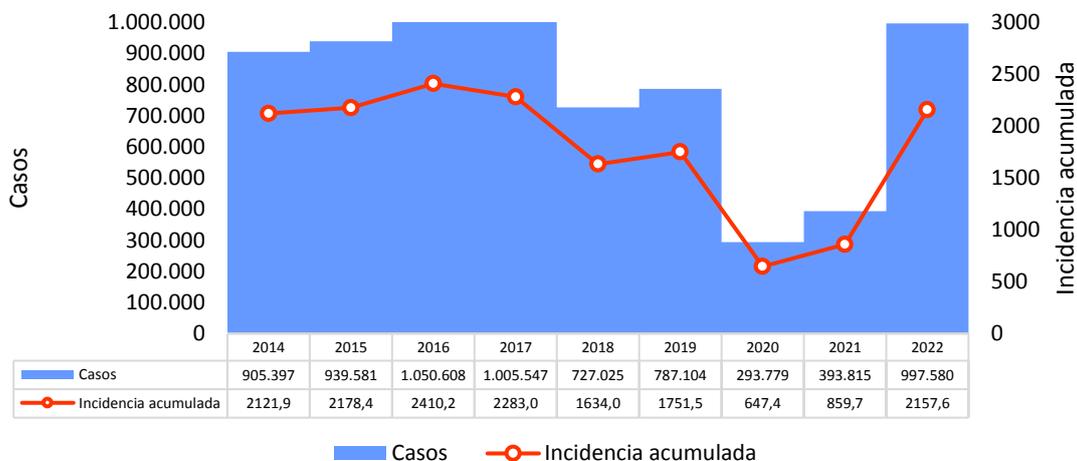
Es la cobertura del primer refuerzo en el grupo de 50 y más años.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre la SE 01 y la SE 42 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 997.580 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2157,6 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 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 42 – Año 2014-2022 Argentina.



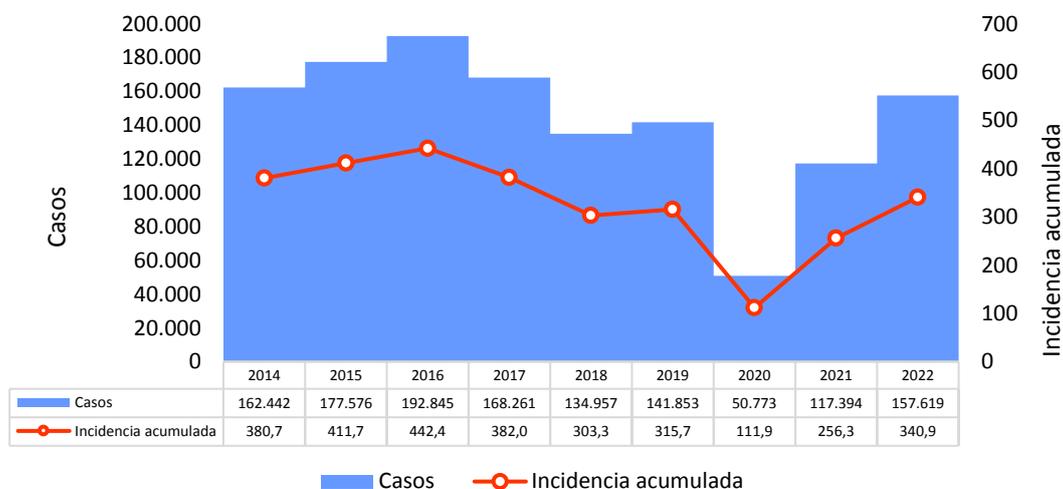
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

Entre la SE01- 42 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 157.619 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 340,9 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 42 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 SE42 – Año 2014-2022. Argentina.¹⁰



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

BRONQUIOLITIS

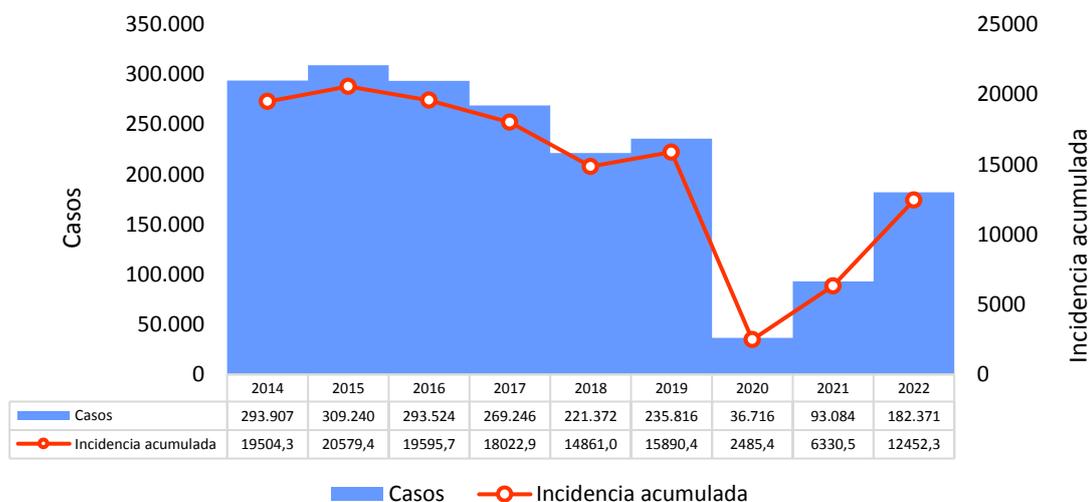
Entre la SE01- 42 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 182.371 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 12452,3 casos/100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 42 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.

¹⁰ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las 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 42 – Año 2014-2022 Argentina.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 (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 SE 43 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 10.124, 6.418 y 5.346 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 1,58% en la SE 43. 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 59,39% en la SE43¹². El porcentaje de positividad para VSR se mantuvo en valores por debajo del 10% con oscilaciones entre 1,08% y 8,71%, situándose en 2,50% en la SE43. En casos ambulatorios desde la SE36, la positividad para influenza es superior a la proporción de positividad para SARS COV 2 y VSR.

¹¹ 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.

¹² Las muestras estudiadas registradas en las últimas semanas son escasas y esto debe considerarse para la interpretación de los resultados. A la fecha de elaboración de este informe, las muestras estudiadas para influenza registradas en SE43 representan el 42,52% de las registradas para SE42.

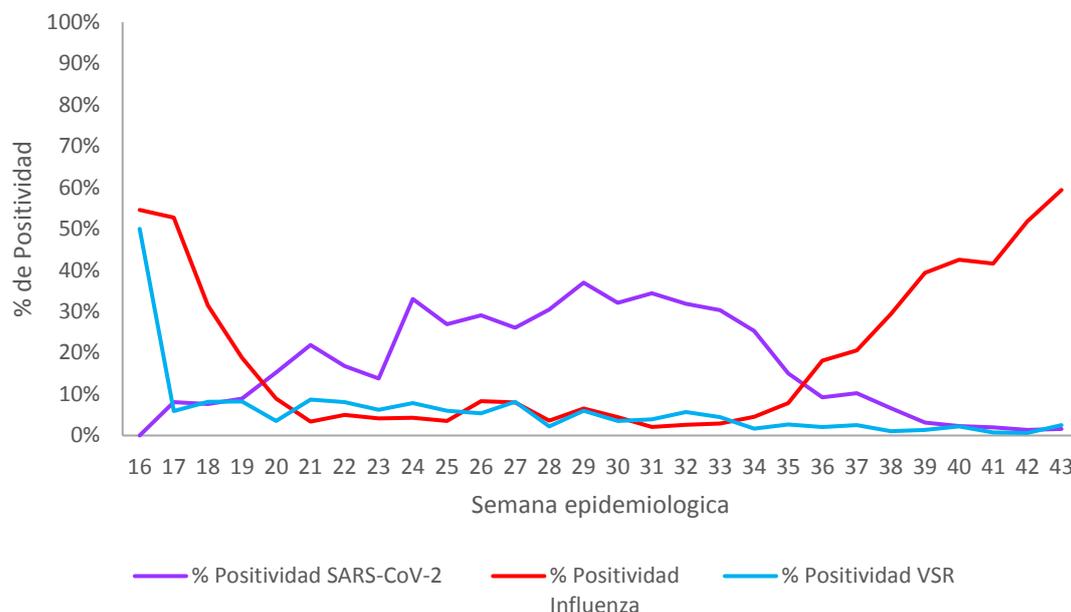
Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16-43 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.¹³

	Última semana			SE16 – SE43		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	1.175	16	1,36%	92.048	26.144	28,40%
SARS-CoV-2 por PCR	190	3	1,58%	10.124	2.180	21,53%
Influenza	165	98	59,39%	6.418	1.126	17,54%
VSR	120	3	2,50%	5.346	226	4,23%

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.

¹³ Se debe considerar para la interpretación de los porcentajes que el número de muestras notificadas en la última semana es aún escaso y se actualizará en la medida que se registre nueva información al SNVS.2.0.

Gráfico 4. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16-43 Año 2022.¹⁴

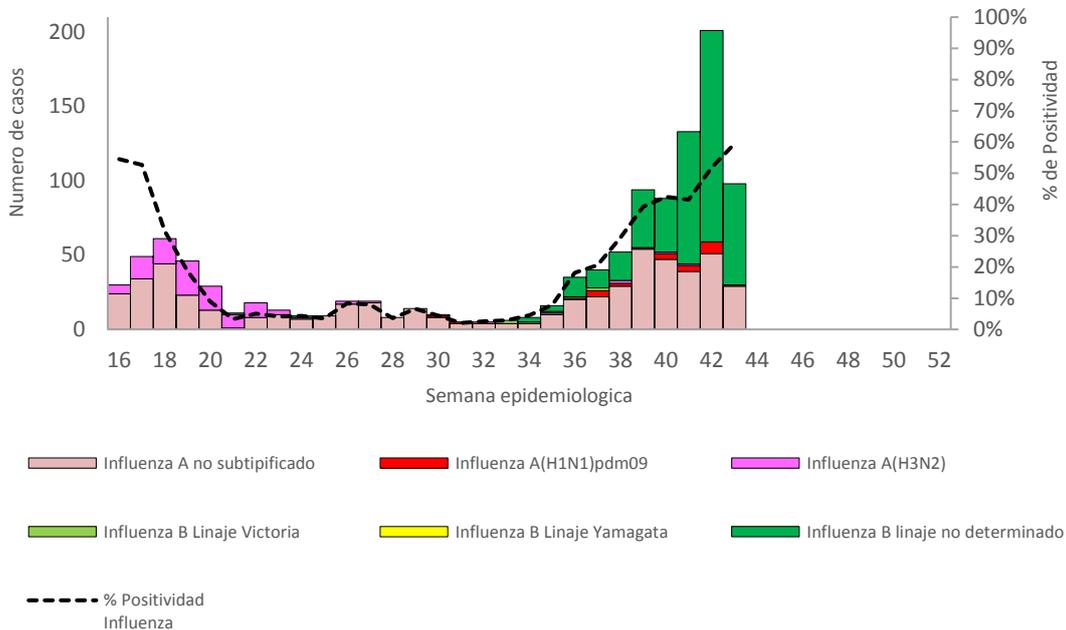


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=1.126), 692 (61,45%) fueron positivas para Influenza A y 434 (38,54%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 137 muestras cuentan con subtificación, detectándose Influenza A (H3N2) (n=110) e Influenza A (H1N1) pdm09 (n=27). 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 registran casos de A (H1N1). Entre las SE33-43 nuevamente se registran casos de virus influenza B, de los cuales 7 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 427 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje. En casos ambulatorios, entre las SE41-43, se observa un predominio de las detecciones de influenza B en relación a influenza A.

¹⁴ 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

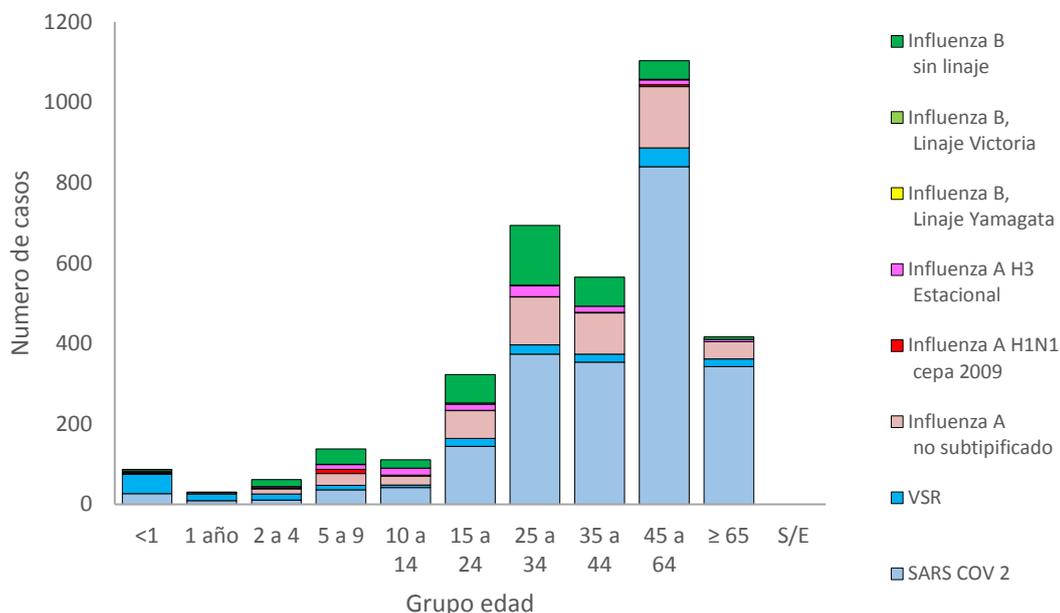
Gráfico 5. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-43 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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 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 43 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

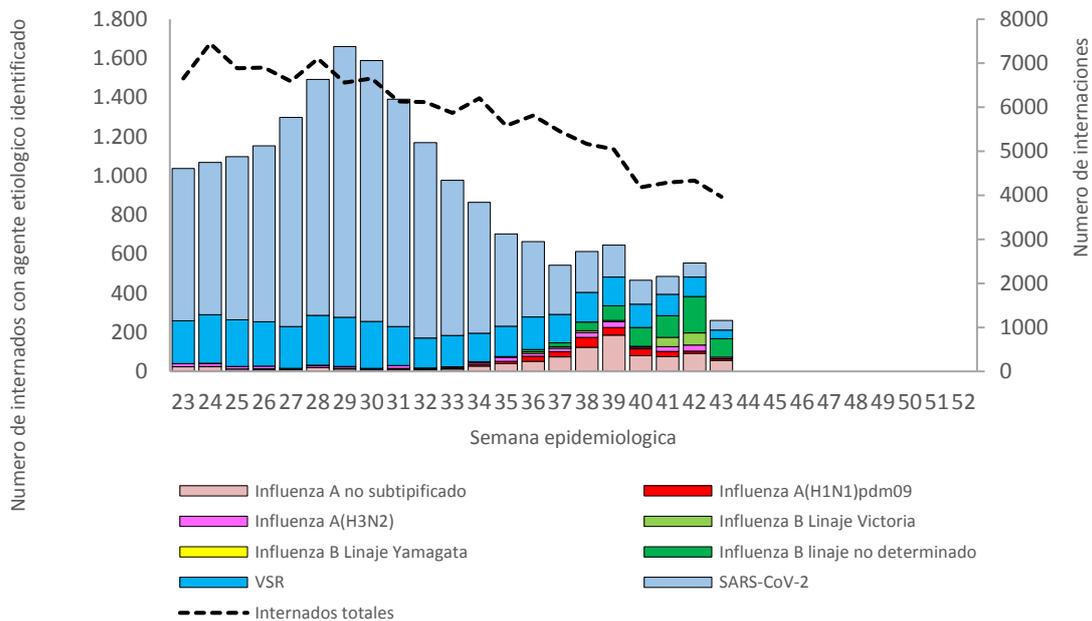
Entre la SE23-43, se notificaron 105.517 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 13.721 fueron positivas (porcentaje de positividad 13%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 13.669 muestras para virus influenza con 2.321 detecciones positivas (porcentaje de positividad 16,98%). De las mismas 1.521 fueron influenza A y 800 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 567 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 302 (53,26 %) son influenza A (H3N2) y 265 (46,73%) son influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 649 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 151 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 11.558 muestras estudiadas para VSR registrándose 3.691 con resultado positivo (porcentaje de positividad 31,93%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS 2.0 en SE 43 desciende respecto a la semana previa (variación de -0,085%).

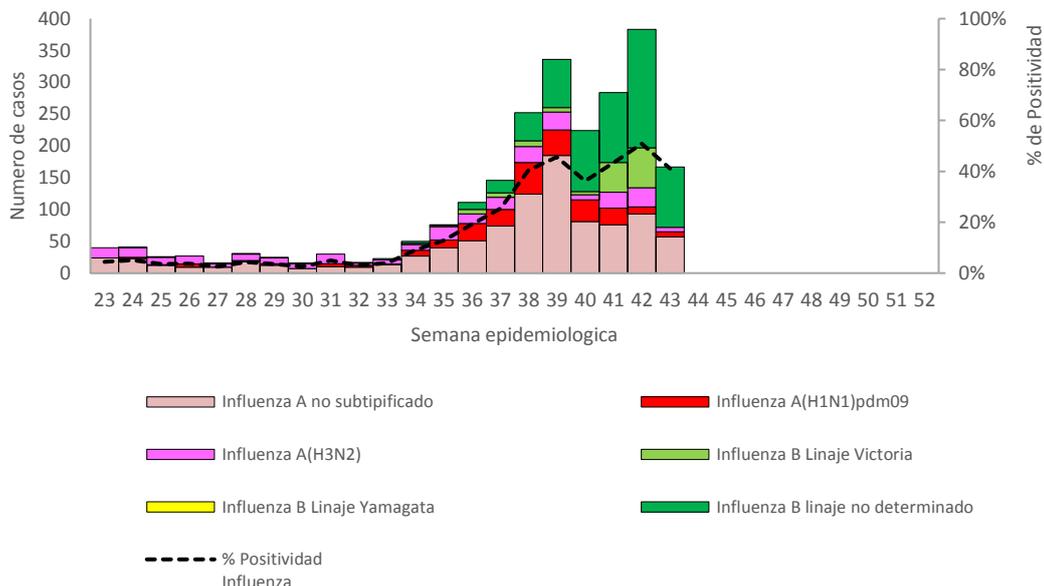
Gráfico 7. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23-43 Año 2022



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 41,03% en SE43. Desde la SE38, en casos hospitalizados el porcentaje de positividad para influenza es superior a la positividad calculada para SARS-CoV-2 y VSR. Entre las SE41-43, se observa un predominio de influenza B en relación a influenza A.

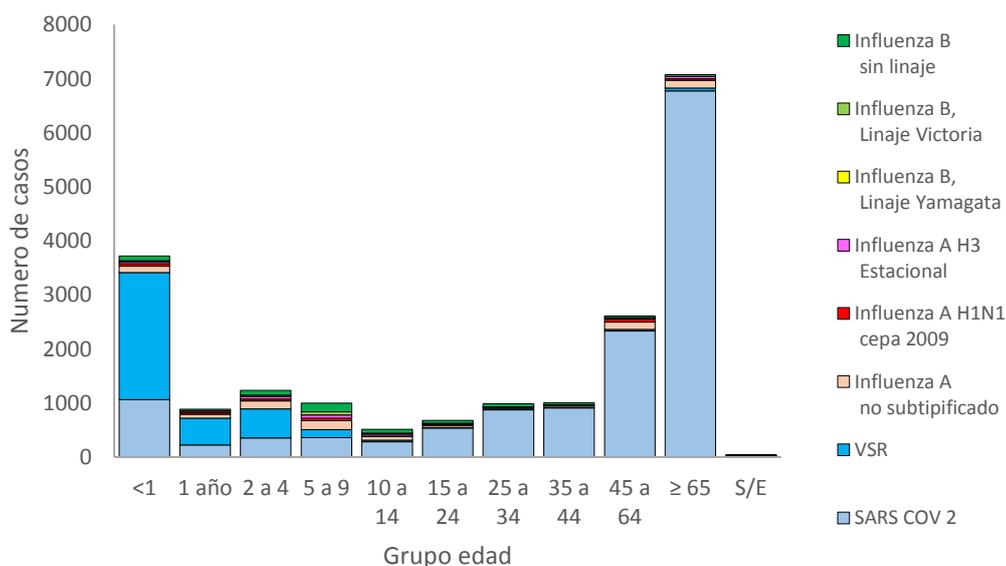
Gráfico 8. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE16-43 Año 2022. Argentina.



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, en el grupo de 5-9 años y 45-64 años en el periodo analizado.

Gráfico 9. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23-43 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}.

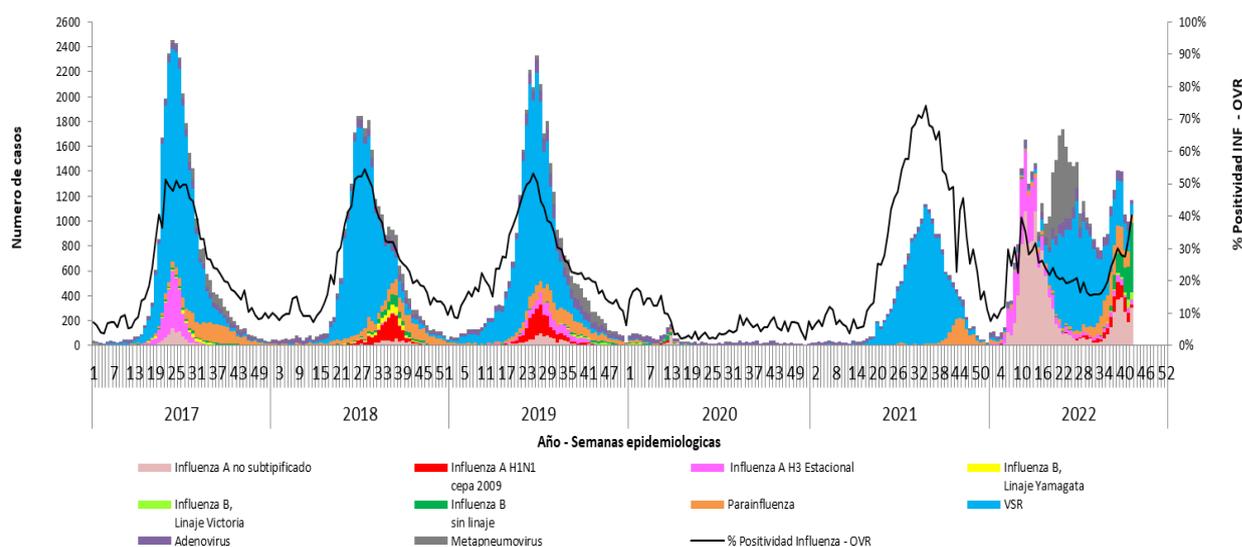
Hasta la SE 43 de 2022, se registraron 116 casos fallecidos con diagnóstico de influenza¹⁵. Desde el ascenso en el número de casos de influenza observado entre SE34 a SE42, se notificaron 9 casos fallecidos, 4 de ellos en SE41¹⁶.

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-SE42 2022



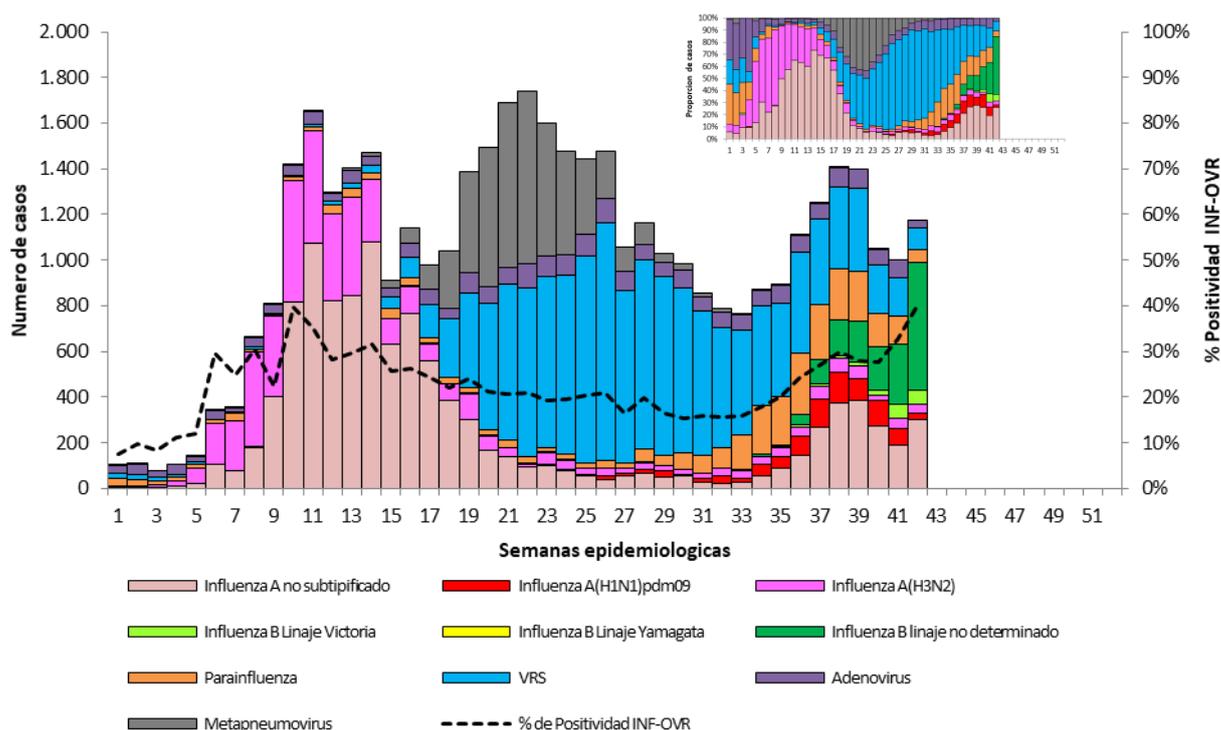
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

¹⁵ Se registra al SNVS la notificación retrospectiva de 8 casos fallecidos con diagnóstico de influenza con fecha de estudio en abril y mayo de 2022.

¹⁶ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, hasta SE22 se considera la fecha de apertura del caso. A partir de la SE23 y en concordancia con el cambio de la estrategia de vigilancia de virus respiratorios se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

En la SE42 se detecta circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: influenza, VSR, parainfluenza y adenovirus; no se detectaron muestras positivas para metapneumovirus. Se destaca la circulación intensa de influenza durante el verano y el nuevo ascenso experimentado desde hace 9 semanas -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A(H1N1) e Influenza B- así como la frecuencia absoluta y relativa de metapneumovirus entre las semanas 16 y hasta la 26.

Gráfico 11. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01- SE42 de 2022. Argentina. (n=43.123)

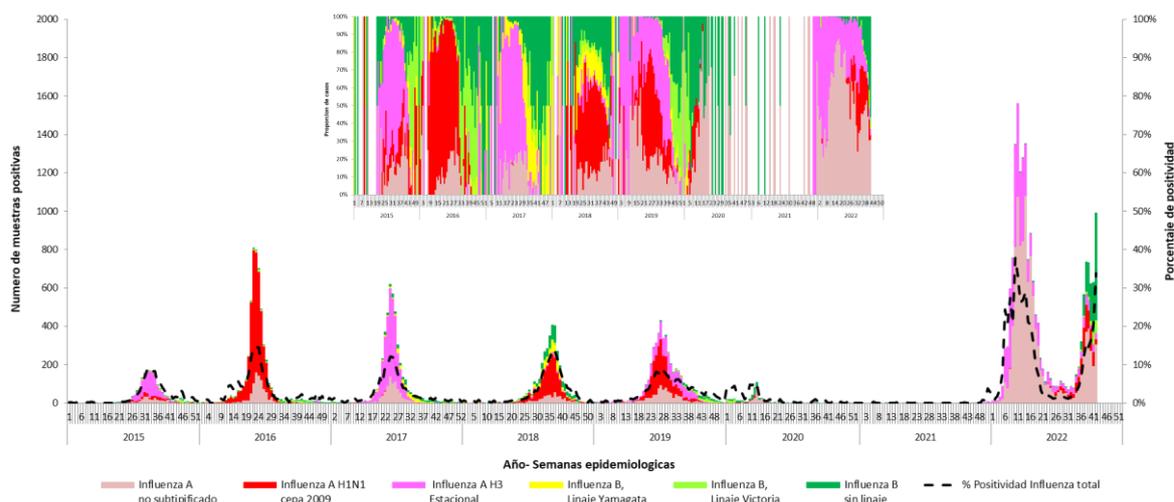


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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 nuevamente un aumento en el número de casos destacándose la co-circulación de influenza A (H1N1), A (H3N2) e influenza B.

Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados la proporción de positividad para influenza se sitúa en 33,88% durante la SE42.

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 SE42 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 SNVS²⁰.

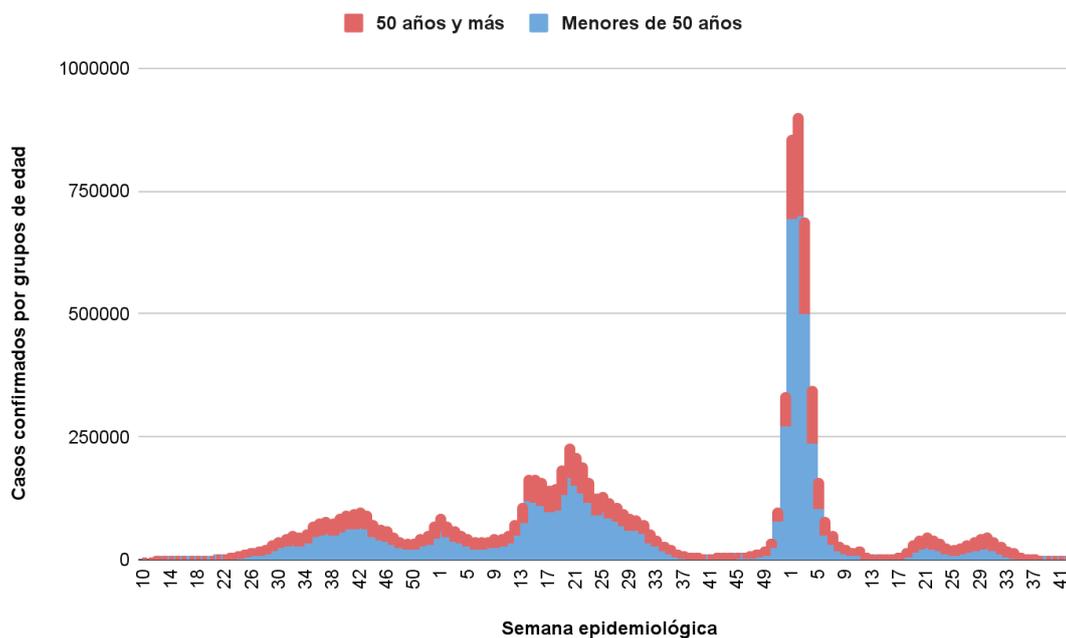
VIGILANCIA DE COVID-19

En Argentina, durante la SE 43 se confirmaron 1.329 casos de Covid-19 y 12 fallecimientos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Desde el inicio de la pandemia hasta el 22 de octubre de 2022, se notificaron 9.718.875 casos confirmados de Covid-19 y 129.991 fallecimientos.

Para el análisis de la tendencia de los casos se utiliza como variable temporal la fecha de inicio del caso¹⁷. Considerando dicha fecha, se registra un descenso de los casos de 9% durante la SE 42 en relación a la semana previa (114 casos menos) según datos notificados a la SE 43.

¹⁷ 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 epidemiológica¹⁸ según grupo de edad. SE 10/2020 - SE 43/2022, Argentina

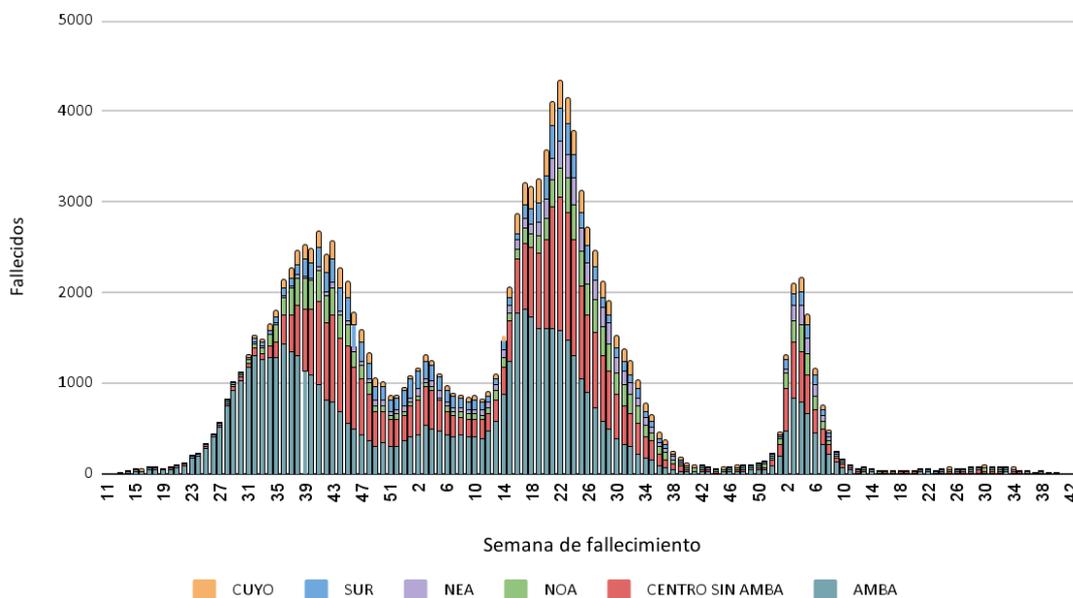


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS^{2.0}.

En cuanto a los fallecimientos, según las notificaciones realizadas a la SE 43, en la SE 42 se produjeron 7 muertes, un aumento de 4 fallecidos con respecto a lo registrado en la SE 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.

¹⁸ La semana utilizada es la semana de inicio del caso según las especificaciones indicadas. Se muestran los datos a semana cerrada. Las últimas semanas están sujetas a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

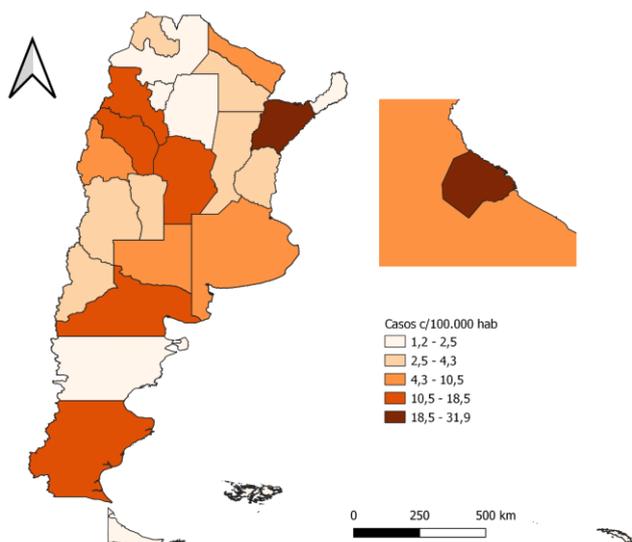
Gráfico 14. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE1/2020 a SE 43/2022, Argentina según regiones.



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

La incidencia de casos de COVID-19 a nivel nacional en población general en las últimas 4 semanas (SE 40 a SE 43/2022) fue de 10 casos por cada 100.000 habitantes. Las jurisdicciones que presentaron las tasas más elevadas fueron CABA y Corrientes (Mapa 3).

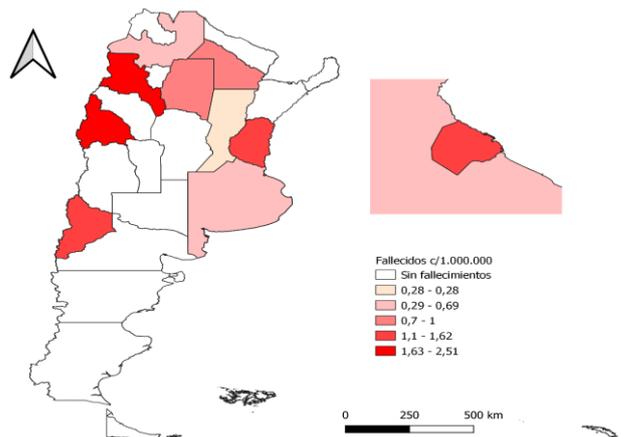
Mapa 1. Incidencia de COVID-19 en población general cada 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 40 a 43/2022, Argentina. N=4.622.



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 0,58 fallecidos por cada millón de habitantes considerando el período comprendido en las últimas 4 semanas (SE40 a 43). Las provincias con las mayores tasas para el período fueron San Juan y Catamarca.

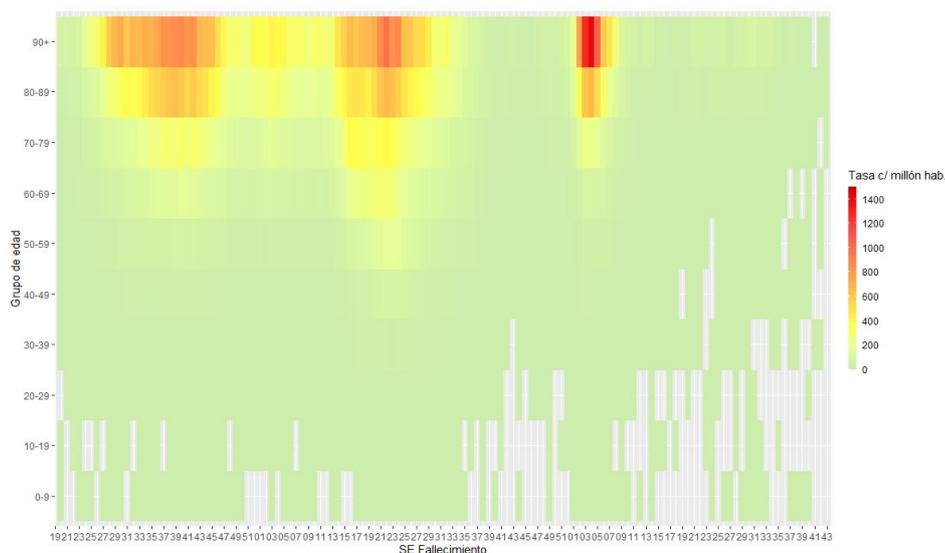
Mapa 2. Tasa de mortalidad acumulada en las últimas dos semanas por 1.000.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 40 a 43/2022, Argentina. N=27.



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.

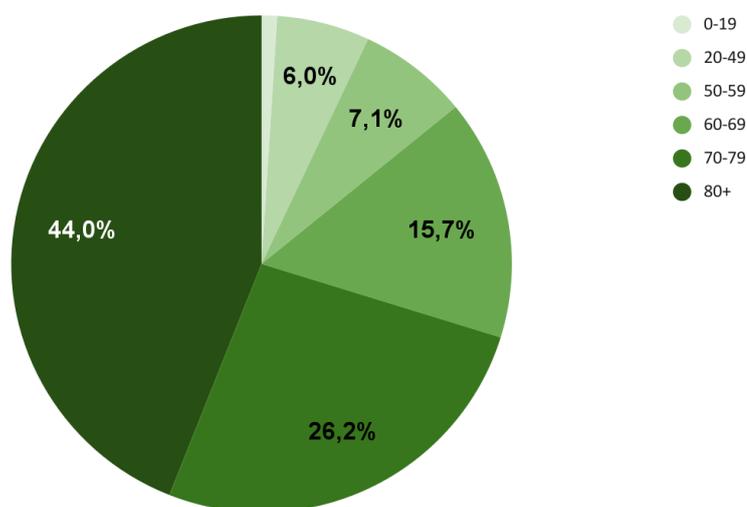
Gráfico 15. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/20 a 43/22.



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% tenían 50 años o más.

Gráfico 16. Fallecidos por grupo edad. Total País, SE 01 a 43/22. N=12.327*



*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 - 02/11/22 SE 43.](#)

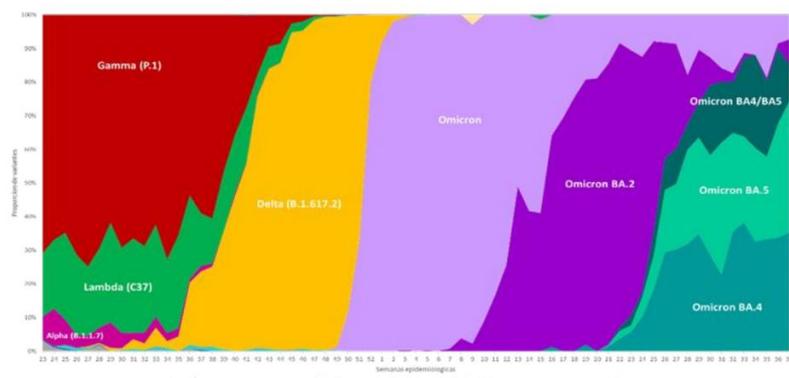
INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

Ómicron 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 Ómicron 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 SE37 la proporción de BA.4, BA.5 y Ómicron compatible con BA.4/BA.5 es de 35,37%, 39,02% y 10,98%, mientras que BA.2 se sitúa en 7,32% (todas las muestras registradas para SE37 cuentan con identificación de linaje).

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.

Distribución porcentual de variantes identificadas en no viajeros según SE de fecha de toma de muestra. SE23/2021-SE37/2022, Argentina*



- Según la información aportada al SNVS.2.0 por las diferentes Jurisdicciones del país, en la SE 37 el porcentaje de variante Ómicron en casos sin antecedente de viaje internacional ni relacionados con la importación, se sitúa en un 100%.
- En relación a los linajes de Ómicron en SE37 la proporción de BA.4, BA.5 y Omicron compatible con BA.4/BA.5 es de 35,37%, 39,02% y 10,98%, mientras que BA.2 se sitúa en 7,32%. Todas las muestras registradas para SE37 cuentan con identificación de linaje.

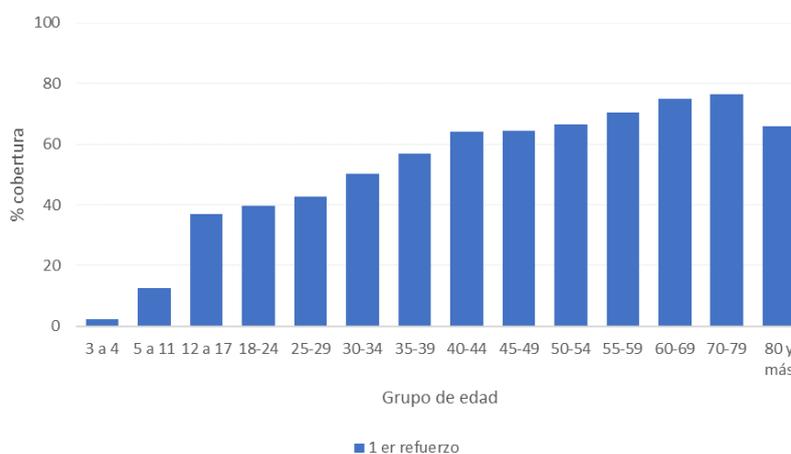
Debido a los tiempos que conlleva el envío de las muestras para secuenciación, la labor de la técnica de secuenciación genómica hasta la obtención de resultados y el registro de los mismos al SNVS.2.0 el número de casos incorporados en las últimas semanas es aún escaso. Esto debe considerarse en la interpretación de la distribución temporal de la circulación de variantes.

Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 02/11/22 SE 43](#) y el [Informe de Vigilancia Genómica SE 35](#).

INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas para el primer refuerzo, el 47,4% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 58,8% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es del 71,8%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años la cobertura alcanzó el 37,1%, en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 12,5% y en el grupo de 3 a 4 años (incorporado en la SE 31) la cobertura es del 2,3%.

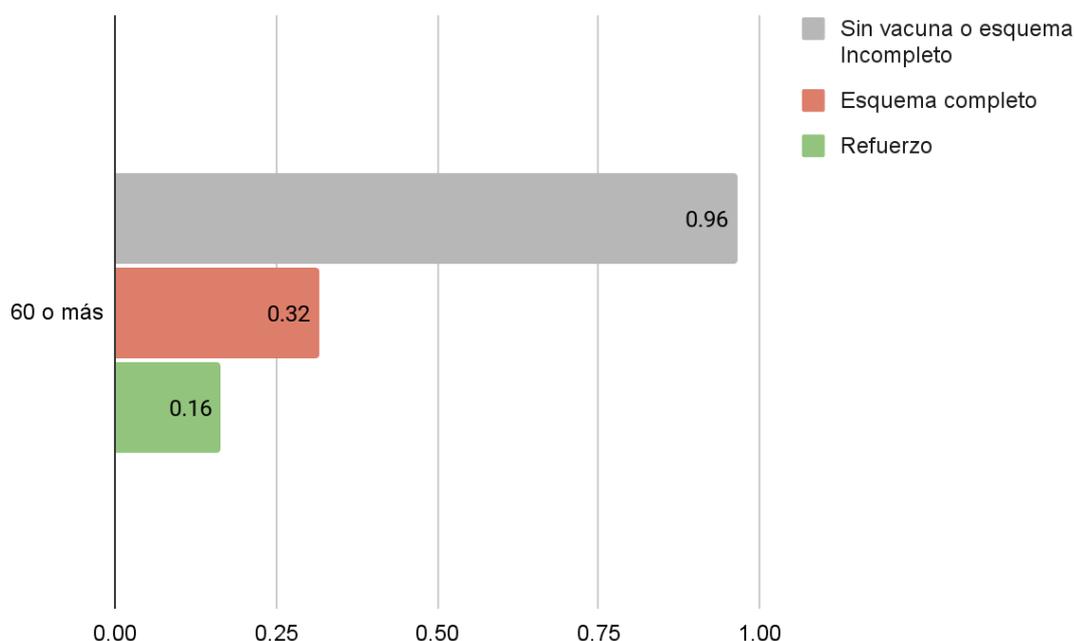
Gráfico 17. Coberturas de 1er refuerzo por grupo de edad. SE 43



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

En cuanto a los casos fallecidos según condición de vacunación, entre las SE40-SE43 se registraron 0,96 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o con esquema incompleto. Se produjeron 0,32 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 0,16 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 40- SE 43/2022, 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 RESPIRATORIOS¹⁹

América del Norte: la actividad de la influenza se mantuvo baja, pero está aumentando. Predominó influenza A(H3N2) con la circulación concurrente de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B (linaje indeterminado). La actividad del SARS-CoV-2 fue baja en general y la circulación del VRS siguió aumentando en la subregión. En Canadá, la influenza se ubicó en los niveles basales, mientras que en México, la actividad de la influenza continuó aumentando en niveles de intensidad moderada. En Estados Unidos aumentó la actividad de la influenza, con predominio de H3N2 y mayor actividad del VRS.

Caribe: la actividad de la influenza permaneció baja en toda la subregión, con predominio de influenza A(H3N2). La actividad de la influenza está en aumento en Jamaica y Puerto Rico. SARS-CoV-2 permaneció elevado en Haití.

América Central: la actividad de la influenza permaneció baja, con predominio de influenza A(H3N2) y circulación concurrente de influenza B/Victoria. La actividad de la influenza aumentó en Nicaragua con la circulación de influenza B (linaje indeterminado). La actividad del SARS-CoV-2 se mantuvo baja en la subregión. En Panamá, la actividad del VRS continuó elevada.

Países Andinos: la actividad de la influenza se mantuvo baja, con predominio de influenza A(H3N2) y circulación concurrente de influenza B/Victoria. En general, la actividad del SARS-CoV-2 y del VRS fue baja en la subregión. Bolivia notificó un aumento de la actividad de la influenza con circulación concurrente de H3N2 y B/Victoria.

Brasil y Cono Sur: la actividad de la influenza aumentó en la subregión, con predominio de influenza A(H3N2) y circulación concurrente de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B/Victoria. La actividad del SARS-CoV-2 se ha mantenido baja en general. Argentina, Chile y Uruguay informaron un aumento de la actividad de la influenza, mientras que la actividad del VRS sigue siendo alta en Brasil y Uruguay.

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19²⁰

627.349.862

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS hasta el 30 de octubre de 2022

6.569.216

Personas fallecidas en el mundo.

2.377.149

Casos nuevos reportados en la última semana.

9.348

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

¹⁹ Tomado de: Reporte de Influenza SE42 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS, disponible en <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

²⁰ 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>

17%↓

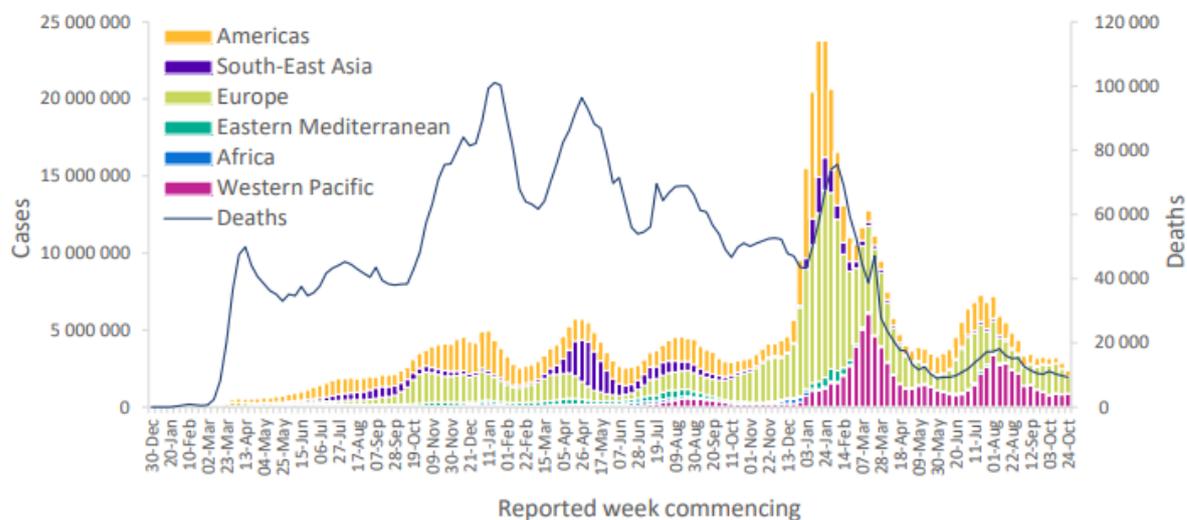
5%↓

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

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 41, la proporción de secuencias notificadas de BA.5 representaron el 74,9%, seguida de BA.2 con una prevalencia del 7% y los linajes descendientes de BA.4, que representan el 4,8%. Las recientes variantes XBB y BQ.1 representaron en la misma semana un 1,5% y un 9% de prevalencia, respectivamente. Según la evaluación de expertos, estas nuevas variantes no implicarían una mayor severidad.

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 6 de noviembre 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

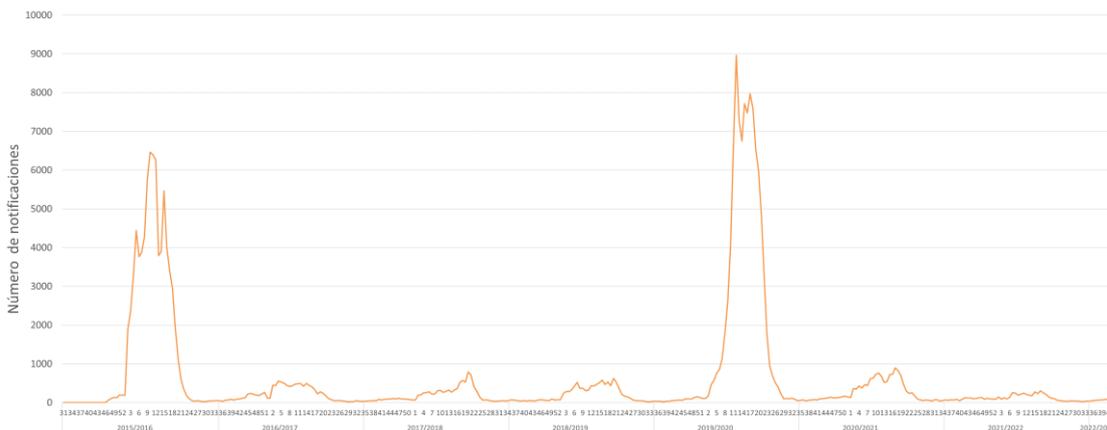
El período de análisis de esta edición corresponde a la SE 44/2022 de la temporada 2022-2023, correspondiente al período interbrote, siendo meses no epidémicos. Durante estos meses se registra una baja en la cantidad de casos sospechosos a nivel país (Gráficos 1 y 2).

Gráfico 1. 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 44/2022). 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).

Gráfico 2. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para todas las temporadas (2015-2016 a SE 44/2023). 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).

Desde la SE 31 del 2022 a la fecha, se registran 4 casos confirmados de dengue, todos con antecedente de viaje al exterior, 6 casos probables de dengue sin antecedente de viaje y 3 casos de probable flavivirus (uno de ellos con antecedente de viaje). Además, se ha registrado un caso de Encefalitis de San Luis.

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. En la SE 40 se registró un cuarto caso de dengue confirmado en Córdoba, con antecedente de viaje a Colombia y serotipo DEN-2. 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 sin antecedente de viaje, corresponden a las provincias de Buenos Aires (SE 31, SE 39 y 43), Chaco (SE 39) y Salta (SE 35 y 39). Todos registran una prueba de laboratorio IgM positiva y se encuentran en investigación, a fines de confirmar o descartar la infección. Además, se registró un caso probable en Santa Fe, con antecedente de viaje a México. (Tabla 1).

Tabla 1. Casos confirmados y probables con y sin antecedente de viaje a otras provincias y al exterior, según provincia. SE 31/2022 a 44/2022.

Provincia	Sin Antecedente de viaje	Con AV a otras provincias	Con AV a otros países		Total notificados
	Probables	Probables	Confirmados	Probables	
Buenos Aires	3	0	1	1	71
CABA	0	0	0	0	47
Córdoba	0	0	0	0	26
Entre Ríos	0	0	0	0	27
Santa Fe	0	0	2	1	88
Centro	3	0	3	2	259
Mendoza	0	0	0	0	4
San Juan	0	0	1	0	2
San Luis	0	0	0	0	0
Cuyo	0	0	1	0	6
Chaco	1	0	0	0	24
Corrientes	0	0	0	0	3
Formosa	0	0	0	0	6
Misiones	0	0	0	0	21
NEA	1	0	0	0	54
Catamarca	0	0	0	0	6
Jujuy	0	0	0	0	48
La Rioja	0	0	0	0	0
Salta	2	0	0	0	178
Sgo. del Estero	0	0	0	0	2
Tucumán	0	0	0	0	13
NOA	2	0	0	0	247
Chubut	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	1
Río Negro	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	1
Sur	0	0	0	0	2
Total PAIS	6	0	4	2	568

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).

Desde la SE 31 del presente año, se notificaron 568 casos con sospecha de dengue, de los cuales el 60% son sospechosos no conclusivos, el 12% se encuentran pendientes de estudios de laboratorio, el 25% fueron descartados y el 2% representan cuatro casos confirmados, cuatro casos probables y el caso de probable flavivirus. Las notificaciones se registraron principalmente en las regiones Centro y NOA (259 y 247 notificaciones respectivamente)

INFORMACIÓN REGIONAL DEL DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE 44

Dengue, Zika y Chikungunya en países limítrofes

Durante el 2022, a SE 44/2022, 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, únicamente Brasil y Bolivia registraron muertes.

Si se observa las curvas epidemiológicas de Bolivia, Brasil y Paraguay (Figura 1), se puede ver que, durante el 2022, Brasil presentó un número de casos mayor a los años anteriores, similares a años epidémicos.

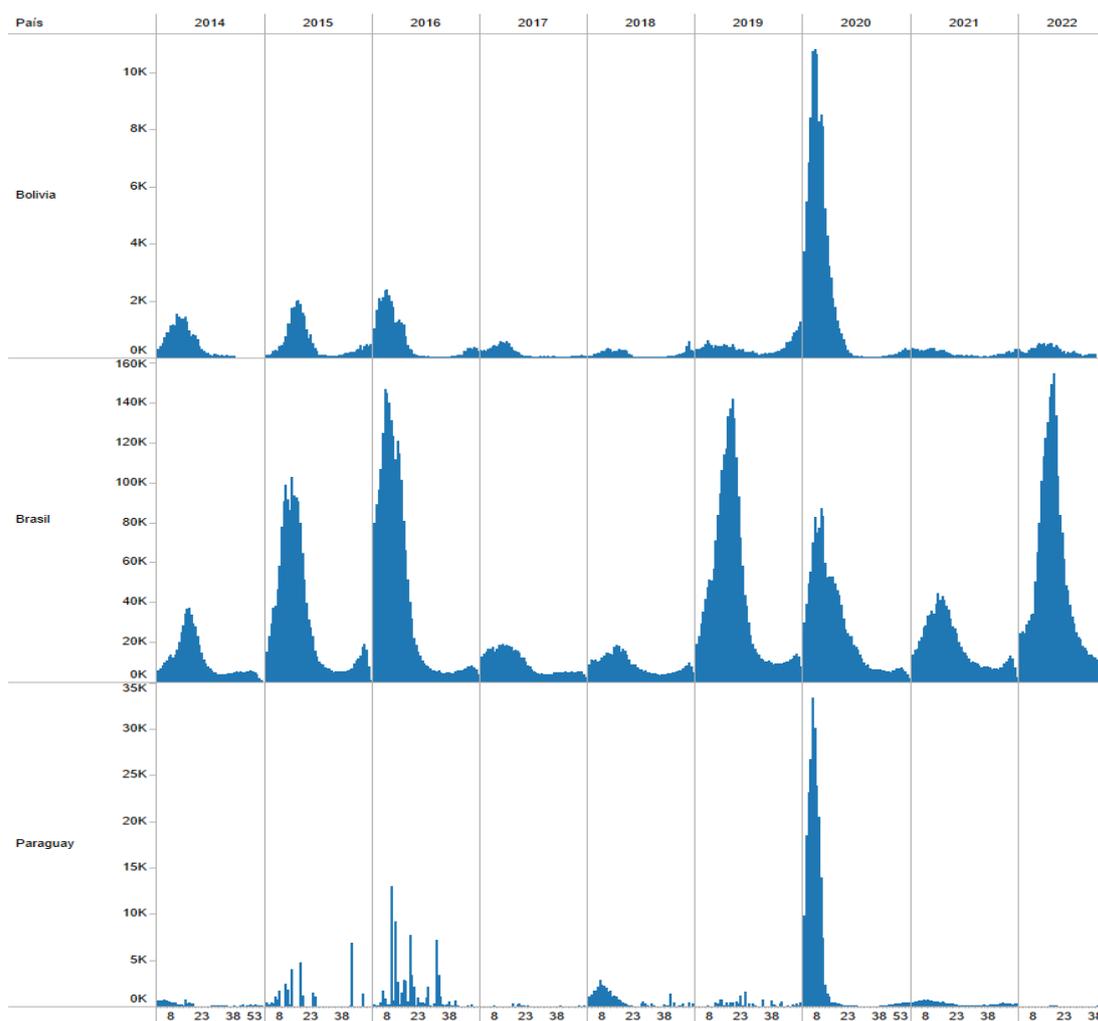
Tabla 2. Casos totales, confirmados por laboratorio y tasas de incidencia cada 100.000 hab. de dengue. Muertes y tasas de letalidad cada 100mil hab., según país*. SE 01/2022 a 44/2022.

País	Última actualización	Serotipos circulantes	Total casos	Tasa de incidencia	Confirmados laboratorio	Muertes	Letalidad
<i>Brasil</i>	SE 40	DEN 1, 2, 3 y 4	2.582.229	1.019,77	1.141.264	929	0,04
<i>Bolivia</i>	SE 38	DEN 1 y 2	10.496	88,11	3.187	7	0,07
<i>Paraguay</i>	SE 43	DEN 1 y 2	1.764	57,20	187	0	0,00
<i>Uruguay</i>	SE 20	-	29	0,83	7	0	0,00
<i>Argentina</i>	SE 44	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}).

Figura 1. Número de casos de dengue por SE. Bolivia, Brasil y Paraguay. Años 2014 a 2021 y SE 1 a 44/2022.



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 3).

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 44/2022.

País	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus de Zika		
	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes
<i>Brasil</i>	SE 40	124.803	75	SE 33	2.372	0
<i>Bolivia</i>	SE 38	11	0	SE 38	3	0
<i>Paraguay</i>	SE 43	183	0	SE 43	0	0
<i>Argentina</i>	SE 44	0	0	SE 44	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 4 casos confirmados importados de dengue, 6 casos probables que se encuentran en investigación, 3 casos de probable flavivirus y un caso confirmado de Encefalitis de San Luis.

En el país no se registra evidencia de circulación viral de dengue. 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. De igual manera, se refuerza la importancia del cierre de casos de otros arbovirus, en un contexto de circulación viral de otras arbovirosis en la región.

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



TÉTANOS SITUACIÓN ACTUAL Y RECOMENDACIONES

El tétanos es una enfermedad neurológica aguda causada por una neurotoxina producida por la bacteria *Clostridium tetani* que prolifera en el sitio de una lesión. Las esporas del *Clostridium tetani* están presentes en el polvo, tierra, heces animales o humanas y se introducen en el cuerpo a través de una herida aguda causada por traumatismos, intervenciones quirúrgicas o inyecciones, o a través de lesiones e infecciones cutáneas crónicas.

Se trata de una enfermedad inmunoprevenible e infecciosa pero no es transmisible de persona a persona.

La mortalidad es elevada, siendo la causa más habitual del fallecimiento el paro respiratorio o arritmia severa. El tratamiento requiere hospitalización. La pronta administración de toxoide tetánico y gammaglobulina antitetánica pueden contribuir a disminuir su severidad.

En el presente informe se actualiza la situación epidemiológica del tétanos en Argentina a la SE 43.

SITUACIÓN NACIONAL HASTA LA SE 43 DE 2022

6

2 - 93

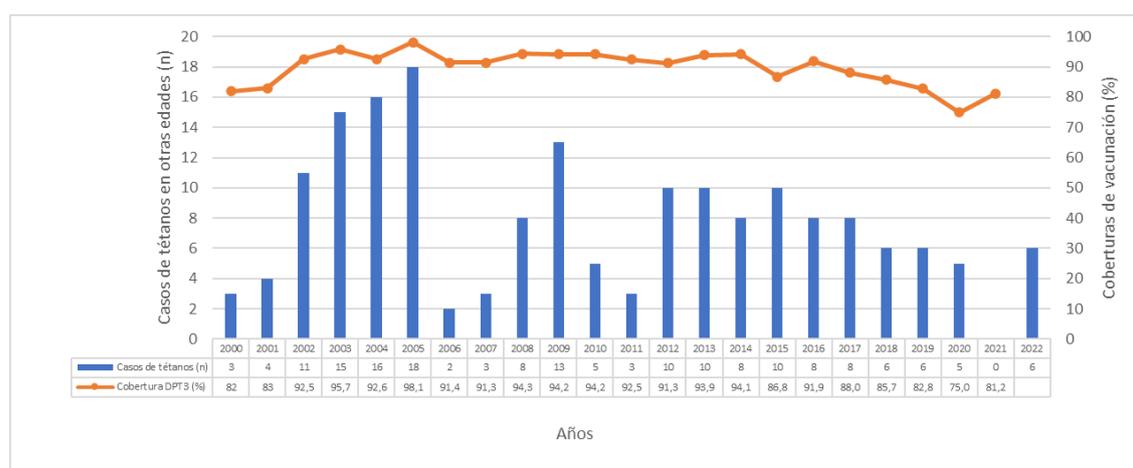
Casos reportados en 2022

Rango de edades en años

- ✓ Durante 2022 se notificaron 6 casos de tétanos
- ✓ No se registraron fallecimientos por esta causa

Considerando el período que va del año 2000 al año 2021 se observa un promedio de casos por año de 8. Respecto de las coberturas de vacunación se mantuvieron por encima del 90% hasta el año 2017, momento desde el cual presentan una tendencia en descenso. Durante el año 2021 se observó un leve recupero desde el inicio de la pandemia de COVID-19.

Gráfico 1: Casos de tétanos y coberturas de vacunación. Argentina. Años 2000-2021



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 y Nomivac.

En cuanto a los casos notificados en 2022, cuatro se produjeron en la provincia de Buenos Aires y los dos restantes en Misiones y Santa Fe respectivamente. Dos casos ocurrieron en personas con sexo legal femenino y 4 en personas con sexo legal masculino.

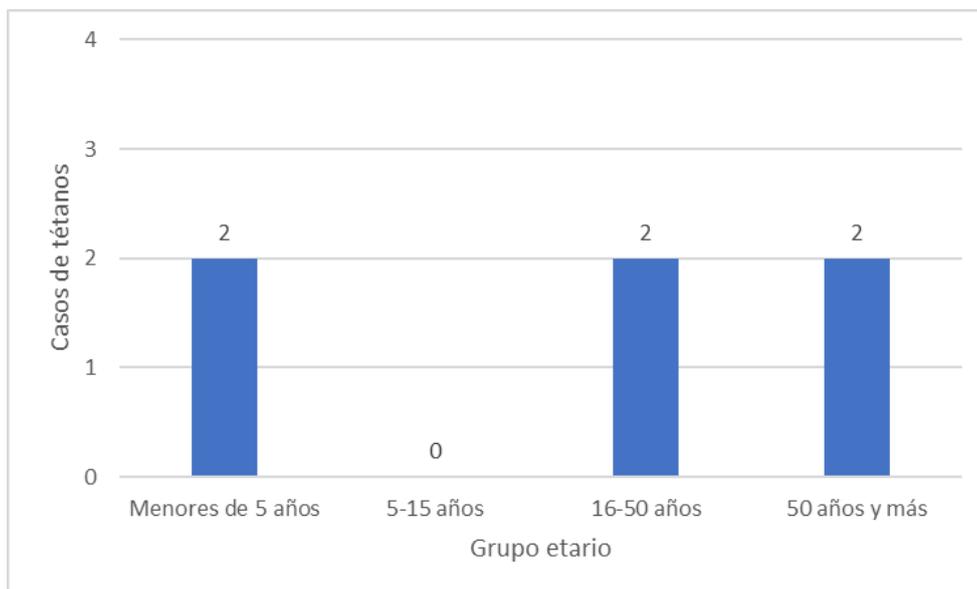
Tabla 1. Casos según provincia y departamento de residencia. Argentina. SE 1 a SE 43. Año 2022.

Provincia de residencia	Departamento	Casos
Buenos Aires	Bahía Blanca	1
	La Plata	1
	Moreno	1
	Quilmes	1
Misiones	Guaraní	1
Santa Fe	San Lorenzo	1
Total general		6

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

Se destaca que los casos se produjeron en un rango de edad entre los 2 y los 93 años. Dos casos se produjeron en niños y niñas menores de 5 años (2 y 3 años) que deberían haber contado con el esquema primario completo. A estos se sumaron los casos en adultos jóvenes y adultos mayores que no recibieron la vacuna y/o gammaglobulina antitetánica según correspondiera por las heridas tetanígenas.

Tabla 2. Casos según edad. Argentina. SE 1 a SE 43. Año 2022.



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

Definiciones y clasificaciones de caso:

- **Sospechoso:** paciente ≥ 28 días de edad con inicio agudo de al menos uno de los siguientes: trismus, risa sardónica o espasmos musculares generalizados. Sin ninguna otra causa aparente con antecedentes o no de heridas (traumáticas, quirúrgicas o por inyectables).
- **Probable:** caso sospechoso con elevación de enzimas como CPK, aldolasa, recuento de leucocitos elevado (ocasionalmente cultivo de *C. tetani*, que puede no aislarse en todos los casos).
- **Confirmado:** caso sospechoso que es confirmado por un médico entrenado. No hay hallazgos de laboratorio característicos de tétanos. La base para la clasificación de casos es completamente clínica y no requiere confirmación del laboratorio.
- **Descartado:** Caso que después de la investigación no cumple con el criterio clínico para confirmación y/o tiene un diagnóstico alternativo. Los diagnósticos diferenciales más frecuentes son: tetania hipocalcémica, distonías inducidas por fármacos (de fármacos como las fenotiazinas), meningoccefalitis, envenenamiento por estricnina y trismus debido a infecciones dentales.

Notificación:

Todo caso sospechoso de tétanos según las definiciones precedentes deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

- **Grupos de eventos:** Tétanos
- **Evento:** Tétanos otras edades
- **Estrategias de vigilancia:** Nominal con datos completos ante la sospecha
- **Periodicidad de notificación:** Notificación inmediata

El tétanos constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley Nacional 15465 en todas las etapas de su evolución, desde la sospecha, la presentación clínica, los antecedentes epidemiológicos así como los antecedentes de vacunación y los tratamientos aplicados.

Ficha de notificación:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ficha-de-notificacion-tetanos>

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Se recomienda en menores de 7 años una serie primaria con un esquema de 3 dosis de vacuna con componente tetánico (quíntuple o séxtuple), aplicados con intervalos de 6-8 semanas. Se

recomienda una cuarta dosis a los 6-12 meses después de la tercera (15-18 meses). Se aplica una quinta dosis de DPT al ingreso escolar. Esta quinta dosis no es necesaria si se aplicó la cuarta dosis después de que el niño haya cumplido 4 años de vida.

A los 11 años de edad se aplica un refuerzo en forma de vacuna triple bacteriana acelular (dTpa). En el caso de personas no vacunadas, se le aplica una serie primaria de tres dosis de toxoides tetánico y diftérico adsorbidos (doble bacteriana para adultos). Las primeras dos dosis se aplican a intervalos de 4 a 8 semanas, y la tercera dosis, de seis meses a un año después de la segunda. La protección activa se debe conservar mediante la administración de una dosis de refuerzo de Td cada 10 años.

MEDIDAS ANTE UN CASO CONFIRMADO

Se debe realizar control del paciente de sostén: sedación, ambiente oscuro y tranquilo, mantener la vía aérea permeable, tratamiento antibiótico (penicilina o metronidazol), indicar una dosis de inmunoglobulina antitetánica intramuscular. La enfermedad no produce inmunidad y las personas deben continuar recibiendo el esquema antitetánico completo posteriormente. La enfermedad no se transmite de persona a persona.

MEDIDAS ANTE UNA HERIDA TETANÍGENA

Se define como herida tetanígena cualquier heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), las contaminadas con cuerpo extraño, fracturas con herida, mordeduras, congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica que se retrasa más de 6 horas o con riesgo de contaminación endógena (a partir de contenido intestinal) o heridas con riesgo de contener esporas (contaminación exógena) o sobre zonas desvitalizadas (compromiso circulatorio), lesiones cutáneas ulceradas crónicas si resultan contaminadas con esporas, sobre todo en diabéticos y aquellas que se presenten en pacientes sépticos.

En la siguiente tabla se indican las pautas a seguir según el tipo de herida (limpia o tetanígena) y el estado o antecedente de vacunación del paciente.

Profilaxis antitetánica en función de los antecedentes de vacunación y el tipo de herida.

Situación de vacunación	Herida limpia ¹	Herida tetanígena ²	
	Vacuna Td	Vacuna Td	IGT ³
No vacunado, < 3 dosis, o situación desconocida	1 dosis (completar la pauta de vacunación)	1 dosis (completar la pauta de vacunación)	1 dosis en un lugar diferente de administración
3 o 4 dosis	No necesaria (1 dosis si hace >10 años desde la última dosis)	No necesaria (1 dosis si hace >5 años desde la última dosis)	Solo en heridas de alto riesgo ⁴
5 o más dosis	No necesaria	No necesaria (si hace >10 años de la última dosis, valorar la aplicación de 1 única dosis adicional en función del tipo de herida)	Solo en heridas de alto riesgo ⁴

1 Heridas limpias: las no incluidas en el apartado siguiente. No precisan IGT.

2 Heridas tetanígenas: heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), las contaminadas con cuerpo extraño, fracturas con herida, mordeduras, congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica que se retrasa más de 6 horas o con riesgo de contaminación endógena (a partir de contenido intestinal) o heridas con riesgo de contener esporas (contaminación exógena) o sobre zonas desvitalizadas (compromiso circulatorio), lesiones cutáneas ulceradas crónicas si resultan contaminadas con esporas, sobre todo en diabéticos y aquellas que se presenten en pacientes que tienen sepsis.

3 IGT: inmunoglobulina antitetánica. Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administra una única dosis de 250 UI por vía intramuscular. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en caso de quemaduras, fracturas o heridas infectadas, se administrará una dosis de 500 UI. La protección que induce es inmediata, pero con una duración máxima de 4 semanas.

4 Heridas de alto riesgo: aquellas heridas tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas y/o que presenten grandes zonas de tejido desvitalizado. En inmunodeprimidos (incluidos VIH) y usuarios de drogas por vía parenteral, se administrará una dosis de IGT en caso de cualquier herida tetanígena, independientemente del estado de vacunación.

RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

Mantener el Calendario Nacional de Vacunación al día.

Ante una herida tetanígena consultar con un profesional de salud que evalúe la necesidad de indicar profilaxis con vacuna y/o gammaglobulina antitetánica.

Es fundamental que los equipos de salud sospechen de forma temprana la enfermedad y se realice una administración adecuada del tratamiento.

Se recomienda promover la vacunación en la población objetivo, y comunicar a la población las recomendaciones para la prevención de la enfermedad.

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA



LISTERIOSIS: NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA Y CONTROL

INTRODUCCIÓN

En julio de 2022 se difundió entre los Directores/as de Epidemiología y Referentes de Vigilancia, y Referentes de programas y Laboratorios Nacionales el *Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria* consensuado en el último Encuentro Federal de Epidemiología de diciembre del 2021.

El mismo ya se encuentra terminado e incorporado al proyecto de resolución de actualización de las normas. Si bien ese proceso no está finalizado y, por tanto, no tiene aún un carácter normativo, la versión final del manual contiene el listado de los 151 eventos de notificación obligatoria discutidos y consensuados con las autoridades epidemiológicas de las 24 jurisdicciones y referentes nacionales de programas y laboratorios.

Entre los eventos actualizados, el Grupo de Eventos *Listeriosis* incorporó en la modalidad de notificación del evento *Listeriosis*. Asimismo, se actualizó la Ficha de notificación del evento.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La listeriosis es una enfermedad infecciosa grave causada por la bacteria *Listeria monocytogenes*. Es una de las enfermedades de transmisión alimentaria más graves, relativamente rara (0,1 a 10 casos anuales por millón de personas, dependiendo del país y la región - datos OPS). A pesar del bajo número de casos reportados anualmente, esta enfermedad presenta una alta tasa de mortalidad, lo que la convierte en un importante problema de salud pública.

Afecta principalmente a mujeres embarazadas y sus recién nacidos, adultos de 65 años o mayores y personas con el sistema inmunitario debilitado.

En las personas gestantes, la invasión placentaria puede llevar a la infección fetal, que ocasiona mortinatalidad, parto prematuro o infección neonatal. La infección neonatal se manifiesta comúnmente como septicemia o meningitis; esta última es más frecuente con la aparición tardía del cuadro (más de una semana de edad). También puede causar abortos espontáneos. La tasa de letalidad en los recién nacidos infectados es de 20% a 30 %, y se acerca a 50% cuando se presenta en los cuatro días siguientes al nacimiento.

En los adultos mayores y en las personas con ciertas afecciones que causan inmunodepresión, los cuadros invasores suelen manifestarse como septicemia o meningitis.

En personas sanas, la infección por *Listeria* a menudo es asintomática, pero puede causar una gastroenteritis febril aguda.

Los brotes de infecciones por *Listeria* en los años 90 estuvieron vinculados principalmente a embutidos y salchichas. Actualmente, los brotes de *Listeria* generalmente están vinculados a productos lácteos, frutas y verduras (CDC).

MODOS DE TRANSMISIÓN

A partir del medio ambiente, pueden contaminarse los alimentos en su origen, durante su preparación o luego de su cocción.

Algunos animales no presentan síntomas, pero son "portadores" de la bacteria en sus intestinos, pudiendo resultar contaminados los productos cárnicos y lácteos que de ellos se obtengan.

Generalmente se produce por el consumo de alimentos contaminados con la bacteria. Los alimentos más comúnmente asociados son: lácteos sin pasteurizar, carnes y pescados crudos o insuficientemente cocidas, frutas y verduras sin lavar, germinados y brotes crudos o insuficientemente cocidos, jugos, licuados o batidos de frutas preparados en locales de comidas, vegetales congelados envasados y alimentos listos para consumo que no son sometidos a cocción por parte del consumidor como fiambres y embutidos

En las infecciones neonatales casi siempre se transmite de la madre al feto, muy probablemente por vía transplacentaria, durante el paso por el conducto del parto o por infección ascendente secundaria a colonización vaginal.

El periodo de incubación es relativamente largo. Por lo general entre 2 y 3 semanas, pero se han presentado casos de 70 días de incubación.

MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN

Evento SNVS	Modalidad	Estrategia / Componente	Periodicidad
Listeriosis	Nominal	Universal/Clinico/laboratorio/ Investigación epidemiológica	Inmediata ante caso positivo con identificación del agente (*)

(*) La carga del caso sospechoso no es obligatoria y sí es operativa para la derivación de muestras y la referencia y contrarreferencia de muestras. No implica acciones de control.

Definición de brote: Todo caso confirmado debe ser considerado como un posible brote. Modalidad de Notificación "Formulario de notificación de brotes".

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso de listeriosis: *adultos y niños > 1 mes de edad:* Paciente con cuadro invasivo, septicemia o meningitis.

Caso sospechoso de listeriosis materno-neonatal: persona gestante, feto o neonato < 1 mes. Paciente con cuadro invasivo, septicemia o meningitis, parto prematuro sin otra causa aparente, aborto séptico y/o muerte fetal.

Caso confirmado: cuando se aísla *Listeria monocytogenes* de sitios anatómicos normalmente estériles (ej. Sangre, LCR), o de productos de embarazo o aborto (líquido amniótico, placenta, tejido fetal).

Cuando se obtienen aislamientos de L. monocytogenes de la madre y del neonato, se informa como un único caso.

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- 1) Alertar en forma temprana ante la ocurrencia de casos/brotos, para posibilitar las acciones de investigación y control necesarias para interrumpir la cadena de transmisión.
- 2) Monitorear la tendencia espacial y temporal de las infecciones por Listeria.
- 3) Identificar las principales fuentes y vehículos de transmisión.
- 4) Conocer las características epidemiológicas de cada evento en forma oportuna (población afectada, modalidades de presentación; factores de riesgo y características de los agentes involucrados).
- 5) Caracterizar la gravedad de los casos de acuerdo a la evolución (secuelas, letalidad).
- 6) Caracterizar la presencia del patógeno de los casos, en la cadena de producción de alimentos a partir de información generada desde el Sistema Nacional de Control de alimentos.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Para la prevención de la listeriosis se recomienda:

- Lavar cuidadosamente utensilios de cocina y superficies en contacto con alimentos crudos (por ejemplo: mesadas, tablas de picar, cuchillas, etc.).
- Lavar y desinfectar minuciosamente las frutas y verduras crudas.
- Cocinar completamente las carnes y embutidos como salchichas, chorizos y morcillas.
- Cocinar los vegetales congelados siguiendo las especificaciones de tiempo y temperatura que indique el elaborador en el envase, a menos que en el rótulo se indique que son vegetales listos para consumir.
- Si es consumidor de vegetales congelados, evite descongelarlos a temperatura ambiente.
- Evitar consumir productos lácteos elaborados con leche sin pasteurizar (especialmente en población vulnerable como personas gestantes).
- Mantener la higiene de la heladera.
- Evitar la contaminación cruzada entre alimentos crudos como carnes, pescados, frutas y verduras y alimentos cocidos o listos para consumir.
- Al consumir alimentos perecederos que han sido preparados con antelación, asegurarse que hayan sido conservados en la heladera por no más de 24hs y recalentar todo el alimento completamente, hasta que todas sus partes estén bien calientes y humeantes.
- Consumir los alimentos perecederos y los listos para consumir antes de su fecha de vencimiento.
- Al consumir alimentos elaborados fuera del hogar (por ej. en restaurantes, rotiserías, eventos y otros locales de comida) elegir preferentemente alimentos que se sirven bien cocidos y calientes (especialmente población de riesgo).

MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

En caso de brote de listeriosis debe iniciarse una investigación epidemiológica, que incluya la encuesta alimentaria inmediata para determinar la fuente de infección y el modo de transmisión, y deben iniciarse medidas preventivas o de control. La incidencia relativamente baja y los períodos de incubación prolongados pueden hacer difícil reconocer los brotes de listeriosis. Por consiguiente, es importante una investigación inmediata y minuciosa de todos los casos, que incluya la encuesta alimentaria inmediata.

PARA MÁS INFORMACIÓN Y LINKS DE INTERÉS:

Ficha de recolección de datos para la notificación:

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

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