

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA

50



NÚMERO 632
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	1
SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES	2
Viruela símica / Mpox	3
EVENTOS PRIORIZADOS	10
Vigilancia de Infecciones respiratorias agudas	11
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	38
INFORMES ESPECIALES	45
Meningoencefalitis y otras enfermedades invasivas por <i>streptococcus pneumoniae</i>	46
ALERTAS EPIDEMOLÓGICAS INTERNACIONALES	64
Alertas y actualizaciones epidemiológicas internacionales	65
Actualización epidemiológica - Cólera - 20 de DICIEMBRE de 2022	65
Casos de enfermedades causadas por estreptococo del grupo A en Uruguay 19 de diciembre de 2022.....	66
Actualización epidemiológica brotes de influenza aviar y las implicaciones para la salud pública en la Región de las Américas - 14 de diciembre de 2022.....	67
Poliovirus circulante derivado de la vacuna tipo 2 (CVDPV2) – Indonesia – 19 de diciembre	67
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA	68
Recomendaciones para la prevención de infecciones respiratorias agudas en establecimientos de salud	69
Resolución 2827/2022: Actualización de las normas de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria	70
Calendario epidemiológico 2023.....	71

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
Julieta 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, además de los equipos de la Dirección de Epidemiología:

- Informe viruela símica: Adrián Lewis¹
- Informe infecciones respiratorias agudas: Elsa Baumeister y Andrea Pontoriero², Josefina Campos³.
- Informe Meningoencefalitis y otras enfermedades invasivas por *streptococcus pneumoniae*: Luciana Iummato⁴, Florencia Bruggesser⁵, Silvina Neyro⁵, Jonathan Zintgraff⁶, Nahuel Sánchez Eluchans⁶, Claudia S. Lara⁶.

Imagen de tapa: Visión en microscopio óptico de *Streptococcus pneumoniae*. Aportada por el Servicio Bacteriología Clínica, INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

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.

4 Dirección de Epidemiología.

5 Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

6 Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio Bacteriología Clínica - INEI - ANLIS.

**SITUACIONES
EPIDEMIOLOGICAS
EMERGENTES**



VIRUELA SÍMICA / MPOX

SITUACIÓN NACIONAL AL 21/12/2022

1.008

1

Casos confirmados reportados

Caso confirmado fallecido

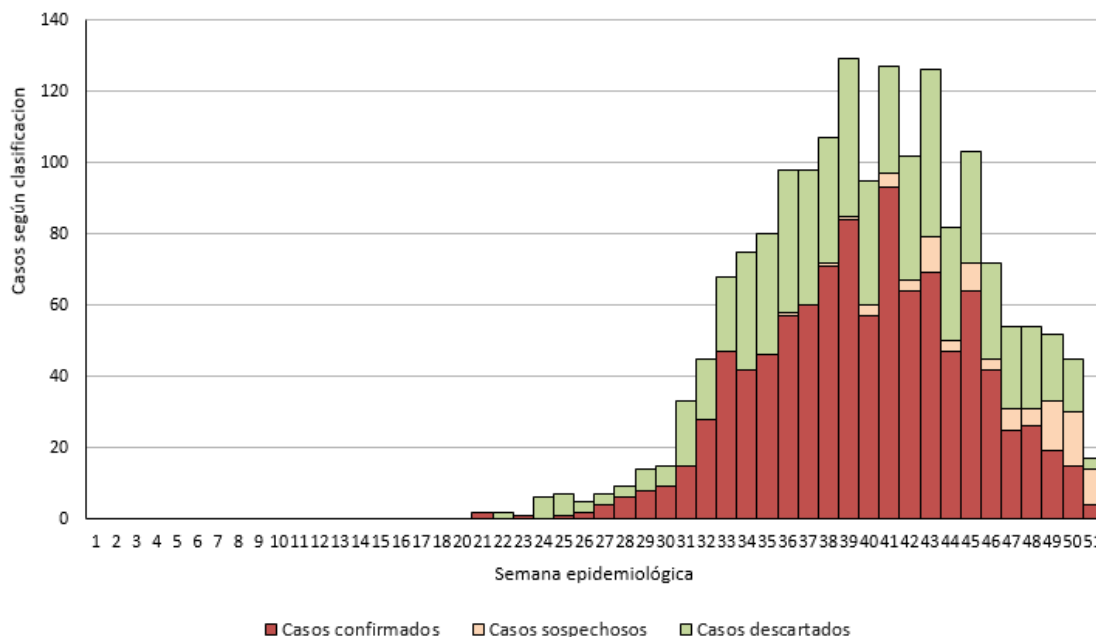
- ✓ Hasta el 21 de diciembre se confirmaron 1008 casos en Argentina.
- ✓ El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 21 casos con un máximo de 26 en la SE48 y un mínimo de 15 en la SE50.
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 35 años con un mínimo de 0 años y un máximo de 78 años.
- ✓ El 98% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino (19 corresponden a sexo legal femenino, 4 de género trans y 15 de género cis).
- ✓ Actualmente no se registran casos en unidades de cuidados intensivos.
- ✓ El día 22/11 se notificó el primer y único caso fallecido hasta el momento, un varón de 44 años que presentaba factores de riesgo (VIH-SIDA).
- ✓ Se han notificado casos confirmados en 16 jurisdicciones y sospechosos en 23.
- ✓ Los casos siguen concentrados en la región Centro, en grandes conglomerados urbanos (el 65,8% 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.
- ✓ Se notificó un caso confirmado en un lactante de 30 días de vida con antecedentes de prematuridad y sífilis congénita.

Tabla 1. Viruela símica: frecuencia absoluta y relativa de notificaciones acumuladas según clasificación y provincia de residencia. Argentina al 21-12-22.

Provincia de residencia	Confirmado	Frecuencia relativa acumulada Confirmados	Sospechoso	Descartado	Total	Frecuencia relativa acumulada Total notificados
CABA	663	65,8	43	282	988	57,08
Buenos Aires	271	92,7	28	252	551	88,91
Córdoba	23	94,9	2	27	52	91,91
Santa Fe	17	96,6	1	18	36	93,99
Tierra del Fuego	9	97,5		4	13	94,74
Río Negro	5	98,0		4	9	95,26
Mendoza	4	98,4	1	5	10	95,84
Santa Cruz	4	98,8	1	6	11	96,48
Neuquén	3	99,1		5	8	96,94
Chubut	2	99,3	2	5	9	97,46
Tucumán	2	99,5	10		12	98,15
Chaco	1	99,6		5	6	98,50
Corrientes	1	99,7		1	2	98,61
Jujuy	1	99,8		4	5	98,90
Salta	1	99,9			1	98,96
San Juan	1	100		4	5	99,25
Entre Ríos				2	2	99,36
Formosa				4	4	99,60
La Pampa				1	1	99,65
La Rioja				1	1	99,71
Misiones				3	3	99,88
San Luis				1	1	99,94
Santiago del Estero				1	1	100,00
Total general	1008		88	635	1731	

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

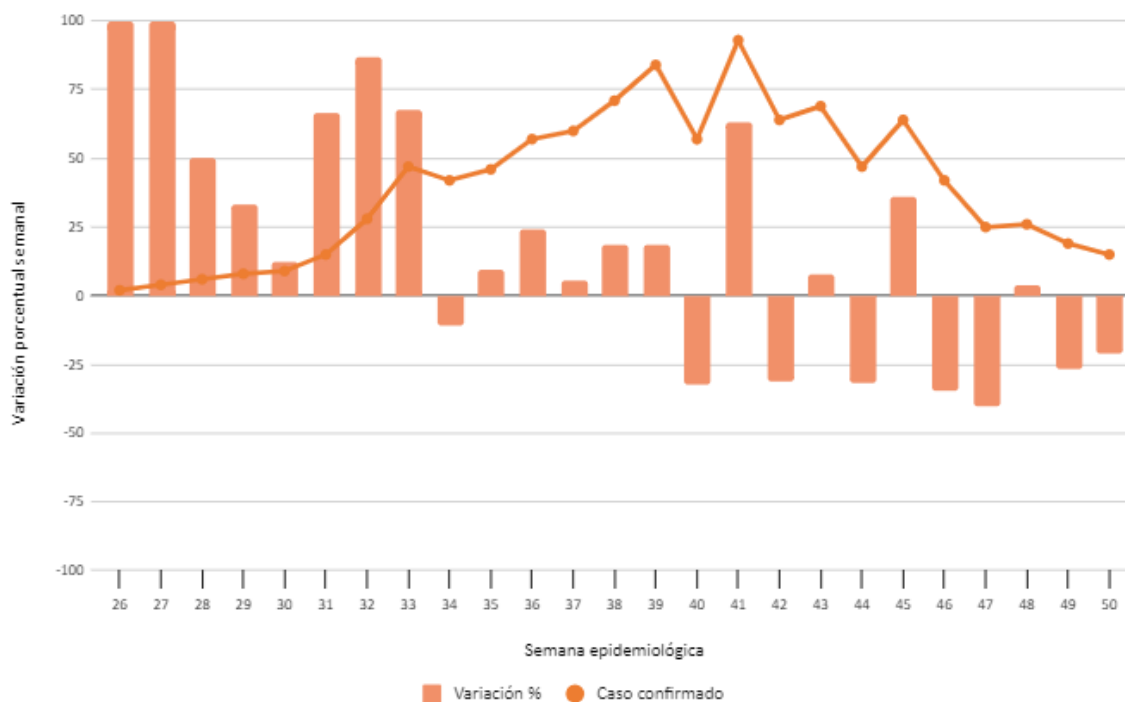
Gráfico 1. Casos de viruela símica según clasificación por semana epidemiológica de notificación. Argentina. SE1 a SE50 (51 parcial).



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 21 con un máximo de 26 en la SE48 y un mínimo de 15 en la SE50 (Gráfico 1). Se registra por novena semana consecutiva un menor número de casos que en la semana en que se registró el pico de la semana SE41 y una tendencia sostenida en descenso.

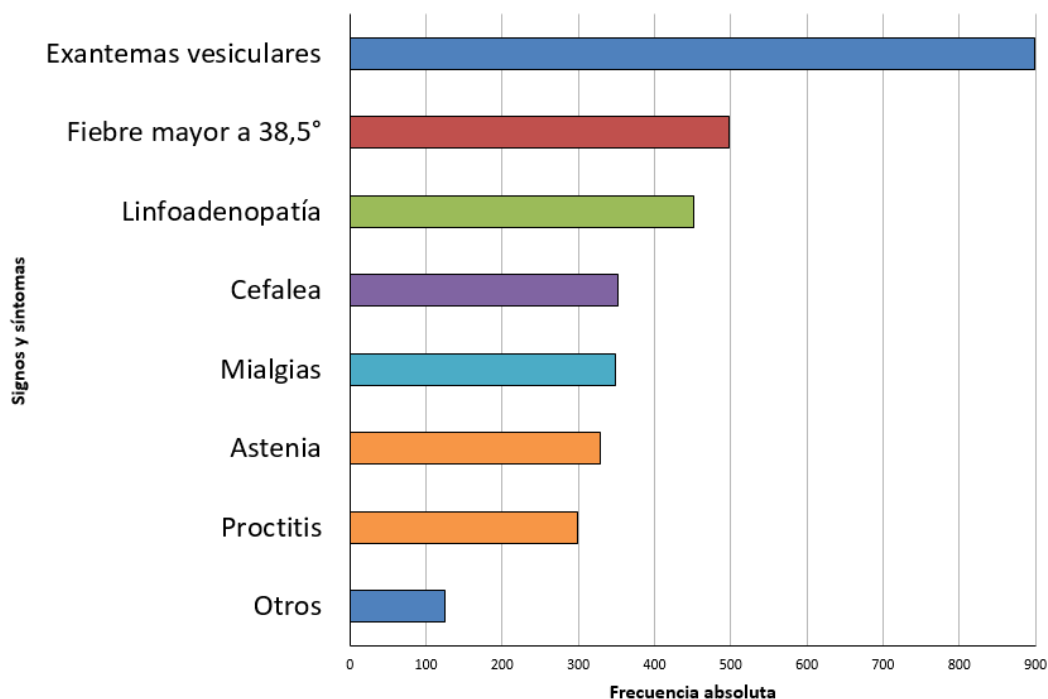
Gráfico 2. Variación respecto de la semana anterior y casos confirmados por semana epidemiológica. SE26 a SE50.



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.

Gráfico 3. Viruela símica: frecuencia absoluta de signos y síntomas en casos confirmados (n=1008). Hasta 21/12/2022.

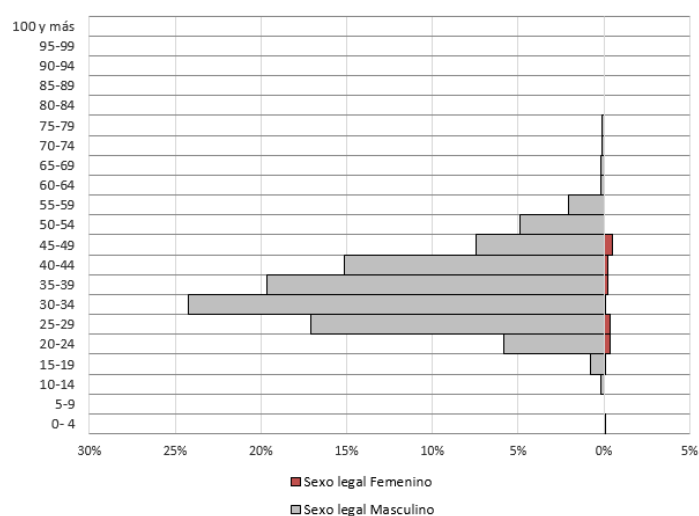


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0

El 98% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino y 19 de sexo legal femenino (4 mujeres de género trans y 15 mujeres de género cis).

La mediana de edad es de 35 años, con un mínimo de 1 mes 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 21/12/2022.



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 1008 casos confirmados, hasta el momento 67 refieren antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas. De los casos restantes, se cuenta con información disponible para 639 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

83.399

Casos confirmados reportados a OMS

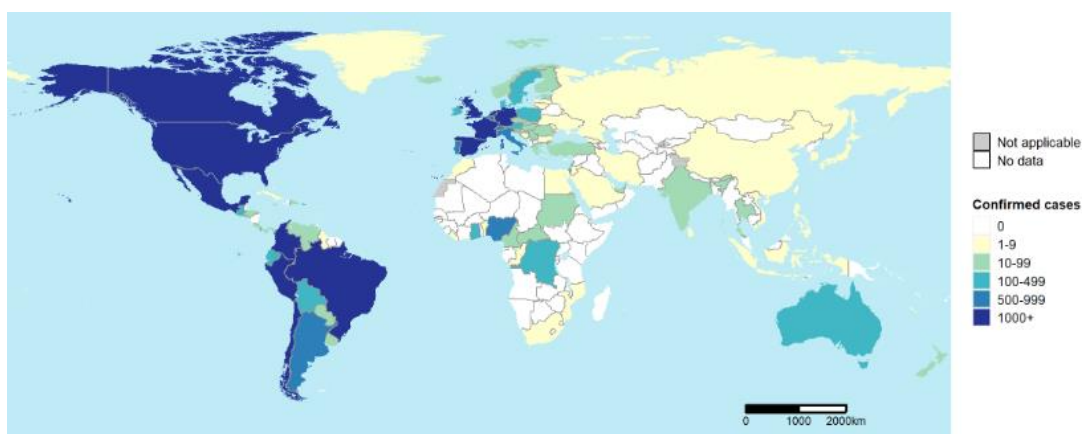
110

Países afectados

72

Personas fallecidas reportadas a OMS

Mapa 1. Distribución geográfica de casos de viruela símica reportados a OMS entre el 01/01 y el 21/12.



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

Tabla 2. Viruela símica: Casos notificados y fallecidos por Región de la OMS, al 21-12-22.

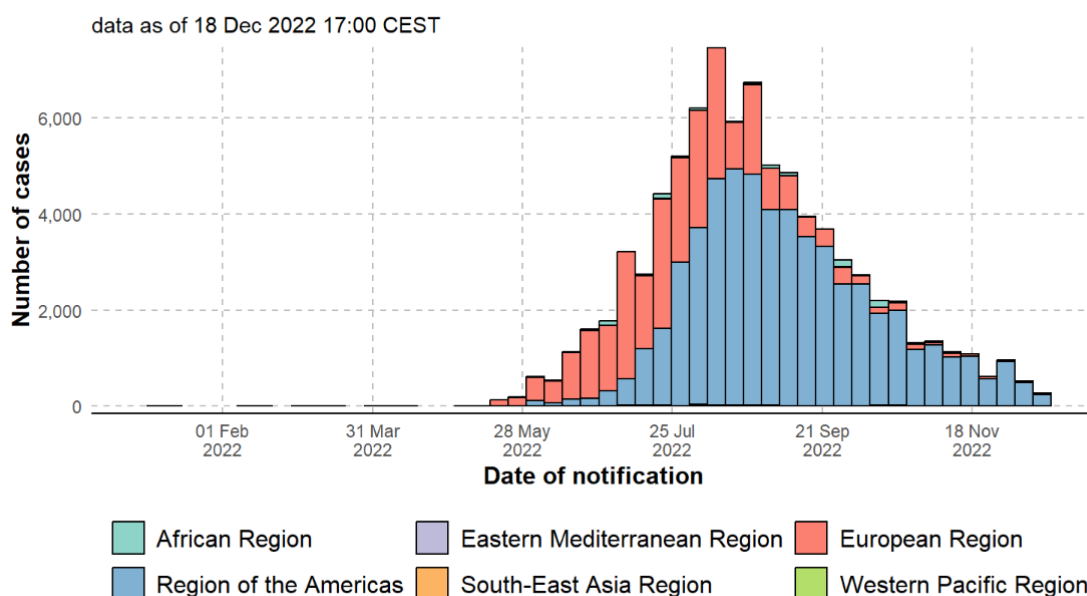
Región	Casos	Fallecidos
Región de África	1.126	15
Región de las Américas	56.171	50
Región del Mediterráneo Oriental	80	1
Región de Europa	25.699	5
Región del Sudeste Asiático	35	1
Región del Pacífico Occidental	228	0

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

Desde el 1° de enero hasta el 21 de diciembre de 2022, se han registrado 83.339 casos de viruela símica confirmados en 110 países/territorios/área y 72 muertes distribuidas en cinco de las seis Regiones de la OMS.

El número de casos nuevos informados semanalmente en todo el mundo ha disminuido un 48,4 % en la semana 50 en comparación con la semana previa; 7 países informaron un aumento en el número semanal de casos, con el mayor aumento informado en Panamá; 70 países no han informado nuevos casos en los últimos 21 días y se verifica una tendencia sostenida al descenso.

Epidemic curve shown for cases reported up to 18 Dec 2022 to avoid showing incomplete weeks of data.



Source: WHO

El 85,7% de los casos se concentran en 10 países: Estados Unidos, Brasil, España, Francia, Colombia, Reino Unido, Alemania, Perú, México y Canadá.

El 96,6% de los casos con datos disponibles son de sexo masculino, la mediana de edad es de 34 años.

El 1,3% 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 85,3% (24.852/29.151) se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y entre ellos, el 5,7% se identificaron como bisexuales.

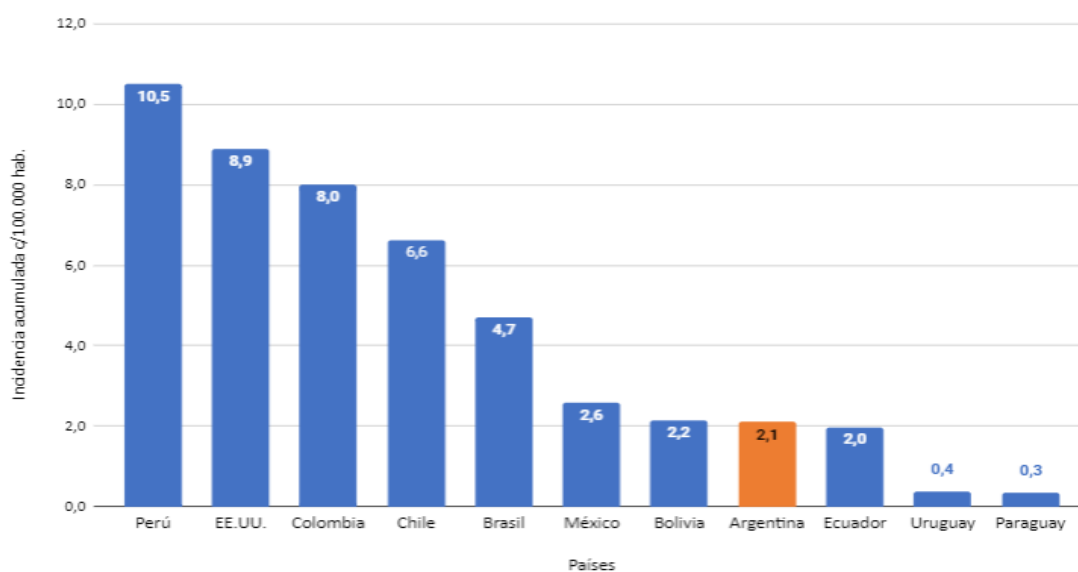
De todos los tipos probables de transmisión, los encuentros sexuales fueron los más comúnmente reportados, con 14.503 de 19.835 (73,1%) de todos los eventos de transmisión reportados.

Entre los casos mundiales con estado de VIH conocido, el 51,5% (14.683/28.538) 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 68,2% 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 21-12-22.



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

EVENTOS PRIORIZADOS



VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

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

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

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

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

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

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

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE LA SE 50/2022

62.261

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana 50. De estos, 48.070 corresponden a dicha semana considerando la fecha de inicio de síntomas o la fecha mínima del caso.

39

Fallecidos informados en la semana 50. De estos, 30 ocurrieron en dicha semana.

42,3%↑

Aumento de casos confirmados según la fecha mínima del caso⁸ en SE 50 respecto a la SE 49 (14.288 casos más).

63,6%

De los casos confirmados en la SE 50 fueron registrados en el AMBA.

33,77%

Positividad para SARS-CoV-2 por RT-PCR en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 49.

27,37%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio en la SE 49.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 49/2022

- ✓ Los casos de ETI registrados hasta la SE49 superan los casos registrados en años históricos. Asimismo, los casos de neumonía notificados durante el mismo periodo superan los registrados desde el año 2018 (SNVS2.0) y se asemejan a los registrados en 2016. Los casos de Bronquiolitis, en cambio, son inferiores a los registrados en los años pre-pandémicos.
- ✓ Entre la SE01-48 de 2022 se registraron 1.197.976 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 178.827 casos de Neumonía, 197.105 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 32.811 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ La positividad calculada para el periodo SE16- SE49 de 2022 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio para SARS-CoV-2, influenza y VSR entre las muestras analizadas por rt-PCR es de 20,12%, 23,77% y 3,56%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, asciende para influenza y desciende para VSR.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE 23-49 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 12,32%, 21,44% y 29,54%, respectivamente. Se observa

⁸ 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.

un descenso de la positividad para influenza y para VSR, en comparación con la semana previa.

- ✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de influenza, VSR, adenovirus y parainfluenza⁹.
- ✓ Hasta la SE 48 de 2022 se registraron 133 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

9.829.236

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 17 de diciembre de 2022.

130.080

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 17 de diciembre de 2022.

84,4%

De los fallecidos en las últimas 12 semanas tenían 50 años o más.

47,5%

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.

72,5%

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

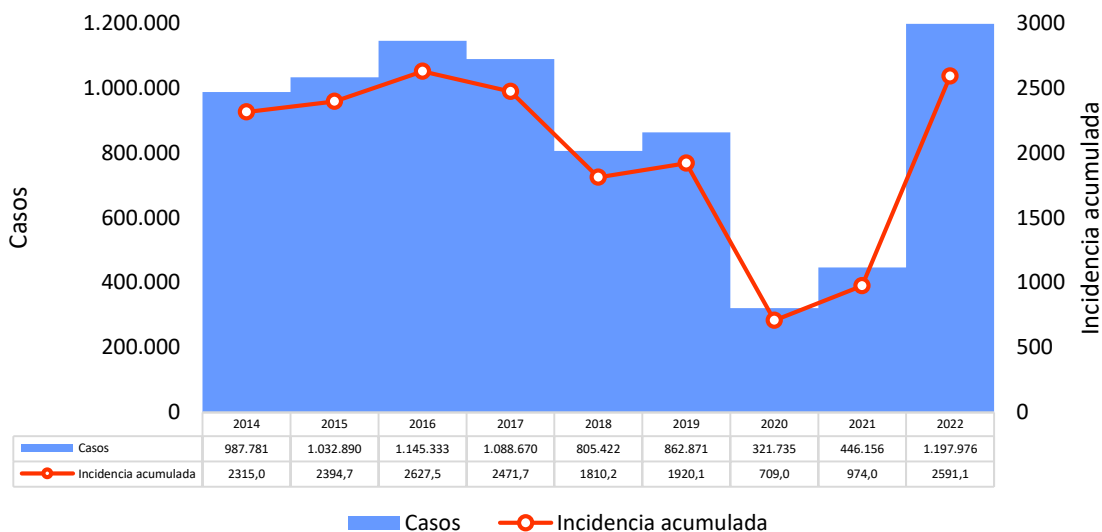
ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre la SE01-48 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.197.976 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2591,1 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las mismas semanas de los últimos nueve años, se observa que en 2022 se registraron hasta la fecha un número de casos superior al año con el mayor número para el período que fue el 2016 (cuando se registraron 1.145.333).

⁹ A la fecha de elaboración de este informe, no se detectan muestras positivas para metapneumovirus en SE48.

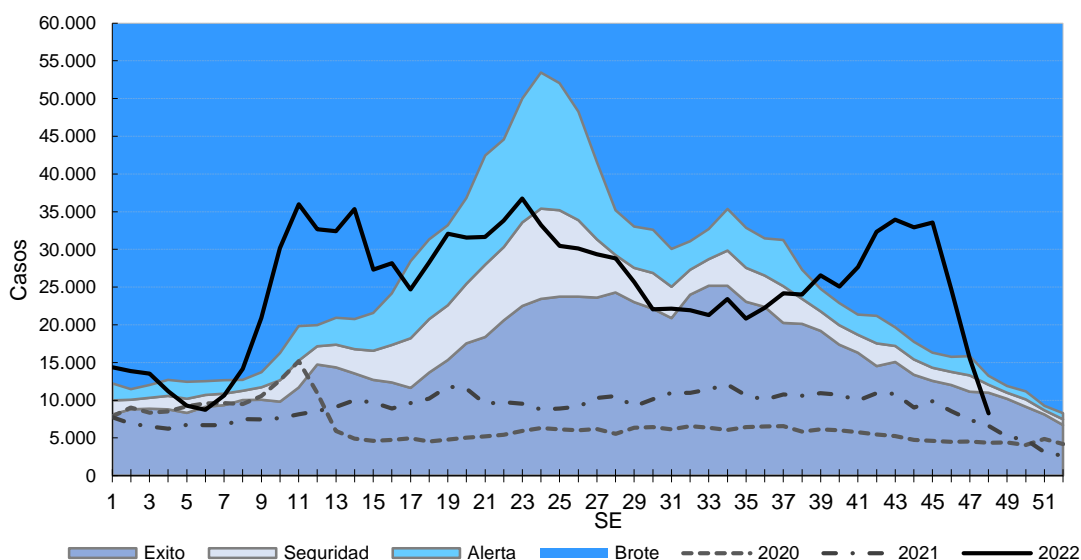
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 47 – Año 2014-2022 Argentina.



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

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país muestran un número de casos mayor a lo esperado encontrándose en las zonas de brote y alerta entre la SE07-24 y SE38-48, con el mayor número de casos registrado en SE23. A partir de la SE11 del año 2020 y durante el año 2021, se observa un descenso en las notificaciones con un comportamiento diferente del evento en relación a la estacionalidad de años previos.

Gráfico 2. Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-48 de 2022. Argentina.



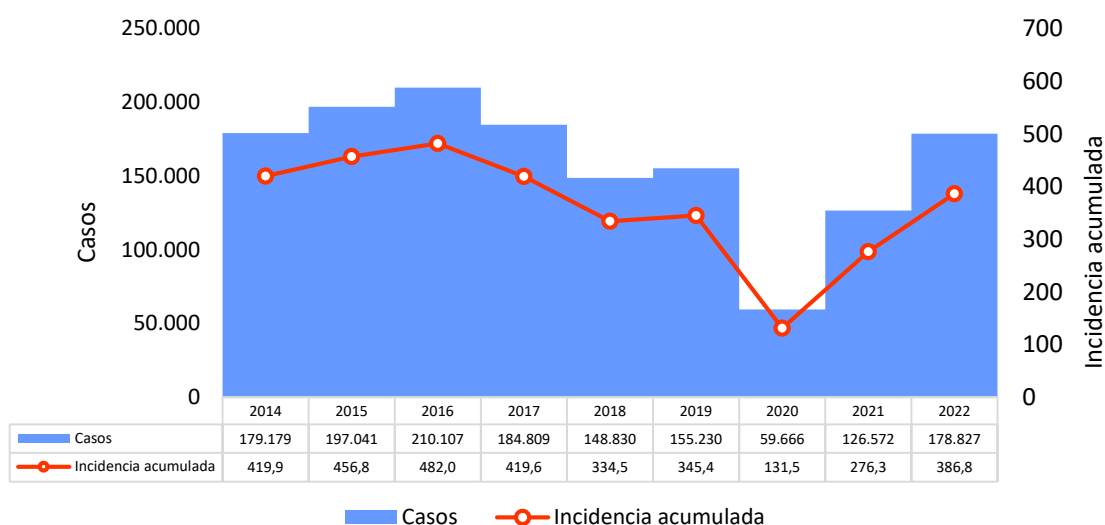
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

Entre la SE01- 48 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 178.827 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 386,8 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 48 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 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a SE48 – Año 2014-2022. Argentina.¹⁰

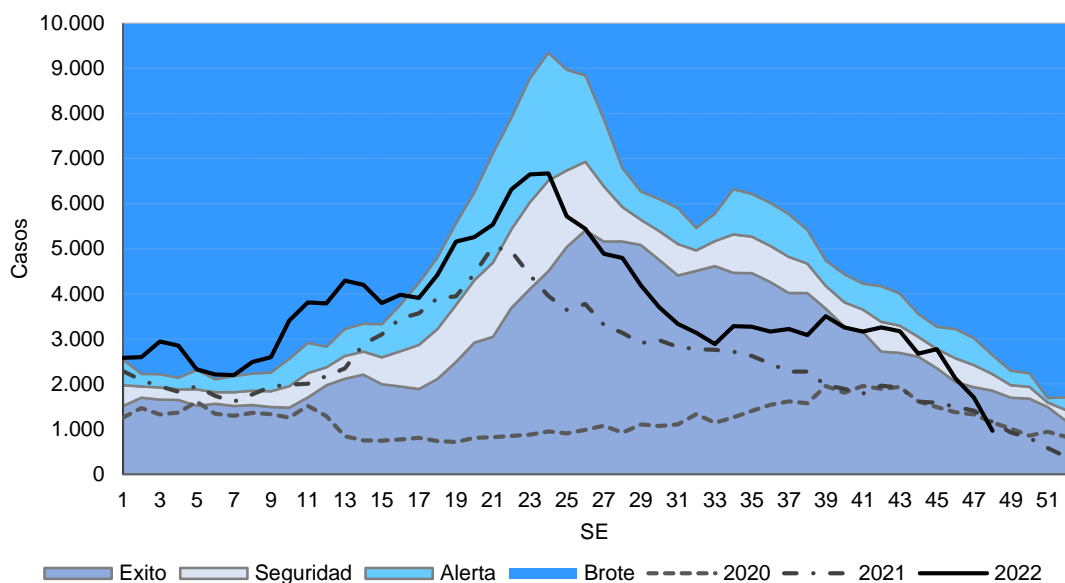


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

Las notificaciones por semana muestran un número de casos mayor a lo esperado encontrándose entre las zonas de alerta y brote hasta la SE25, luego de la cual descienden. A diferencia del año 2020 en el cual se observa un marcado descenso de los casos registrados. Durante el año 2021, los casos se encuentran en la zona de alerta entre las SE1-21 para luego descender por debajo de los límites esperados.

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 4. Neumonía: Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-48 de 2022. Argentina.



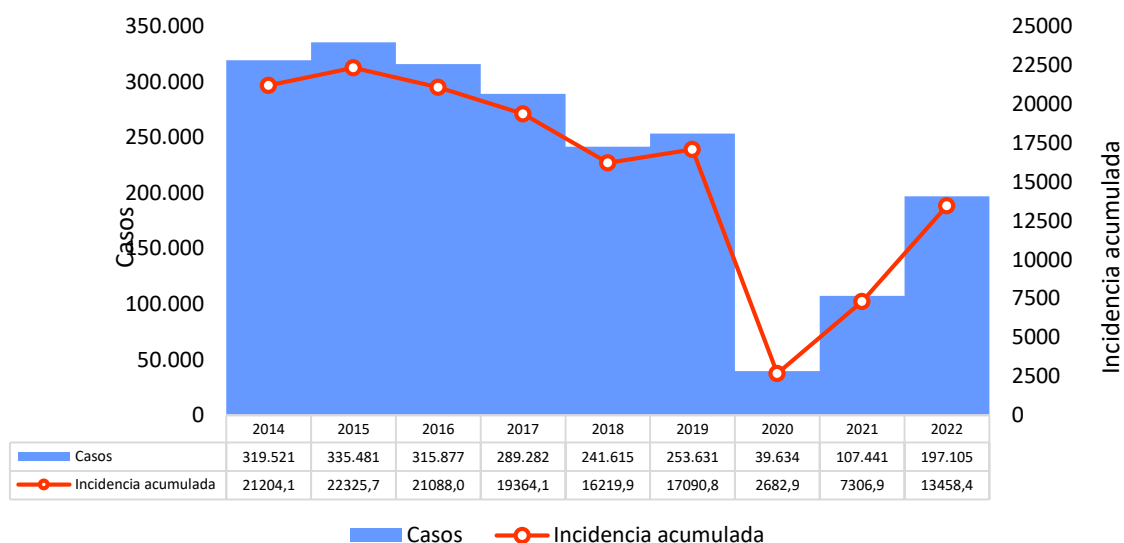
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

BRONQUIOLITIS

Entre la SE01- 48 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 197.105 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 13458,4 casos/100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 48 semanas de los últimos nueve años muestra que los años con mayor número de notificaciones fueron 2014 y 2015, 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.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 48 – Año 2014-2022 Argentina.¹¹

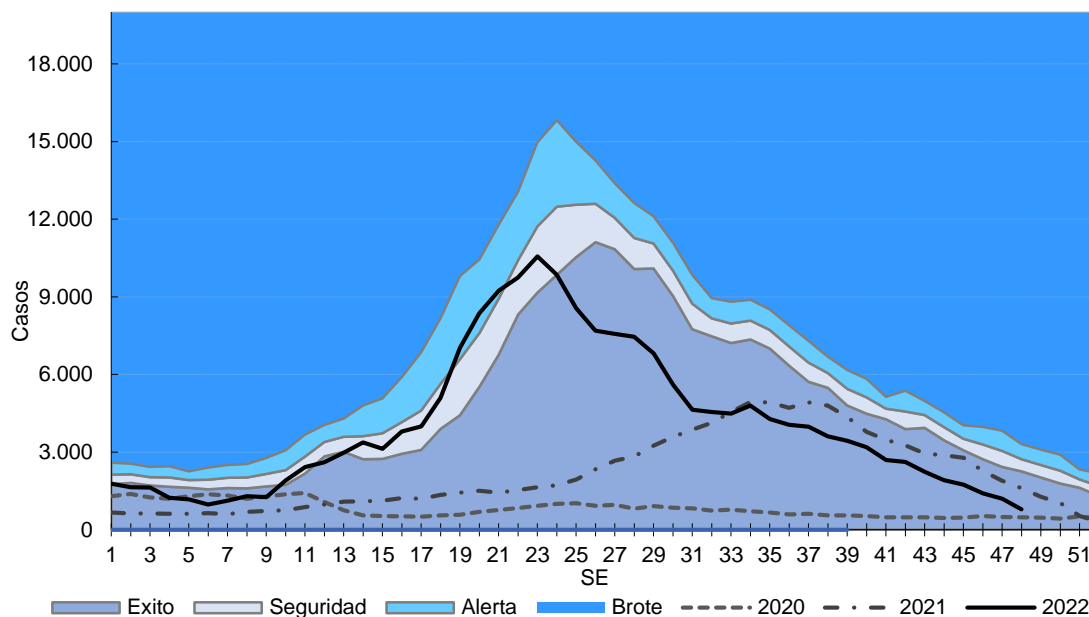


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0)

Los casos por semana muestran un número de casos por debajo de lo esperado hasta la semana 10 luego de la cual entra en zona de seguridad y algunas semanas toca la zona de alerta, volviendo a situarse en zona de éxito a partir de la SE24. Este comportamiento muestra una estacionalidad similar a los años previos, a diferencia de los años 2020 y 2021 cuyo comportamiento de la notificación fue atípico (casi sin notificaciones en el año 2020 y con una frecuencia baja y desplazada a la derecha (segundo semestre del año) para el 2021).

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.

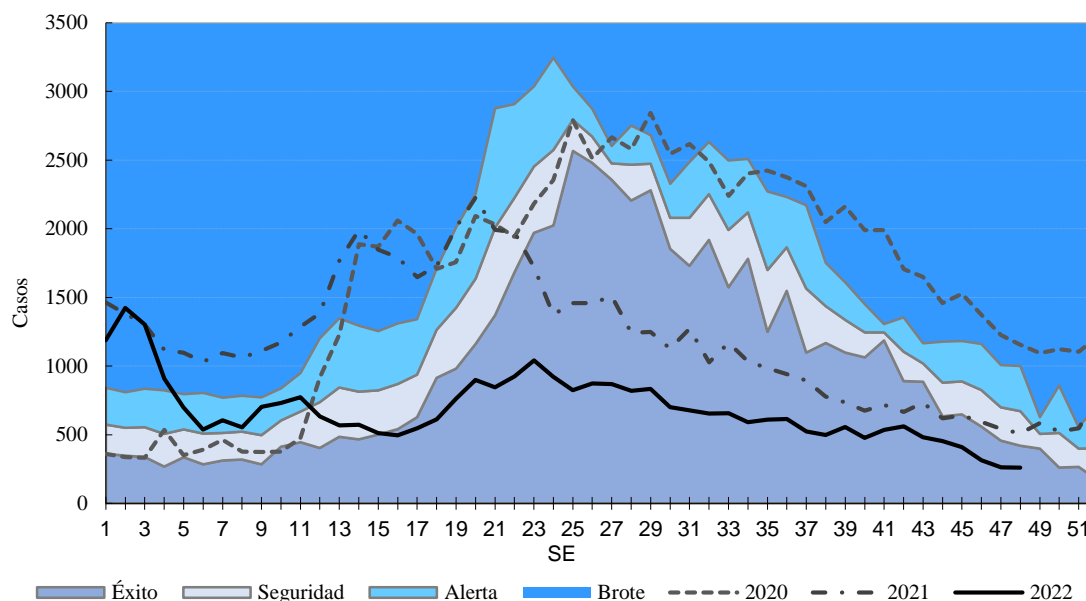
Gráfico 6. Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-48 de 2022. Argentina.



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) C2 y SNVS ^{2.0}

Los casos de IRAG por semana se muestran en la zona de alerta y brote hasta la SE12 para luego descender por debajo del límite esperado. Para el año 2020 se observa un ascenso a partir de la SE11 encontrándose en las zonas de alerta y brote la mayoría de las semanas del año. Durante el año 2021 las notificaciones se mostraron mayor a los límites esperados hasta la SE23 para luego descender a la zona de éxito hasta la SE46, posterior a la cual se observa un nuevo ascenso en el número de casos.

Gráfico 7. Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-48 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) 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 49 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 12.294, 8.366 y 6.940 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, a partir de la cual desciende hasta SE43. A partir de la SE 44 y en contexto de incremento de casos de COVID-19, se observa un nuevo aumento en la proporción de positividad en las UMAs alcanzando un 33,77% en SE49. 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, alcanzando un 54,82% en SE44 y siendo de 27,37% en la SE49. El porcentaje de positividad para VSR se mantuvo en valores por debajo del 10% con oscilaciones entre 0,30% y 8,72%, siendo de 2,60% en SE49. En casos ambulatorios desde la SE45 se

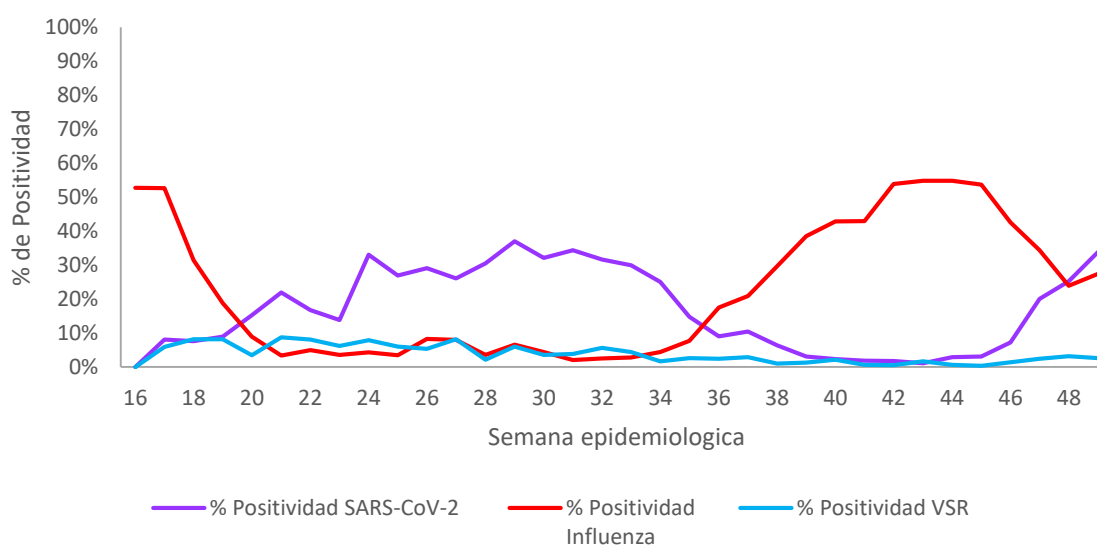
observa un descenso en la positividad para influenza y un concomitante ascenso de la proporción de positividad para SARS COV 2.

Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16-49 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.¹²

	Última semana			SE16 – SE49		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	1.427	450	31,53%	100.949	27.314	27,06%
SARS-CoV-2 por PCR	228	77	33,77%	12.294	2.473	20,12%
Influenza	95	26	27,37%	8.366	1.989	23,77%
VSR	77	2	2,60%	6.940	248	3,57%

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 8. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16-49 Año 2022.¹³



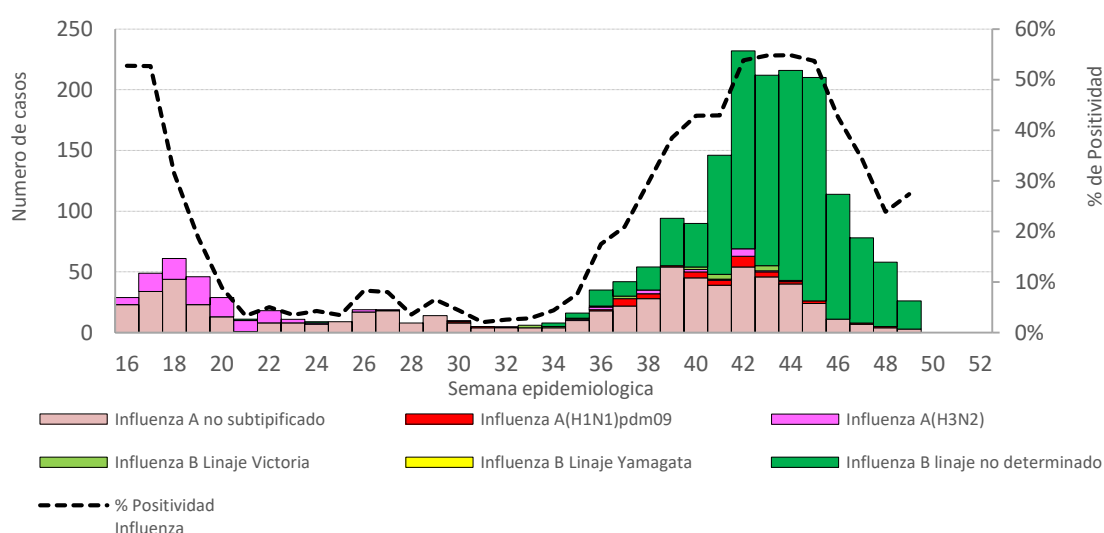
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

¹² 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 SNVS2.0.

¹³ Corresponde a las muestras analizadas para SARS-CoV-2, influenza y VSR por PCR. En SE16 se registran 2 muestras para VSR, 1 con resultado positivo y 1 con resultado negativo. Para mejor interpretación de la positividad de virus respiratorios, no se incluyen en este gráfico

En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=1.989), 820 (41,23%) fueron positivas para Influenza A y 1.169 (58,77%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 164 muestras cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A (H3N2) (n=122) e Influenza A (H1N1) pdm09 (n=42). 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 SE33-49 nuevamente se registran casos de virus influenza B, de los cuales 17 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 1.152 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje. En casos ambulatorios, entre las SE41-49, se observa un predominio de las detecciones de influenza B en relación a influenza A.

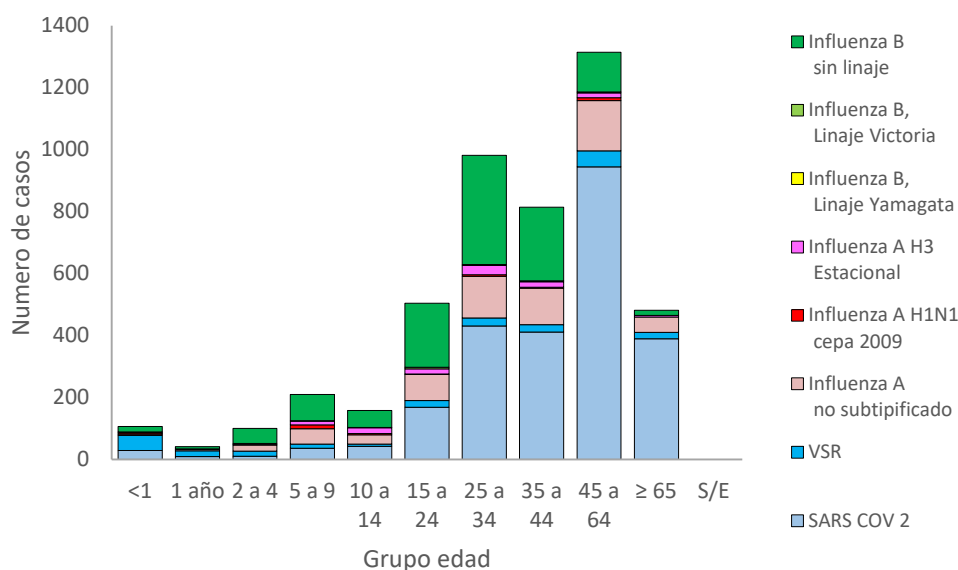
Gráfico 9. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-49 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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 35-44 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 10. Distribución absoluta de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados a SE 49 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

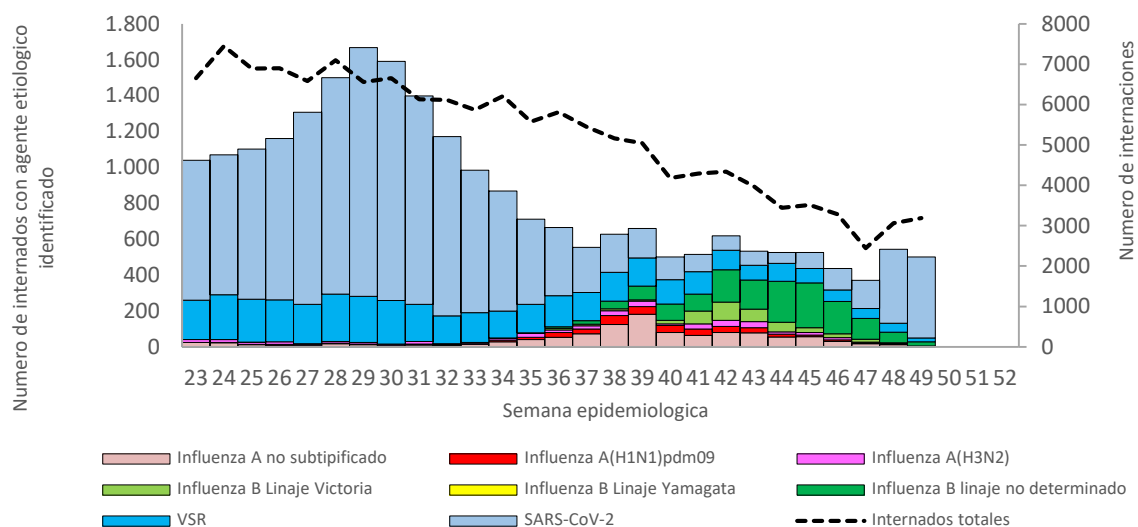
Entre la SE23-49, se notificaron 122.357 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 15.079 fueron positivas (porcentaje de positividad 12,32%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 17.942 muestras para virus influenza con 3.847 detecciones positivas (porcentaje de positividad 21,44%). De las mismas 1.874 fueron influenza A y 1.973 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 758 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 371 (48,94 %) son influenza A (H3N2) y 387 (51,06%) son influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 1.550 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 423 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 14.318 muestras estudiadas para VSR registrándose 4.229 con resultado positivo (porcentaje de positividad 29,54%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS 2.0 en SE 49 asciende respecto a la semana previa (variación de + 0,039%).

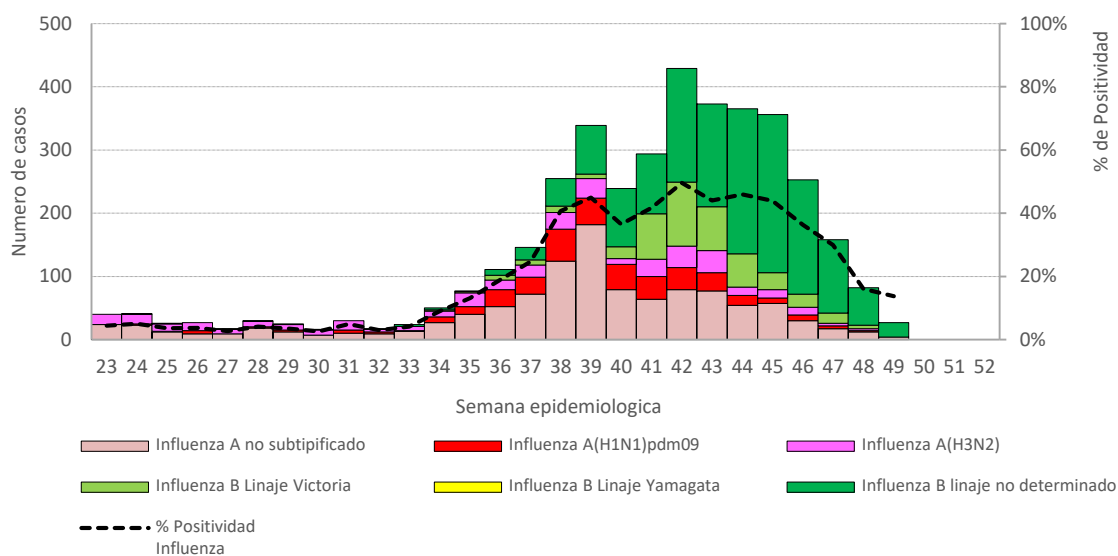
Gráfico 11. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23-49 Año 2022



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%, observándose un ascenso entre las SE 35-44 con valores que oscilan en un rango de 13,11% a 49,6%, con una disminución a partir de SE45, situándose en 13,77% en SE49. Desde la SE45, en casos hospitalizados el porcentaje de positividad para influenza disminuye, mientras la positividad calculada para SARS CoV2 se encuentra en ascenso. Entre las SE41-49, se observa un predominio de influenza B en relación a influenza A.

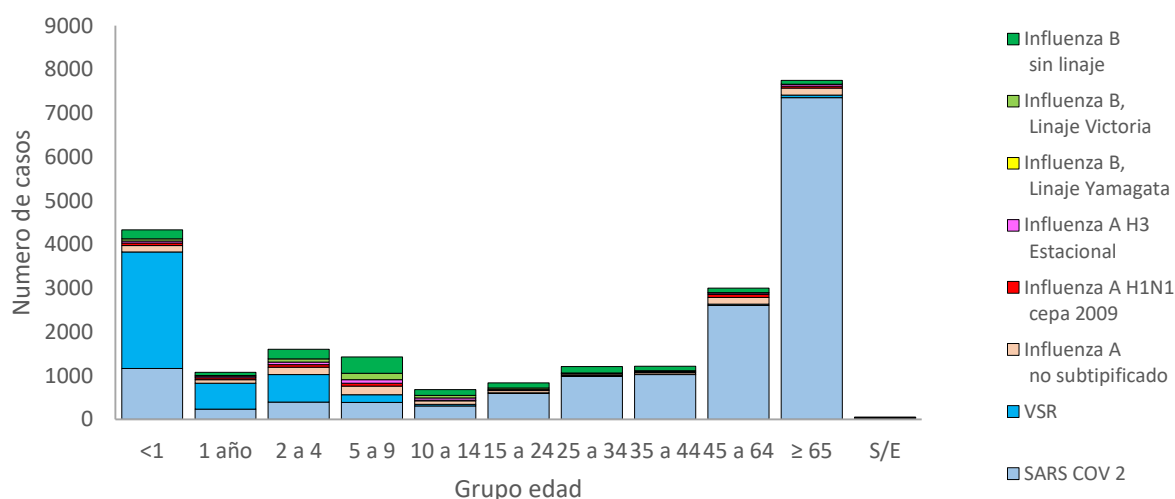
Gráfico 12. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE16-49 Año 2022. Argentina.



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 ≥ 65 años en el periodo analizado.

Gráfico 13. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23-49 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}.

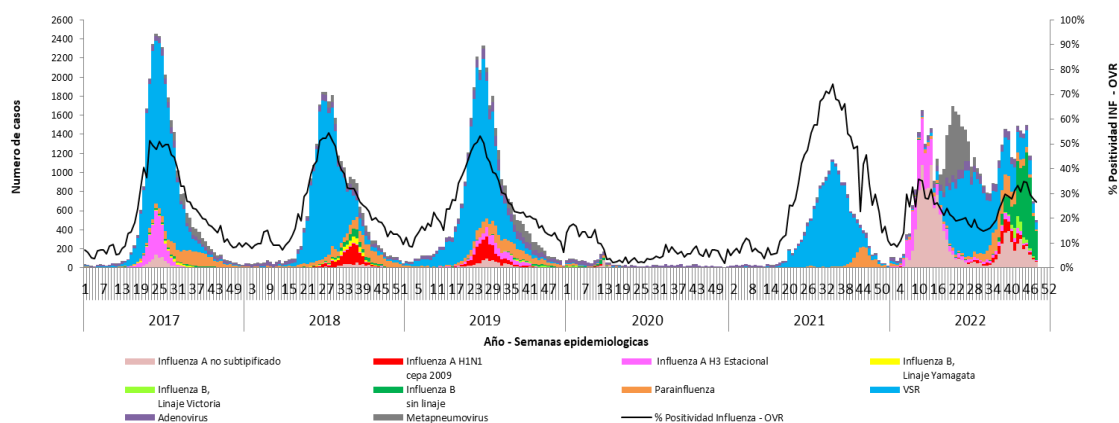
Hasta la SE 49 de 2022, se registraron 133 casos fallecidos con diagnóstico de influenza^{14,15}.

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 14. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2021. SE01-SE48 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 SE48 se detecta circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: influenza, VSR, adenovirus y parainfluenza¹⁶. Se destaca la circulación intensa de influenza durante el verano y el nuevo ascenso experimentado entre las SE 34-45, este último a expensas fundamentalmente de Influenza A(H1N1) e Influenza B, así como la frecuencia absoluta y relativa de metapneumovirus

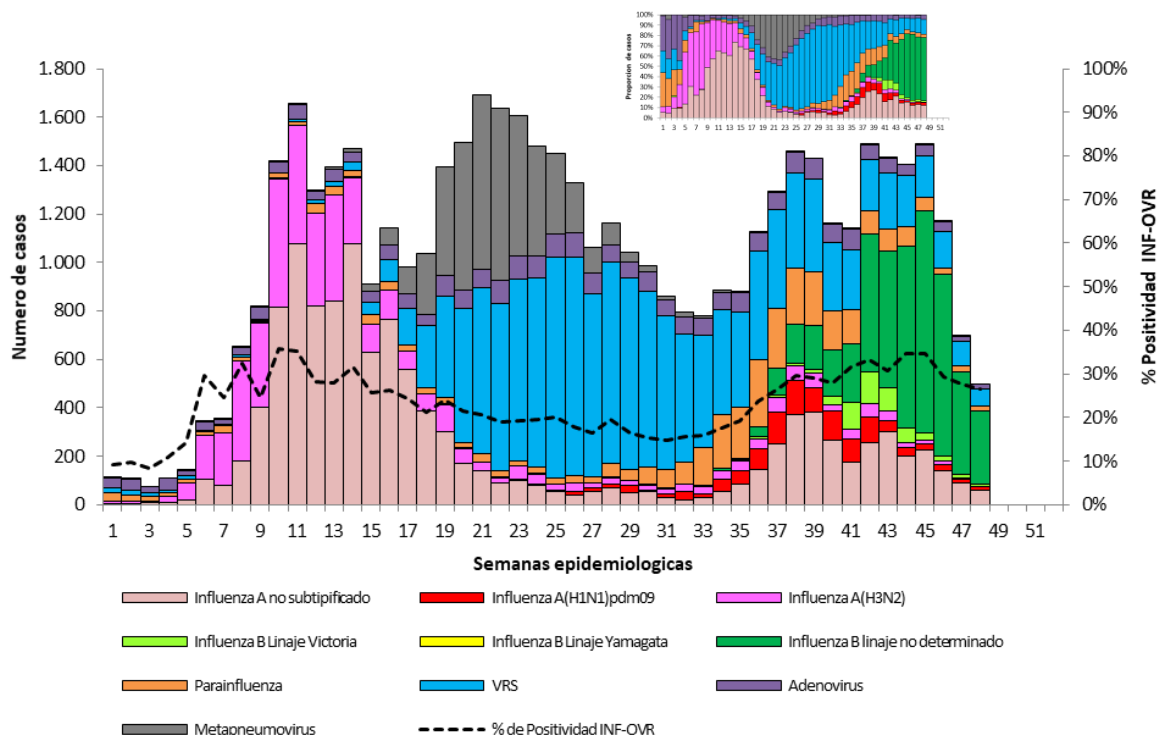
¹⁴ Se registra al SNVS la notificación retrospectiva de 8 casos fallecidos con diagnóstico de influenza con fecha de estudio en abril y mayo de 2022.

¹⁵ 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.

¹⁶ A la fecha de elaboración de este informe, no se registran casos de metapneumovirus en SE48 de 2022.

entre las semanas 16 y hasta la 26.

Gráfico 15. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01- SE48 de 2022. Argentina. (n=50.343)

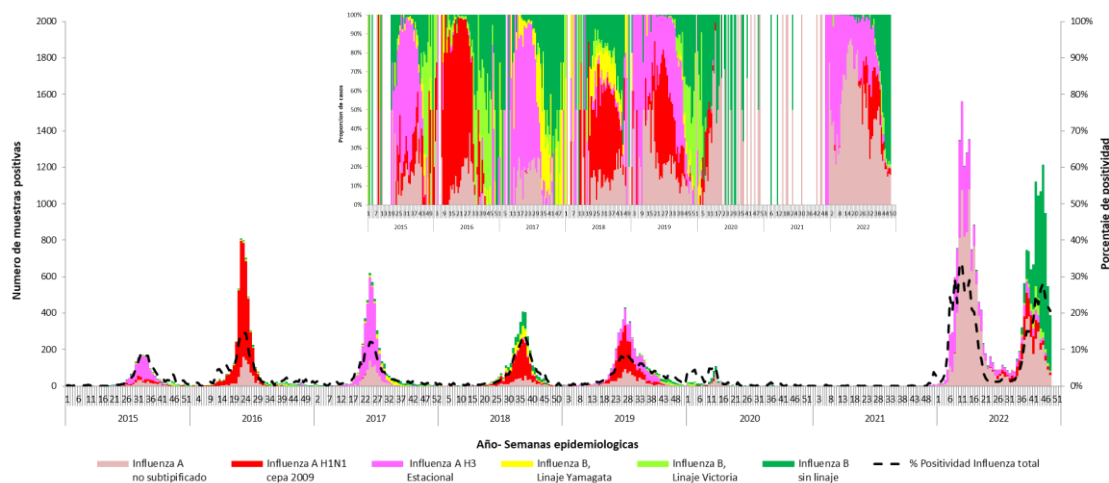


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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 y hasta la SE45, se detecta nuevamente un aumento en el número de casos destacándose la co-circulación de influenza A (H1N1), A (H3N2) e influenza B. En las 3 últimas semanas del periodo analizado se observa una disminución de los casos.

Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados la proporción de positividad para influenza se sitúa en 20,58% durante la SE48.

Gráfico 16. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica, SE 01 de 2015 a SE48 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

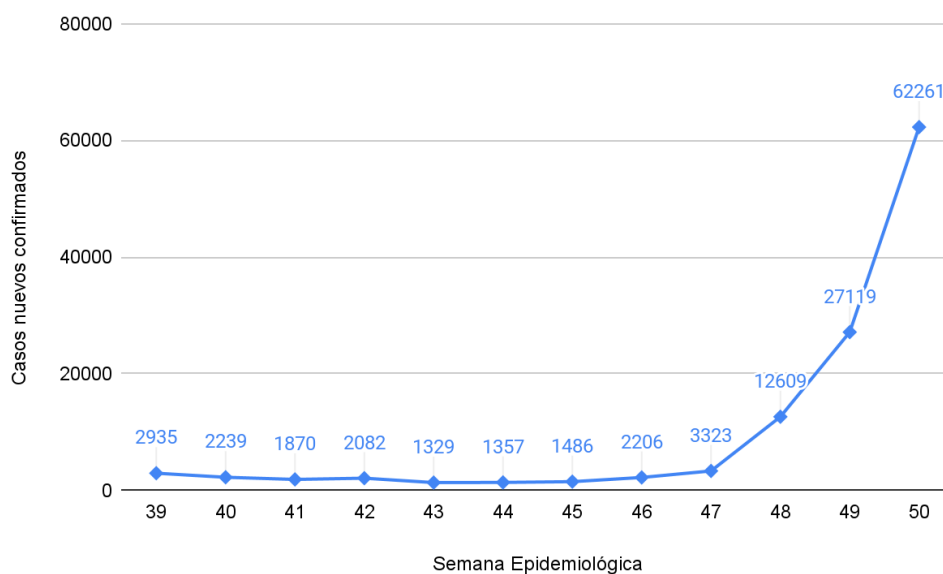
En Argentina, durante la SE 49 se confirmaron 62.261 casos de Covid-19 y 39 fallecimientos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Desde el inicio de la pandemia hasta el 17 de diciembre de 2022, se notificaron 9.829.236 casos confirmados de Covid-19 y 130.080 fallecimientos.

Los nuevos casos confirmados de COVID-19 se actualizan semanalmente en Monitor de datos disponible en la web del Ministerio de Salud de la Nación¹⁷. Los casos nuevos corresponden a aquellos que han sido confirmados o notificados durante la última semana, e incluyen casos que pueden haber sido diagnosticados en semanas previas dado el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención, diagnóstico y notificación.

A continuación se muestra la evolución de los casos nuevos según la actualización semanal del monitor público.

¹⁷ <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>

Gráfico 17. Casos nuevos confirmados por semana epidemiológica según monitor público de datos. SE 39/2022 a SE 50/2022, Argentina.



Para más información, consultar en [Reportes Monitor Público](#)

Para el análisis de la tendencia de los casos se utiliza como variable temporal la fecha de inicio del caso¹⁸. Considerando dicha fecha, en la SE 44 se experimenta una interrupción del descenso sostenido del número de casos que llegó a menos de 1.000 casos registrados en las SE43 y SE44. Desde ese momento se verifica un cambio de tendencia con aumento progresivo del número de casos, aumentando entre una semana y la siguiente 41% (en la SE45 respecto de la 44), 60% (en la SE46 respecto de la SE45) y 94% (en la SE47 respecto de la SE46). En la SE 48 se registró un aumento abrupto de 330% (respecto a la SE47), en la SE 49 el aumento fue de 90% (respecto a la SE 48) y hasta el momento, el aumento para la semana 50 respecto a la semana previa se sitúa en 42% (aumento de 14.288 casos) con un total de 48.070 casos confirmados.

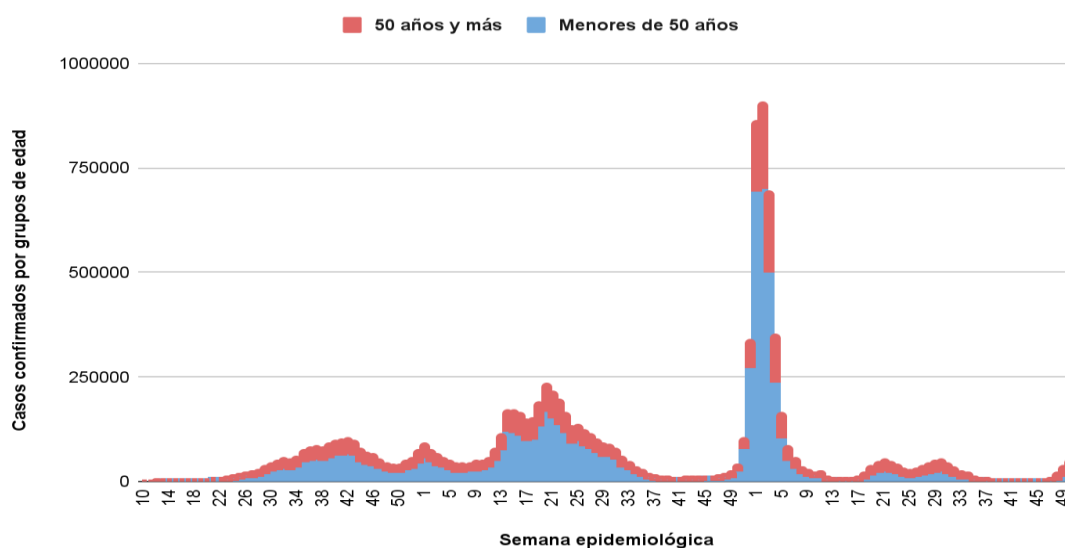
En el 30,5% de los casos confirmados en la SE 50 (n=19.013) el diagnóstico fue realizado por autotest.

En la SE 50, la región que presentó más casos en todo el país (n=30.493) fue el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), que registró un aumento de 16% en relación a la semana previa. La región que registró un mayor aumento fue NOA con un incremento de 171% (3.768 casos), seguida de Cuyo con un aumento de 159% (807 casos). En la última semana en 23 jurisdicciones aumentaron los casos y en 12 jurisdicciones el aumento fue del 100% o mayor. La provincia que mayor aumento tuvo en la última semana fue Formosa. Sin embargo, los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación. Si bien el

¹⁸ 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.

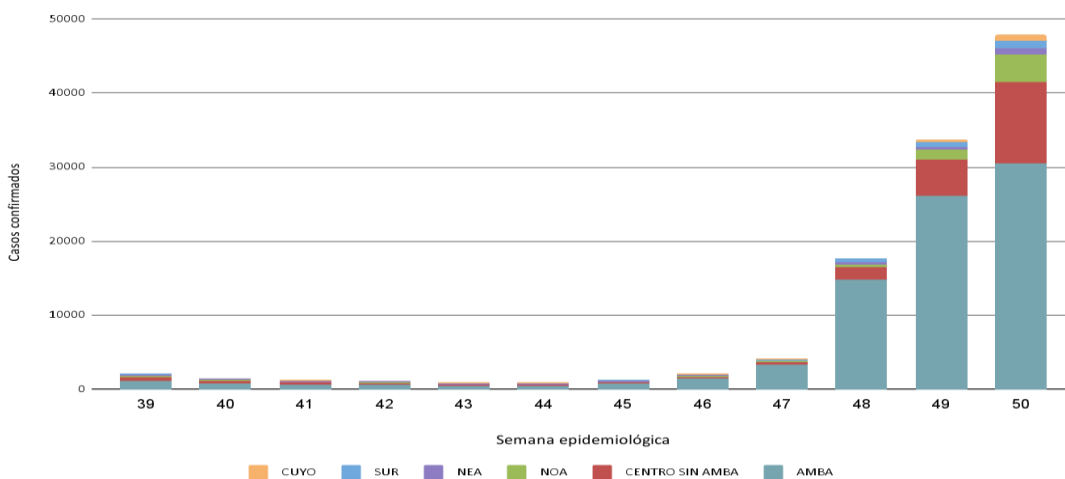
número de casos totales por semana está muy lejos de los momentos de mayores registros en las olas previas de COVID registradas, el aumento de las últimas semanas resulta acelerado.

Gráfico 18. Casos confirmados por semana epidemiológica¹⁹ según grupo de edad. SE 10/2020 - SE 50/2022, Argentina



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

Gráfico 19. Casos confirmados en población general por semana epidemiológica según región del país. SE 39/2022 - SE 50/2022²⁰, Argentina



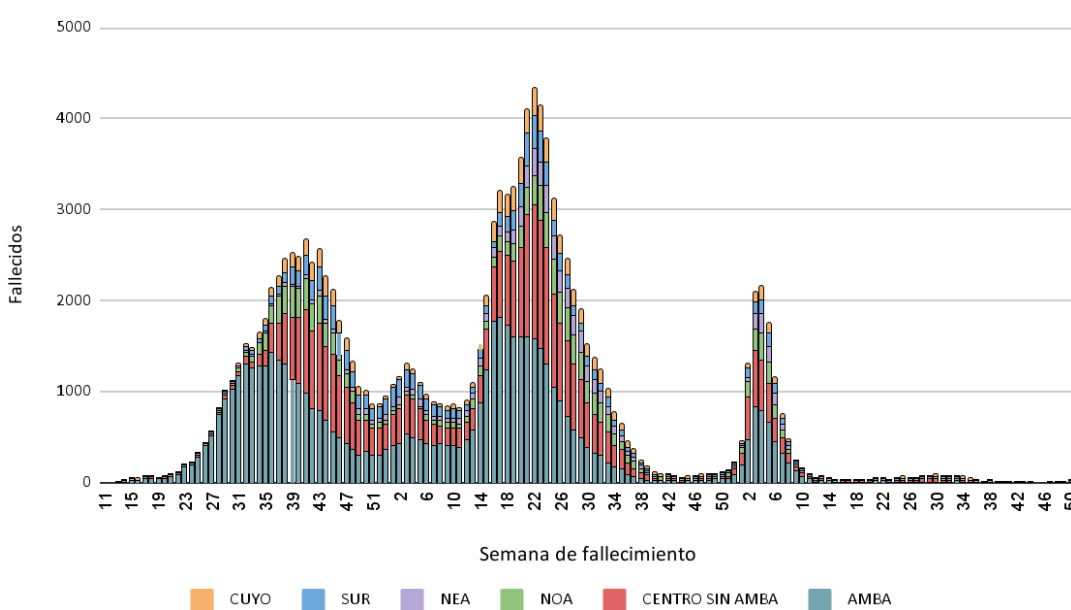
Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS^{2.0}.

¹⁹ 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.

²⁰ Los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

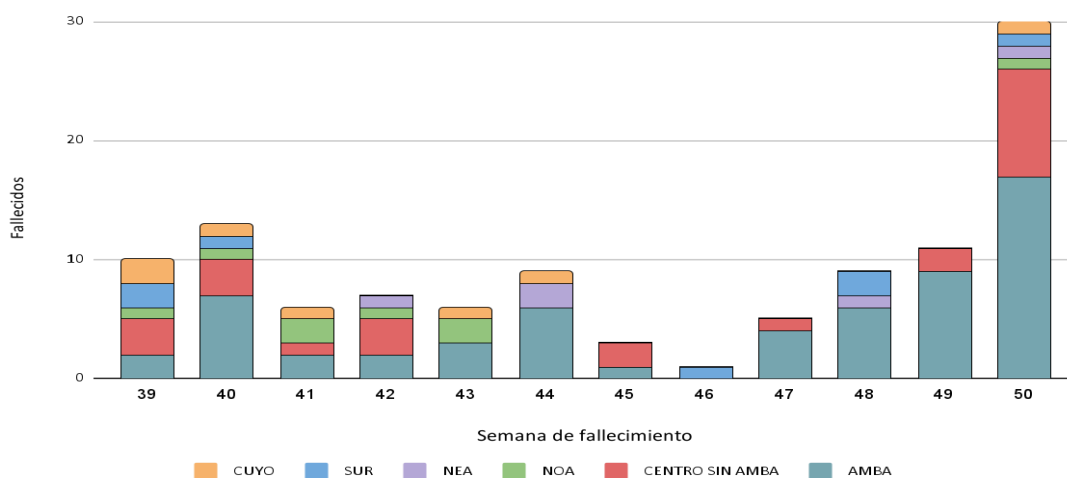
En cuanto a casos fallecidos, en la SE 50 fueron informados 39 fallecimientos, de los cuales 30 ocurrieron en dicha semana y fueron reportados por Buenos Aires (14), CABA (7), Entre Ríos (3), Córdoba (1), Corrientes (1), Mendoza (1), Río Negro (1), Salta (1) y Santa Fe (1). Según la fecha de fallecimiento, se registra un aumento de 19 fallecimientos en todo el país respecto a la SE previa. La mediana en las últimas 12 semanas es de 8 casos fallecidos por semana, con un máximo de 30 en la SE 50 y un mínimo de 1 en la SE 46. 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 20. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE11/2020 a SE 50/2022, Argentina según regiones.



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

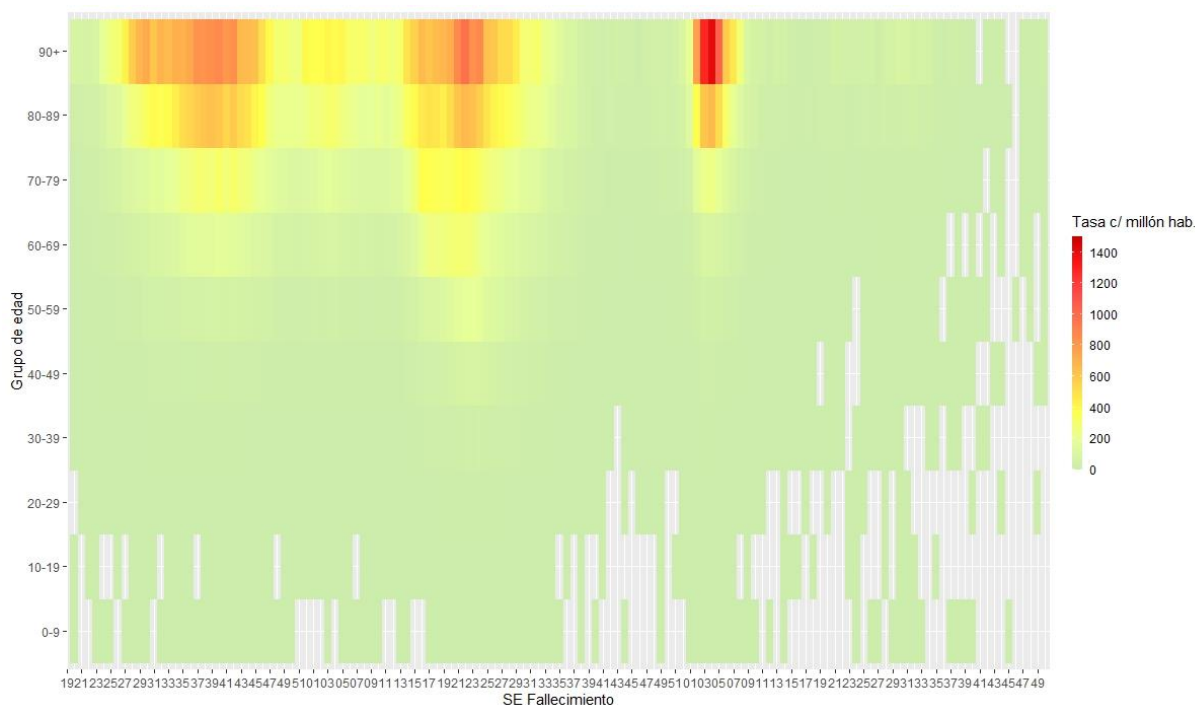
Gráfico 21. Casos fallecidos en población general por semana epidemiológica según región del país. SE 39/2022 - SE 50/2022*, Argentina



*Los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación

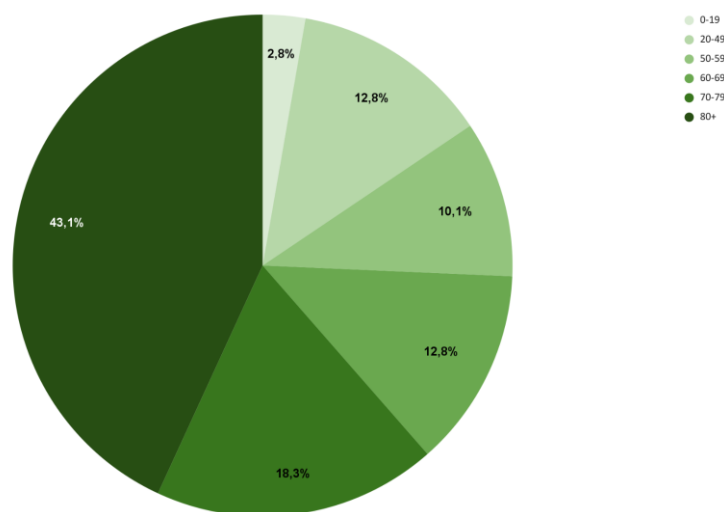
Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS^{2.0}.

Gráfico 22. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/2020 a 50/2022.



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 las últimas 12 semanas, se observa que el 84,4% tenían 50 años o más.

Gráfico 23. Fallecidos por grupo edad. Total País, SE 39/2022 a 50/2022. N=109*

*Se excluye un fallecido sin dato de edad

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 - 21/12/22 SE 50.](#)

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 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). Adicionalmente, en SE41 se registra 1 caso de Omicron BQ.1.1 y 1 caso de Omicron XBB.1²¹.

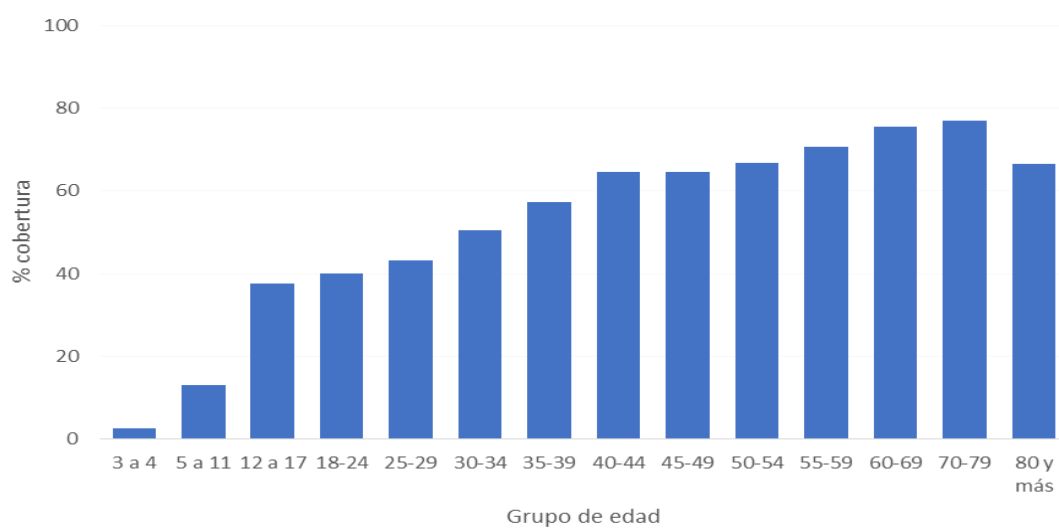
En relación al resto de las variantes del virus, en SE 4 y SE 15 del 2022, se informaron 2 casos de variante Lambda, sin identificación de casos adicionales a la fecha.

²¹ Debido al escaso número de muestras analizadas en las últimas semanas no pueden establecerse conclusiones en relación a la distribución porcentual de variantes de SARS-COV-2 en las semanas subsecuentes a la SE 37.

Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 13/12/22 SE 49](#) y el [Informe de Vigilancia Genómica SE 35](#).

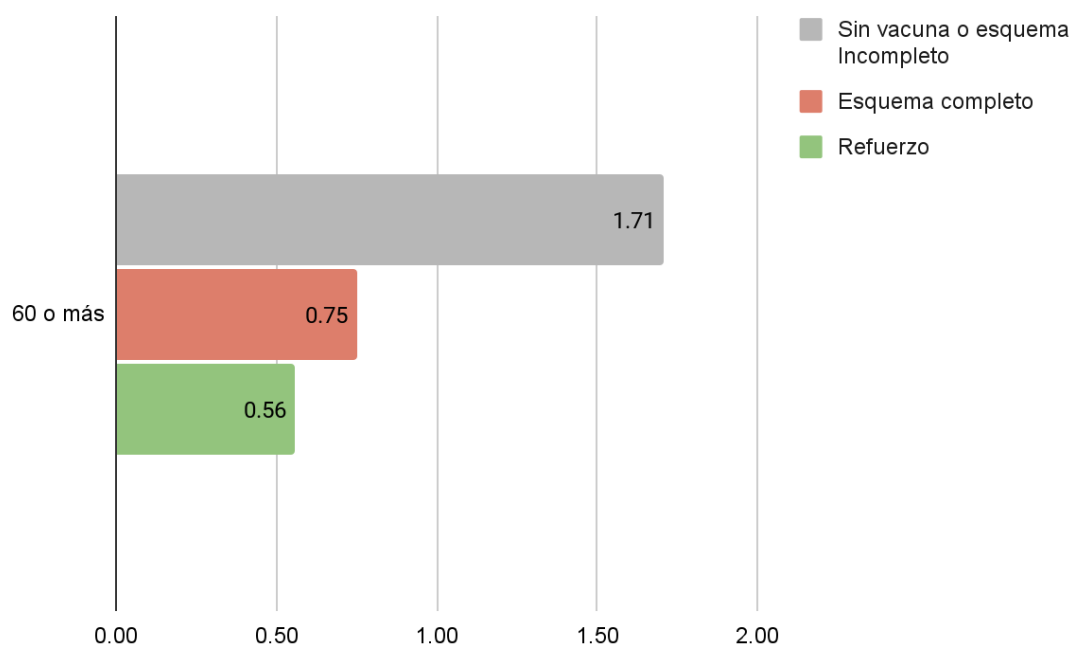
INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas para el primer refuerzo, el 47,5% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 59,4% 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 72,5%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años la cobertura alcanzó el 37,7%, en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 13,2% y en el grupo de 3 a 4 años (incorporado en la SE 31) la cobertura es del 2,6%.

Gráfico 24. Coberturas de 1er refuerzo por grupo de edad. SE 50

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 SE47-SE50 se registraron 1,71 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o con esquema incompleto. Se produjeron 0,75 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 47 - SE 50/2022, 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 RESPIRATORIOS²²

América del Norte: la actividad de influenza continúa moderada en la subregión, con predominio de influenza A(H3N2) y circulación concurrente de A(H1N1)pdm09 y B/Victoria. Se reportó una actividad moderada de SARS-CoV-2 y con tendencia al aumento, mientras que la actividad del VRS estuvo moderada en general. En Canadá, la actividad de la influenza y la mayoría de los indicadores de vigilancia continúan aumentando. México experimenta una actividad extraordinaria de la influenza para este período, con indicadores de vigilancia en niveles de baja intensidad. Se reportó un aumento de la actividad de la influenza en los Estados Unidos, con una tasa de hospitalización acumulada asociada a la influenza en niveles más altos que los reportados en temporadas anteriores (2010-21). La actividad del VRS continuó elevada pero con una tendencia decreciente.

Caribe: la actividad de la influenza estuvo baja en toda la subregión con predominio del virus A(H3N2) y circulación concurrente de A(H1N1)pdm09. La actividad del SARS-CoV-2 se mantuvo baja. La República Dominicana y Puerto Rico han mostrado una mayor actividad de influenza, ubicándose en niveles de baja intensidad.

América Central: la actividad de la influenza estuvo en niveles moderados, con predominio de influenza A(H3N2) y la circulación de influenza B (linaje indeterminado). La actividad del SARS-CoV-2 se mantuvo baja en la subregión, pero está aumentando en Costa Rica, El Salvador y Honduras. Además, se reportó un aumento de la actividad de la influenza en Guatemala y Nicaragua. La actividad del VRS continuó elevada en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá.

Países Andinos: la actividad de la influenza ha aumentado recientemente con el predominio de influenza A(H3N2) y la circulación concurrente de influenza A(H1N1)pdm09 y B/Victoria. En general, la actividad del SARS-CoV-2 y del VRS estuvo baja en la subregión, excepto en Colombia y Perú, donde esta estuvo elevada. En Bolivia, se reportó un aumento de la actividad de la influenza con igual detección de los virus influenza B/Victoria y A(H3N2); la actividad de la IRAG aumentó, con un 8,5 %

²²Tomado de: Reporte de Influenza SE48 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS, disponible en <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

de hospitalizaciones asociadas a la influenza. La actividad de influenza estuvo en niveles de intensidad moderada en Ecuador, con indicadores de severidad en niveles bajos.

Brasil y Cono Sur: la actividad de la influenza continúa elevada en la subregión para esta época del año, con predominio de influenza A(H3N2) y circulación conjunta de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B/Victoria. Argentina y Paraguay reportaron aumento de la actividad de influenza con predominio de influenza B (linaje indeterminado). En Chile predominó influenza A(H3N2), mientras que en Uruguay fue influenza B/Victoria. La actividad del SARS-CoV-2 ha aumentado recientemente, con una alta actividad en Argentina, Brasil y Chile. Además, Brasil notificó una actividad elevada del VRS.

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19²³

645.100.647

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS hasta el 11 de diciembre de 2022

6.633.463

Personas fallecidas en el mundo.

3.326.710

Casos nuevos reportados en la última semana.

9.782

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

2% ↓

A nivel global en la última semana el número de casos nuevos se mantuvo similar a los de la semana previa.

10% ↑

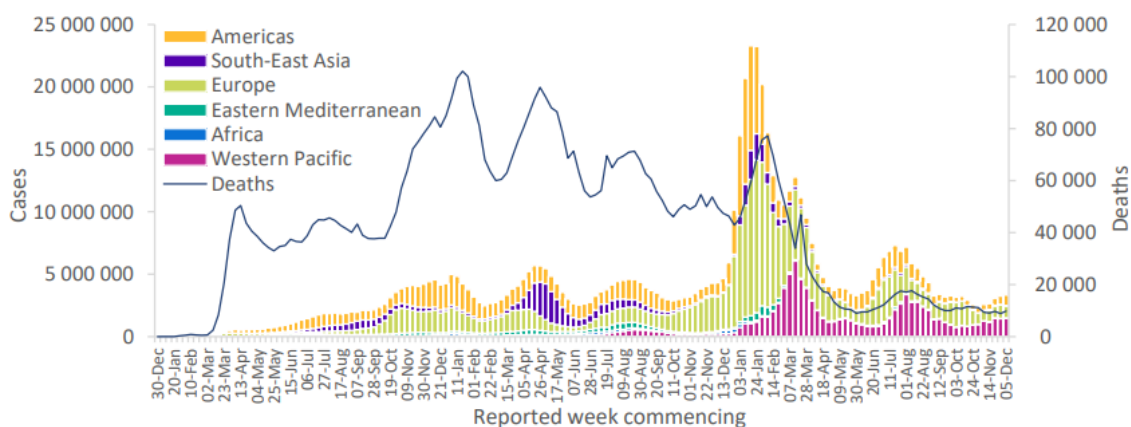
La cantidad de fallecidos nuevos aumentó respecto de la semana anterior.

- ✓ 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.
- ✓ Los casos nuevos disminuyeron o se mantuvieron estables en todas las regiones, excepto en la Región de las Américas, donde aumentaron un 27%.

²³ 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>

- ✓ Respecto de las variantes circulantes, a nivel mundial, BA.5 y sus descendientes son los linajes predominantes de la variante Omicron.
- ✓ Según muestras estudiadas en la SE 46, la proporción de secuencias notificadas de BA.5 representaron el 73,7%, seguida de BA.2 con una prevalencia del 10,4% y los linajes descendientes de BA.4, que representaron el 2%.

Gráfico 24. 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 18 de diciembre 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.

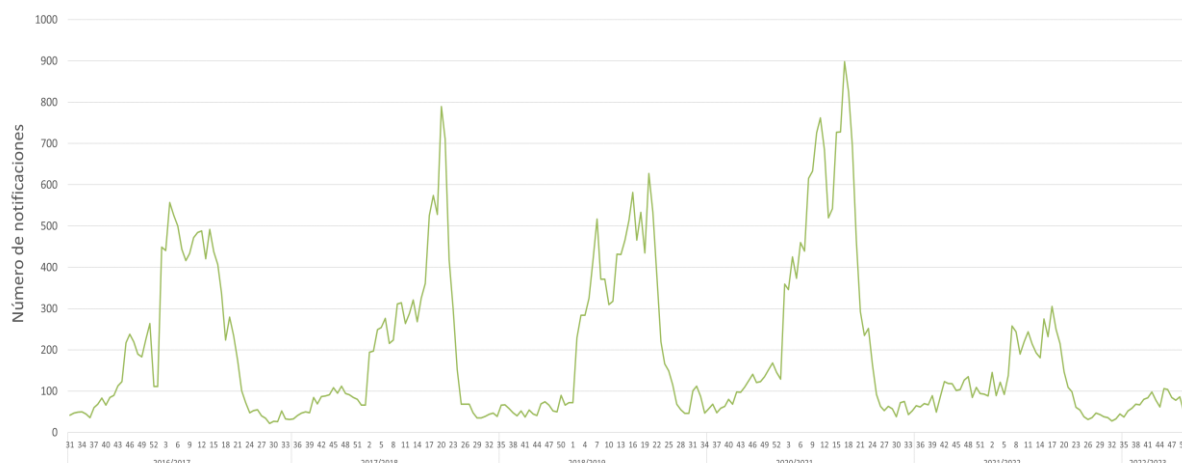
Se insta a los equipos de salud, en la actual situación epidemiológica atravesada por la pandemia por SARS-CoV2, a fortalecer la sospecha clínica de dengue y otros arbovirus, a tener en cuenta el algoritmo de diagnóstico y definición de caso sospechoso.

INFORMACIÓN NACIONAL DE DENGUE TEMPORADA 2022-2023

El período de análisis de esta edición corresponde a la SE 51/2022 de la temporada 2022-2023. A mediados de diciembre se confirmaron dos casos confirmados de dengue, residentes en CABA y vinculados epidemiológicamente sin antecedente de viaje al exterior. Se encuentra en investigación el sitio probable de adquisición por parte de las jurisdicciones de residencia y viaje. En el resto del país, no hay registro de casos confirmados autóctonos.

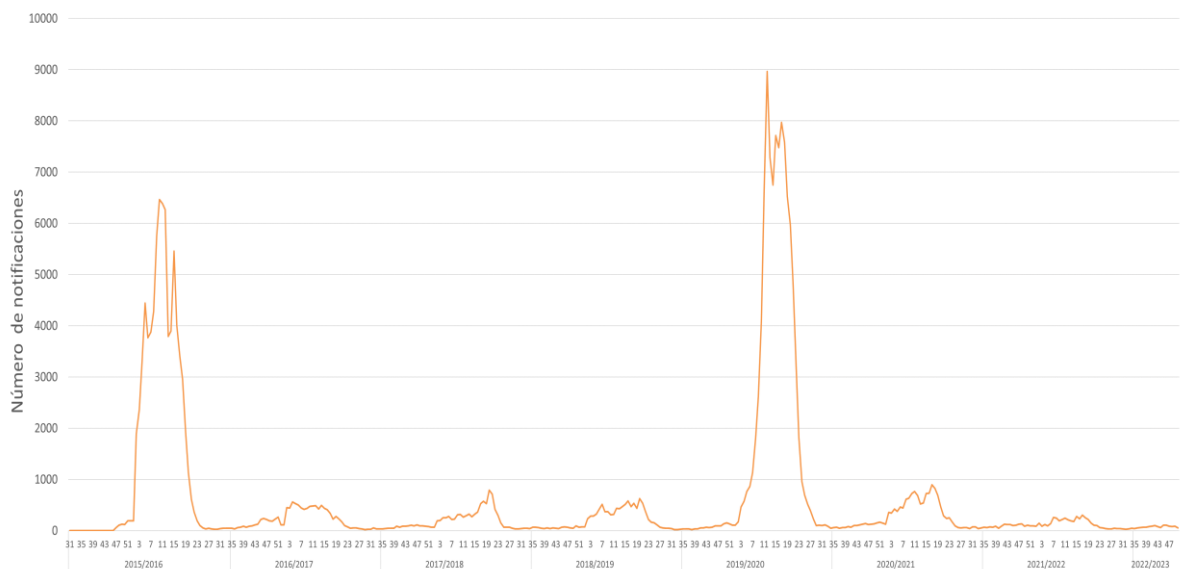
Durante los primeros meses de la temporada se registra una baja en la cantidad de casos sospechosos a nivel país, con un aparente aumento hacia la SE 40 (Gráficos 1 y 2). En las últimas tres semanas (SE 47 a 49) se registró un promedio semanal de 72 notificaciones. Esto representa un 65% del promedio para las mismas semanas en 2021 y un 52% respecto al promedio en 2020.

Gráfico 1. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para temporadas no epidémicas (2016-2017 a SE 50/2022). 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 51/2022). 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).

En las SE 49 y 50 se confirmaron los primeros casos de dengue sin registro de antecedente de viaje al exterior. Se trata de dos parientes residentes en CABA, con inicio de síntomas el 2 y 5 de diciembre, cuyo serotipo se encuentra en estudio. Ambos pacientes estuvieron en la misma ciudad y en localidades de la provincia de Buenos Aires durante el período de adquisición de la infección, donde se realizaron las investigaciones y acciones de control correspondientes. Además, se ha notificado en la misma semana, en CABA, un caso confirmado sin serotipo, importado de Puerto Rico.

En el resto del país no hay registro de casos confirmados sin antecedente de viaje, por lo que no hay evidencia de circulación viral. Sin embargo, entre la SE 31 y 48, se han notificado 9 casos confirmados

con antecedente de viaje a otros países en CABA (un caso con antecedente de viaje a Puerto Rico y otro a México), Buenos Aires (un caso sin serotipo con antecedente de viaje a Paraguay), Córdoba (2 confirmados DEN-2 con antecedente de viaje a Colombia y a Perú), Corrientes (1 confirmado DEN-1 con antecedente de viaje a Paraguay y Colombia), Mendoza (un caso DEN-2 y un DEN-3 con antecedente de viaje a Cuba y México respectivamente) y San Juan (un caso sin serotipo con antecedente de viaje a Brasil) (Tabla 1).

Además, se han registrado 11 casos probables de dengue, con y sin antecedente de viaje y 3 casos de probable flavivirus uno de ellos con antecedente de viaje, y un caso de Encefalitis de San Luis.

Tabla 1. Casos notificados según clasificación y antecedente de viaje. SE 31/2022 a 51/2022.

Provincia	Sin Antecedente de viaje		Con AV a otras provincias		Con AV a otros países		Total notificados
	C	P	C	P	C	P	
Buenos Aires	0	2	0	0	1	1	99
CABA	0	0	2	0	2	0	90
Córdoba	0	0	0	0	2	0	49
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	41
Santa Fe	0	0	0	0	0	1	146
Centro	0	2	2	0	5	2	425
Mendoza	0	0	0	0	2	0	4
San Juan	0	0	0	0	1	0	2
San Luis	0	0	0	0	0	0	1
Cuyo	0	0	0	0	3	0	7
Chaco	0	1	0	0	0	0	52
Corrientes	0	0	0	0	1	0	7
Formosa	0	1	0	0	0	0	12
Misiones	0	0	0	0	0	0	84
NEA	0	2	0	0	1	0	155
Catamarca	0	0	0	0	0	0	8
Jujuy	0	0	0	0	0	0	81
La Rioja	0	0	0	0	0	0	1
Salta	0	1	0	0	0	0	279
Sgo. del Estero	0	0	0	0	0	0	2
Tucumán	0	1	0	0	0	0	50
NOA	0	2	0	0	0	0	421
Chubut	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	1
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	1
Sur	0	0	0	0	0	0	2
Total PAIS	0	6	2	0	9	2	1.010

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).

*AV=Antecedente de Viaje.

Del total de casos notificados con sospecha de dengue El 48% corresponden a casos sospechosos no conclusivos, el 42% han sido descartados, un 8% permanecen en estudio y el restante 2% corresponden a casos confirmados y probables. Las notificaciones se registraron principalmente en las regiones Centro y NOA.

INFORMACIÓN REGIONAL DEL DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE 51

Dengue, Zika y Chikungunya en países limítrofes

Durante el 2022, a SE 51/2022, 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.

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, con una concentración de casos en la primera parte del año (Figura 2). Si se analiza la curva del año 2022 para Bolivia y Paraguay, se ve que Bolivia repite el mismo patrón que Brasil, con una mayor concentración de casos en la primera parte del año y Paraguay está registrando una suba de casos en la segunda parte del año.

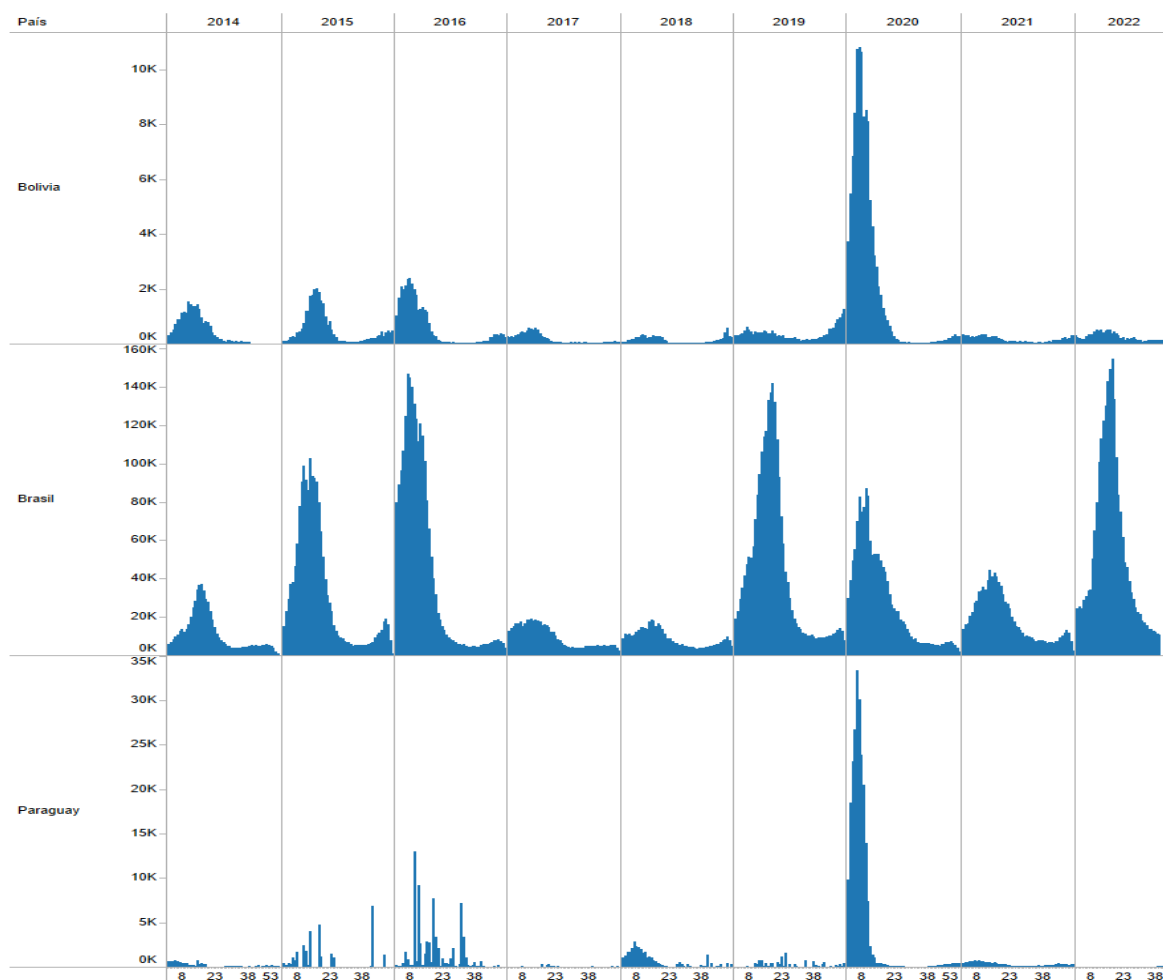
Tabla 2. Casos totales, confirmados por laboratorio y tasas de incidencia cada 100.000 hab. de dengue. Muertes y tasas de letalidad cada 100mil hab., según país, actualizado a SE 51/2022.

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 45	DEN 1 y 2	11.685	98,75	3.375	8	0,07
<i>Paraguay</i>	SE 48	DEN 1 y 2	3.124	41,94	258	0	0,00
<i>Uruguay</i>	SE 20	-	29	0,83	7	0	0,00
<i>Argentina</i>	SE 50	DEN 1 y 2	750	1,76	750	0	0,00

*Se excluye de la tabla al país limítrofe Chile, donde no hay registro del vector *Ae. aegypti*.

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 46/2022.



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 51/2022.

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 38	2.656	0
<i>Bolivia</i>	SE 40	13	0	SE 46	3	0
<i>Paraguay</i>	SE 48	318	0	SE 48	0	0
<i>Argentina</i>	SE 51	0	0	SE 51	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}).

CONCLUSIONES

A mediados de diciembre del presente año, se confirmaron dos casos de dengue (vinculados epidemiológicamente) residentes en CABA, con antecedente de estadía o tránsito en Buenos Aires y CABA y sin antecedente de viaje a otro país. Esto supone los primeros casos confirmados autóctonos en el país. Si bien no se registran otros casos autóctonos en el resto del territorio nacional, se observa un aumento de casos en los países limítrofes y ya se registran 9 casos confirmados importados y 8 casos probables (entre importados y autóctonos). La circulación viral en otros países de la región y el inicio de la época estival, obliga a poner especial atención a la sospecha de dengue y las acciones de control correspondientes. Frente a un posible aumento en el flujo de personas dentro y fuera del país, propio de las fechas entrantes, se insta a reforzar la vigilancia, y acciones de prevención.

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.

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

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

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

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

Zonas sin circulación viral y presencia del vector

1. Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:

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

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

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

Zonas CON circulación viral (CONTEXTO DE BROTE)

1. Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:

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

Zonas SIN presencia del vector

Todo caso sospechoso CON antecedentes de viaje:

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

INFORMES ESPECIALES



MENINGOENCEFALITIS Y OTRAS ENFERMEDADES INVASIVAS POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*

La meningitis/meningoencefalitis, es una enfermedad del sistema nervioso central (SNC) que consiste en la inflamación de las meninges con o sin compromiso de sus estructuras adyacentes, como el encéfalo. Esta inflamación meníngea puede obedecer tanto a causas infecciosas como a causas no infecciosas, aunque las etiologías infecciosas (particularmente las infecciones bacterianas y virales) son las más frecuentes y las más importantes desde la perspectiva de la salud pública, no sólo por la magnitud de casos ocurridos anualmente, sino también por su potencial para producir brotes.

Las infecciones causadas por *Streptococcus pneumoniae* (neumococo), *Haemophilus influenzae* tipo b y *Neisseria meningitidis* (meningococo) han sido las responsables de la mayoría de los casos de meningitis bacterianas en la era pre-vacunación. La incidencia en la infección invasiva por estos gérmenes ha disminuído significativamente en los últimos años y luego de la introducción de sus respectivas vacunas al Calendario Nacional.

El presente informe describe la situación epidemiológica de las meningitis y las enfermedades invasivas producidas por *Streptococcus pneumoniae* (enfermedad neumocócica invasiva -ENI). Esta bacteria es responsable de una importante carga de enfermedad en los extremos de la vida, afectando fundamentalmente a la población pediátrica (menores de 5 años, y dentro de este grupo a los menores de 2 años principalmente), pero también a los adultos (más frecuentemente a los adultos mayores). Las enfermedades causadas por *S. pneumoniae* se manifiestan en formas localizadas o como infecciones de mucosas (por ejemplo: la otitis media aguda, la sinusitis o la neumonía aguda de la comunidad), o como formas invasivas o no mucosas (infecciones que se localizan en tejidos, órganos y/o fluidos habitualmente estériles como por ejemplo: neumonía bacteriémica, meningitis, bacteriemia/sepsis, artritis, osteomielitis, entre otros), siendo estas últimas enfermedades de menor frecuencia pero de mayor mortalidad.

SITUACIÓN NACIONAL AL 07/11/2022

481

Casos confirmados de enfermedades invasivas por *Streptococcus pneumoniae*

17

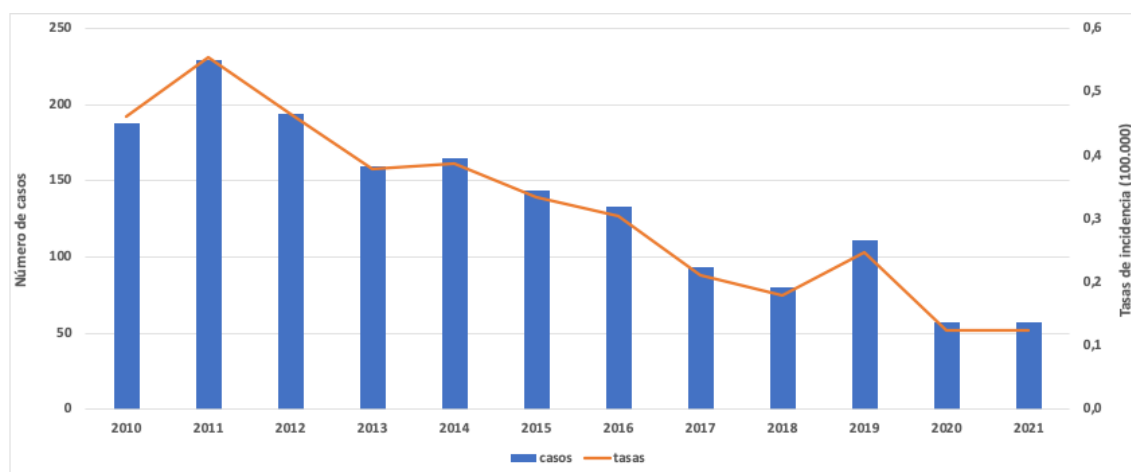
Personas fallecidas en el país

- ✓ Hasta la SE 45 de 2022 se confirmaron 481 casos de enfermedad invasiva por *Streptococcus pneumoniae* (103 casos de meningitis y 378 casos de otras enfermedades invasivas) y 17 fallecimientos asociados (8 por meningitis y 9 por otras enfermedades invasivas).
- ✓ La letalidad por enfermedad invasiva por *Streptococcus pneumoniae* durante el período alcanzó el 3,5%.

MENINGITIS POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (NEUMOCOCO)

En el período 2010-2021 se registraron entre 50 y 230 casos anuales de meningitis neumocócica en la población general, con tasas de incidencia entre 0,1 y 0,6 cada 100.000 habitantes; evidenciándose una tendencia decreciente a partir del año 2012, luego de la introducción de la vacuna conjugada 13-valente (PCV-13) al Calendario Nacional de Vacunación (Figura 1).

Figura 1. Número de casos y tasas de incidencia de meningitis neumocócica. Argentina 2010-2021



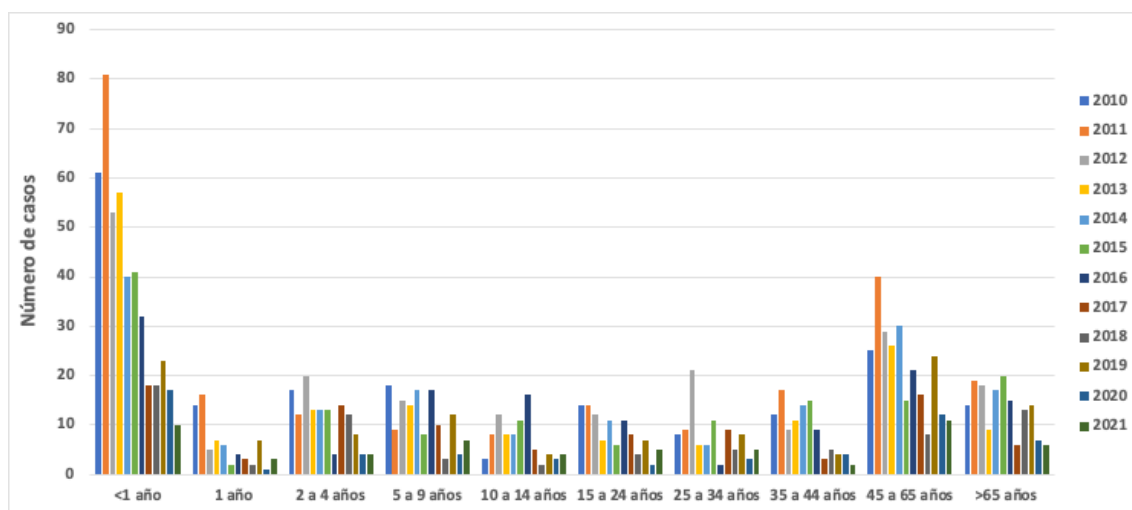
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán"

La distribución de casos por grupo etario presenta un perfil acorde al descrito internacionalmente, con afectación principalmente pediátrica (menores de 5 años), seguida en frecuencia por el grupo de adultos mayores de 45 años (Figura 2).

En el período analizado, puede observarse que la reducción en el número de casos ocurrida en los últimos años en nuestro país, se relaciona fundamentalmente a la disminución de casos en el grupo

etario de menores de 5 años, grupo elegible para la vacunación por calendario y sobre el cuál se identificaba la mayor carga de enfermedad (Figura 2).

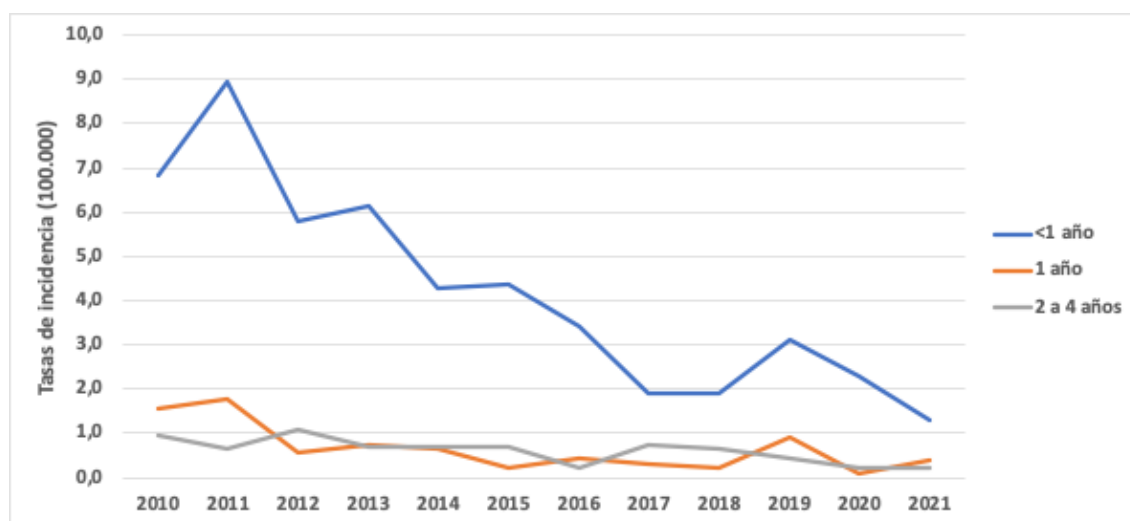
Figura 2. Meningitis neumocócica, casos por grupo de edad según año. Argentina 2010-2021



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán".

Al realizar un análisis desagregado en los menores de 5 años puede observarse que la reducción en las tasas de incidencia es mayor en los menores de 1 año, subgrupo principalmente afectado (Figura 3).

Figura 3. Tasas de incidencia de meningitis neumocócica en menores de 5 años, por grupo etario según año. Argentina 2010-2021



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán".

La distribución de casos de meningitis neumocócica por jurisdicción, en menores de 5 años, para el período 2010-2021 se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Casos de meningitis neumocócica en menores de 5 años por jurisdicción según año. Argentina. 2010-2021.

Jurisdicción	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Buenos Aires	7	24	14	10	8	7	5	5	6	7	7	7
CABA	13	11	5	11	0	6	2	5	3	0	0	1
Catamarca	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0
Chaco	3	2	4	4	2	0	0	0	2	2	1	2
Chubut	0	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Córdoba	3	6	2	6	4	2	2	1	0	4	1	0
Corrientes	3	1	0	1	1	2	1	0	0	1	0	0
Entre Ríos	1	2	3	2	0	2	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	3	2	1	2	0	2	0	0	0	0	0
Jujuy	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	0	1
La Rioja	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Mendoza	6	11	3	3	6	2	3	2	0	1	3	2
Misiones	1	0	1	3	2	0	0	0	0	1	1	1
Neuquén	1	0	1	2	0	0	0	0	2	1	0	0
Río Negro	2	3	1	0	1	2	1	0	1	1	0	0
Salta	2	0	2	4	3	6	1	0	0	2	0	1
San Juan	3	2	2	1	2	1	2	0	0	0	1	0
San Luis	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1
Santa Cruz	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Fe	11	9	2	1	1	2	4	0	1	1	4	0
Santiago del Estero	2	1	3	1	4	2	4	3	0	0	1	0
Tierra del Fuego	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Tucumán	0	3	2	3	1	5	2	1	1	0	3	1
sin dato	31	28	25	20	19	15	8	17	14	14	0	0
TOTAL	92	109	78	77	59	56	40	35	32	38	22	18

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

MENINGITIS NEUMOCÓCICA: PERÍODO 2019-2022

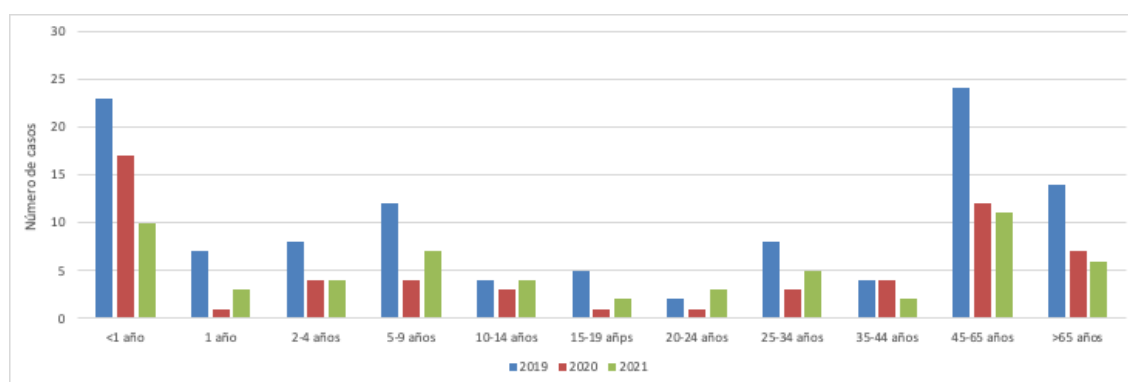
Considerando el período comprendido entre el año 2019 y el año 2021 se observa que las notificaciones de casos y las tasas de incidencia de meningitis por neumococo, global y para todos los grupos etarios, se vieron reducidas en el bienio 2020-2021 en contexto de pandemia (Tablas 1-2; Figuras 4 y 5) presentando el número más bajo de notificaciones de la última década.

Tabla 2. Meningitis por neumococo. Casos confirmados, fallecimientos y letalidad por año. Argentina 2019-2021.

Año	Casos (n)	Fallecidos (n)	Letalidad (%)
2019	111	6	5,4
2020	57	1	1,75
2021	57	5	8,7

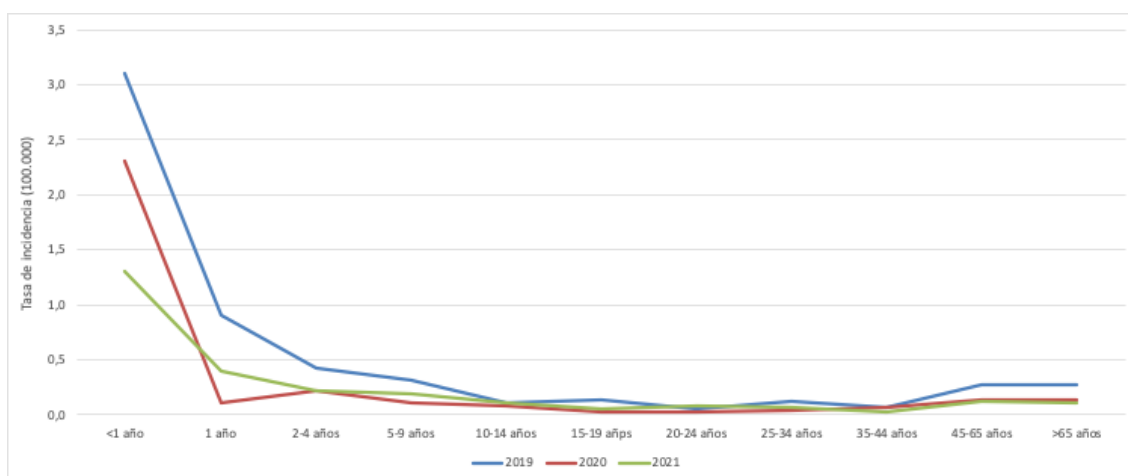
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán".

Figura 4. Casos de meningitis neumocócica por grupo etario según año. Argentina 2019-2021



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán".

Figura 5. Tasas de incidencia de meningitis neumocócica por grupo etario según año (c/100.000 habitantes). Argentina 2019-2021



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán".

Teniendo en cuenta que la situación epidemiológica que presentaron las enfermedades inmunoprevenibles en contexto de la pandemia por COVID-19 es difícil de evaluar, se tomará al año 2019 como escenario comparador para la situación actual.

Hasta la SE 45 del año 2022 se notificaron 103 casos de meningitis neumocócica, un 7,2% menos que los casos registrados en la totalidad del año 2019, con una tasa de incidencia global similar a la de dicho año. El 20,5% de los casos se presentaron en menores de 5 años con tasas de incidencia que, por el momento, son menores a las registradas en la totalidad del año 2019 en los 3 subgrupos (menores de 1 año, 1 año y 2 a 4 años). El grupo etario de 10-14 años, por su parte, ya ha duplicado el número de casos y su respectiva incidencia (0,2/100.000), respecto de 2019. En relación a la población adulta, en los mayores de 65 años se observa una tasa de incidencia menor a la que se registró en 2019, mientras que en el grupo de 45-65 años se evidencia una tasa similar (0,3/100.000) y en el grupo de 35-44 años una tasa que ya ha superado a la de 2019 (0,2/100.000) (Tabla 3).

Tabla 3. Número de casos y tasas de incidencia de meningitis neumocócica por grupo etario (c/100.000). SE 1 a 45, Argentina 2022

Grupo de edad	Número de casos (n)	Tasa de incidencia (100.000)
<1 año	13	1,8
1 año	2	0,3
2-4 años	6	0,3
5-9 años	9	0,2
10-14 años	9	0,2
15-19 años	6	0,2
20-24 años	4	0,1
25-34 años	7	0,1
35-44 años	13	0,2
45-65 años	28	0,3
>65 años	6	0,1
TOTAL	103	0,2

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

La distribución geográfica de los casos notificados a la SE 45 de 2022 evidencia que las jurisdicciones con mayor cantidad de casos son: Buenos Aires, Santa Fé, Chaco, CABA, Córdoba, Tucumán y La Pampa, que concentran el 81% de las notificaciones (Tabla 4). Sin embargo, las jurisdicciones con mayor incidencia cada 100.000 habitantes son: La Pampa, Chaco, Santa Fé, Tucumán y Tierra del Fuego (Tabla 4).

Tabla 4. Número de casos y tasas de incidencia (c/100.000 habitantes) de meningitis neumocócica por jurisdicción. SE 1 a 45, Argentina 2022.

Jurisdicción	Número de casos (n)	Tasas de incidencia (100.000)
Buenos Aires	19	0,1
CABA	11	0,4
Catamarca	1	0,2
Chaco	13	1,1
Chubut	1	0,2
Córdoba	9	0,2
Corrientes	1	0,1
Entre Ríos	2	0,1
Formosa	0	0,0
Jujuy	1	0,1
La Pampa	7	1,9
La Rioja	0	0,0
Mendoza	3	0,1
Misiones	1	0,1
Neuquén	1	0,1
Río Negro	2	0,3
Salta	3	0,2
San Juan	2	0,3
San Luis	0	0,0
Santa Cruz	0	0,0
Santa Fe	17	0,5
Santiago del Estero	0	0,0
Tierra del Fuego	1	0,5
Tucumán	8	0,5
TOTAL	103	0,2

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

ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA (EXCLUYENDO MENINGITIS)

Hasta la SE 45 del año 2022 se notificaron 378 casos de enfermedad neumocócica invasiva. Se observa que este valor es superior al de años anteriores (Tabla 5). Sin embargo, debe señalarse que los años 2020 y 2021 presentaron bajas notificaciones, como se mencionó en el apartado anterior. En este sentido, si la comparación se realiza con el año 2019, año pre-pandémico, se observa que los casos confirmados hasta la SE 45 de 2022 representan un incremento del 32% respecto de dicho año. Sin embargo, otro factor a tener en cuenta, es que en el transcurso de 2022 tanto el Laboratorio Nacional de Referencia INEI-ANLIS “Dr. C.G. Malbrán”, como la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica del Ministerio de Salud de la Nación trabajaron con los laboratorios de la Red y los equipos provinciales la

importancia de jerarquizar y fortalecer la vigilancia de las ENI, por lo cual este incremento podría relacionarse, en parte, a una mejora en la vigilancia epidemiológica.

En cuanto a la mortalidad, se observa en el período 2019 - 2021 un promedio de 2 a 3 fallecimientos anuales. Hasta la SE 45 del año 2022, se notificaron 9 casos fallecidos. La letalidad en 2022 alcanzó así un 2,38%, siendo 2,4 veces mayor a la letalidad del año 2019.

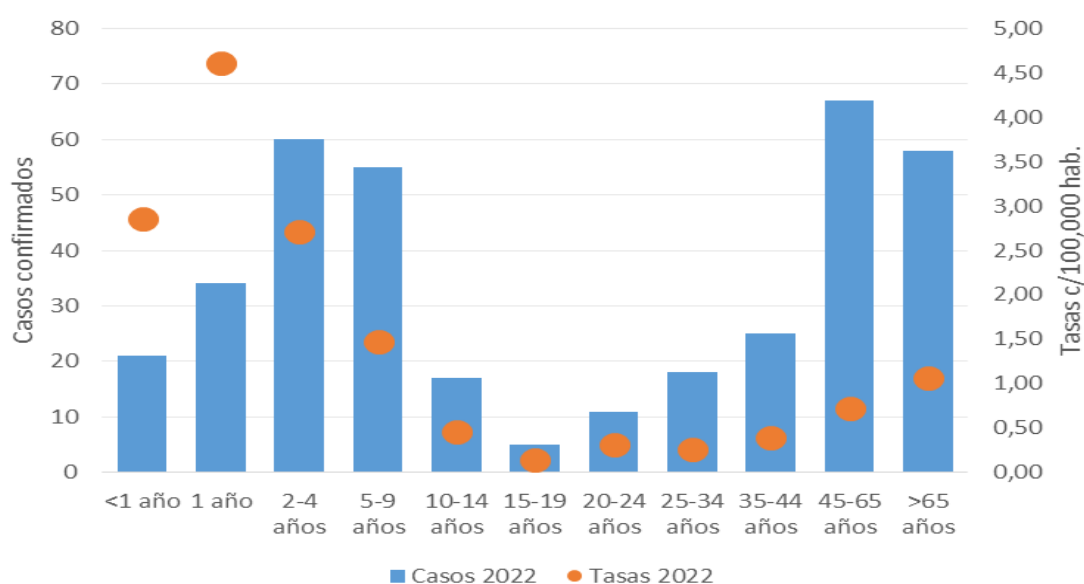
Tabla 5. Casos confirmados, fallecimientos y letalidad por año. Argentina 2019-2021.

Año	Casos (n)	Fallecidos (n)	Letalidad (%)
2019	286	2	0,70
2020	69	3	4,35
2021	139	2	1,44

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán".

En cuanto a la caracterización de los casos en función de su grupo de edad se observa que durante el año en curso predominaron los casos en el grupo de 0 a 9 años (46% del total de casos con información de edad) y en segundo lugar el de 45 y más años (34% del total de casos con información de edad). Sin embargo, al analizar las tasas cada 100.000 habitantes el grupo con las tasas más elevadas es el de los menores de 5 años (Figura 6).

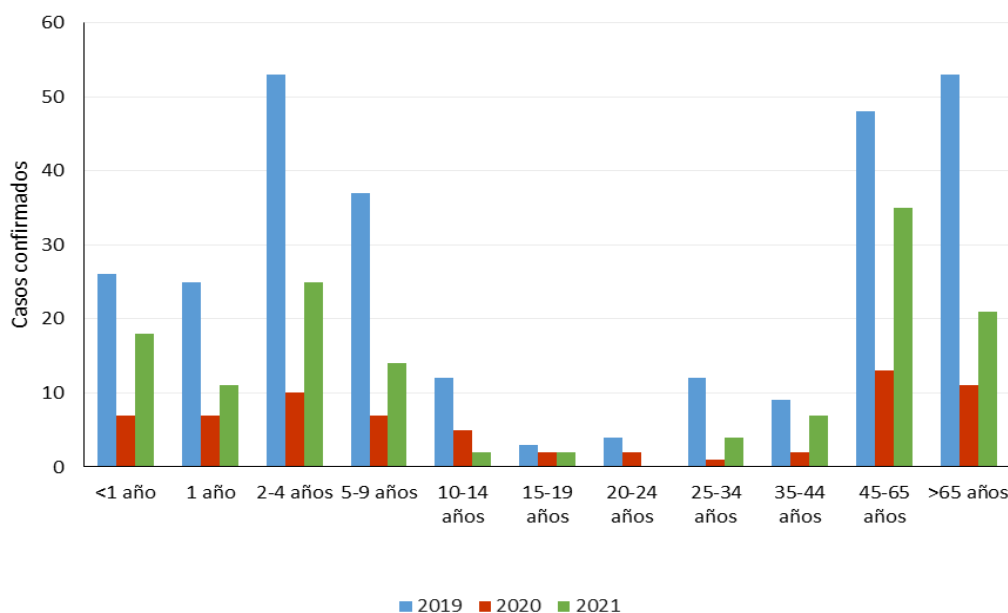
Figura 6. Número de casos y tasas de incidencia (c/100.000 habitantes) de enfermedad neumocócica invasiva por grupo etario. Argentina SE 1 a 45, año 2022. N=371.



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán".

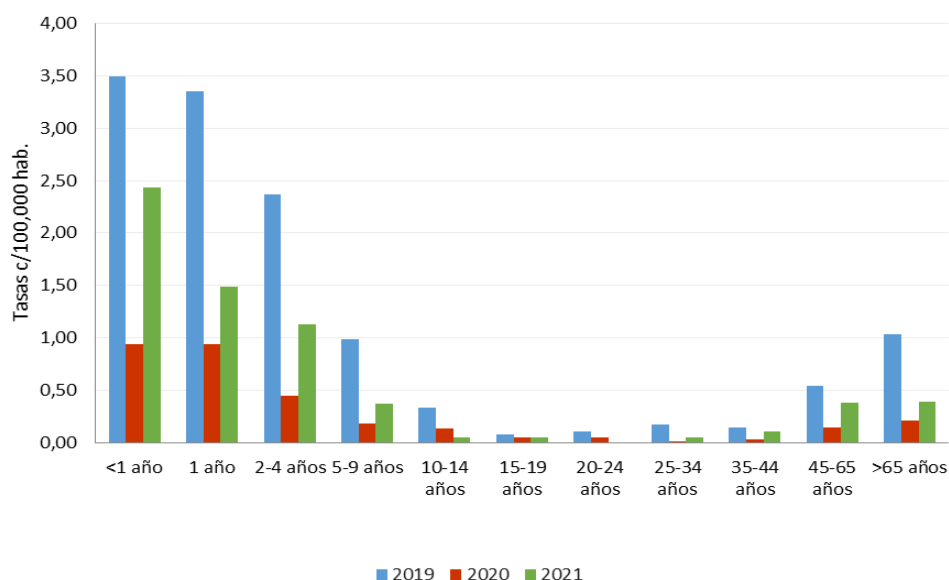
Este comportamiento es similar a lo observado en el período 2019-2021, siendo el grupo con las tasas más elevadas el de menores de 5 años (Figura 8).

Figura 7. Casos de enfermedad neumocócica invasiva por grupo etario según año. Argentina 2019-2021



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán"

Figura 8. Tasas de incidencia de enfermedad neumocócica invasiva (c/ 100.000 habitantes) por grupo etario. Argentina 2019-2021



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán"

La distribución geográfica de los casos notificados en el trienio 2019-2020 se muestra en la Tabla 6.

Tabla 6. Casos confirmados y tasas de incidencia (c/100.000 habitantes) de enfermedad neumocócica invasiva (no meningitis), según provincia. Argentina 2019-2021

Jurisdicción	2019		2020		2021	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Buenos Aires	88	0,51	22	0,13	49	0,28
CABA	68	2,21	13	0,42	39	1,27
Catamarca	2	0,49	0	0,00	1	0,24
Chaco	8	0,67	6	0,50	5	0,41
Córdoba	19	0,51	5	0,13	9	0,24
Corrientes	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Entre Ríos	1	0,07	1	0,07	1	0,07
Formosa	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Jujuy	2	0,26	1	0,13	3	0,39
La Pampa	0	0,00	1	0,28	1	0,28
Mendoza	16	0,81	1	0,05	4	0,20
Misiones	3	0,24	0	0,00	1	0,08
Neuquén	26	3,97	3	0,45	6	0,89
Río Negro	14	1,90	2	0,27	4	0,53
Salta	7	0,50	1	0,07	0	0,00
San Luis	1	0,20	0	0,00	2	0,39
Santa Cruz	0	0,00	0	0,00	1	0,27
Santa Fe	5	0,14	1	0,03	8	0,22
Santiago del Estero	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tierra del Fuego	8	4,73	4	2,31	4	2,25
Tucumán	18	1,07	8	0,47	1	0,06
Sin dato	0	-	0	-	0	-
Total general	286	0,64	69	0,15	139	0,30

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán"

En cuanto a la distribución geográfica del año en curso, a la SE 45, el 45,2% de los casos se produjeron en Buenos Aires y CABA, sin embargo las tasas más elevadas corresponden a San Luis, la CABA y Chaco (Tabla 7).

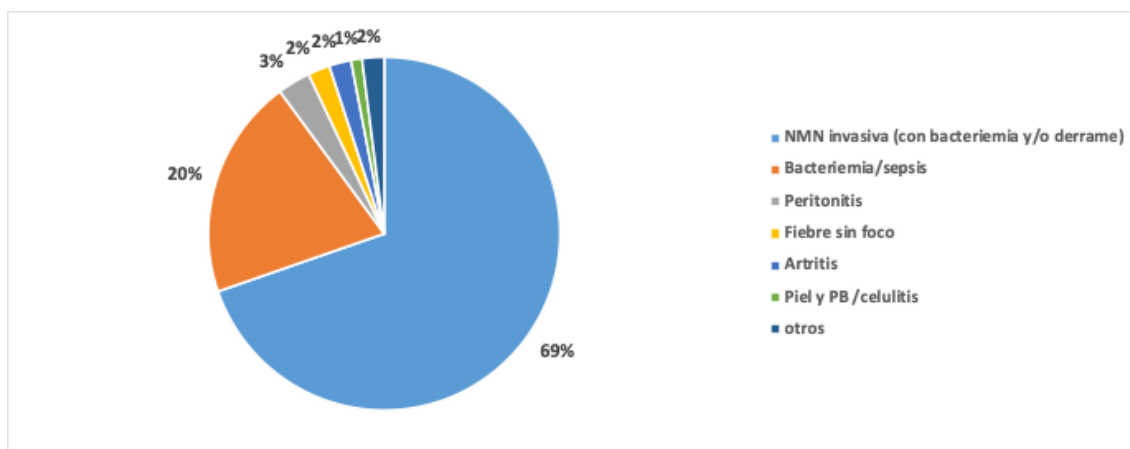
Tabla 7. Número de casos y tasas de incidencia (c/100.000 habitantes) de enfermedad neumocócica invasiva (no meningitis), según provincia. SE 1 a 45, Argentina 2022

Jurisdicción	Casos	Tasas
Buenos Aires	94	0,53
CABA	77	2,50
Catamarca	3	0,71
Chaco	29	2,36
Córdoba	36	0,94
Corrientes	5	0,44
Entre Ríos	3	0,21
Formosa	1	0,16
Jujuy	5	0,63
La Pampa	4	1,10
Mendoza	2	0,10
Misiones	6	0,47
Neuquén	9	1,32
Río Negro	10	1,30
Salta	11	0,75
San Luis	14	2,69
Santa Cruz	6	1,56
Santa Fe	26	0,72
Santiago del Estero	1	0,10
Tierra del Fuego	2	1,10
Tucumán	34	1,96
Sin dato	3	-
Total general	378	0,82

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán".

En relación a los diagnósticos clínicos reportados dentro del grupo de enfermedad neumocócica invasiva para el año en curso y para los casos cuales estaba disponible el dato, puede evidenciarse la distribución que se presenta en la figura 9, con un franco predominio de las neumonías invasivas y las bacteriemias/sepsis.

Figura 9. Distribución de enfermedad neumocócica invasiva (no meningitis), por diagnóstico (n=221). Argentina 2022

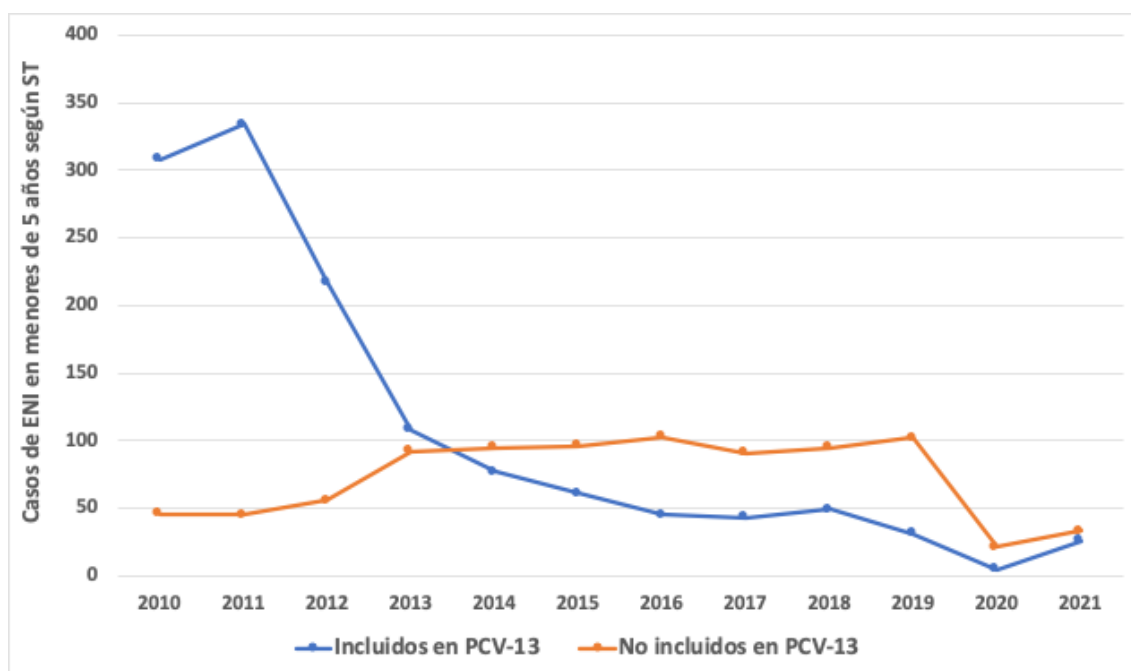


Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SNVS 2.0 e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán".

DISTRIBUCIÓN DE SEROTIPOS EN ENI (ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA, INCLUYENDO MENINGITIS) EN MENORES DE 5 AÑOS

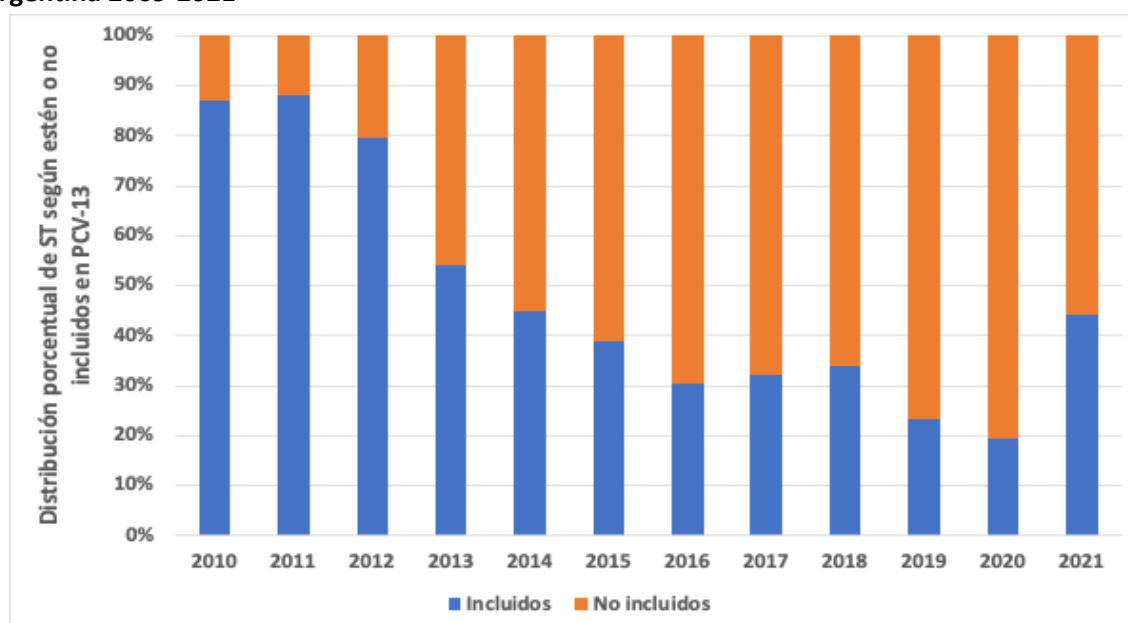
En relación a los serotipos (ST) identificados como causantes de ENI, se puede evidenciar que aquellos incluidos en la vacuna PCV-13 han presentado una significativa reducción luego de la introducción de la vacuna al Calendario Nacional (Figura 10) como causantes de ENI en menores de 5 años. La distribución porcentual de los ST vacunales contra los no vacunales evidencia que la proporción de vacunales se redujo del 87% en el año 2010 al 19% en el año 2020, con un incremento al 44% para el año 2021 (Figura 11). Por su parte, los ST no vacunales muestran un aumento de casos que no ha alcanzado la magnitud de la carga de enfermedad que registraban los ST vacunales previo al año 2012 (Figura 10), y desde el año 2014 representan proporcionalmente la mayoría de los aislamientos serotipificados (Figura 11).

Figura 10. Casos en menores de 5 años según serotipos. Argentina 2009-2021



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SIREVA II e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán".

Figura 11. Distribución de casos en menores de 5 años, según serotipos incluidos o no en PCV-13. Argentina 2009-2021



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos extraídos del SIREVA II e información aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio de Bacteriología Clínica INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán".

En el año en curso, a la SE 45 se cuenta con información de ST en 93 aislamientos de *Streptococcus pneumoniae* en menores de 5 años, causantes de ENI. El **65,6% de ellos corresponde a ST no incluidos en la vacuna PCV-13** disponible en el Calendario Nacional de Vacunación.

A modo de conclusiones a partir de la información presentada, podemos mencionar que en 2022:

- ✓ Se evidencia un aumento en el número de casos de ENI a expensas de las infecciones invasivas no-meningitis, con un aumento en la letalidad por estas patologías. Este aumento podría corresponder en parte a una mejora en la notificación de las ENI.
- ✓ La tasa de incidencia más elevada de ENI no-meningitis se registra en el grupo de menores de 5 años.
- ✓ Los ST de *Streptococcus pneumoniae* causantes de ENI en menores de 5 años corresponden predominantemente ST no vacunales.

COBERTURAS DE VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO

La vacuna antineumocócica conjugada 13-valente (PCV-13) se introdujo al Calendario Nacional de Vacunación de Argentina en el año 2012 con esquema 2+1 (a los 2, 4 y 12 meses de vida), con el objetivo de controlar la enfermedad y disminuir la morbimortalidad por neumonía neumocócica y ENI en Argentina.

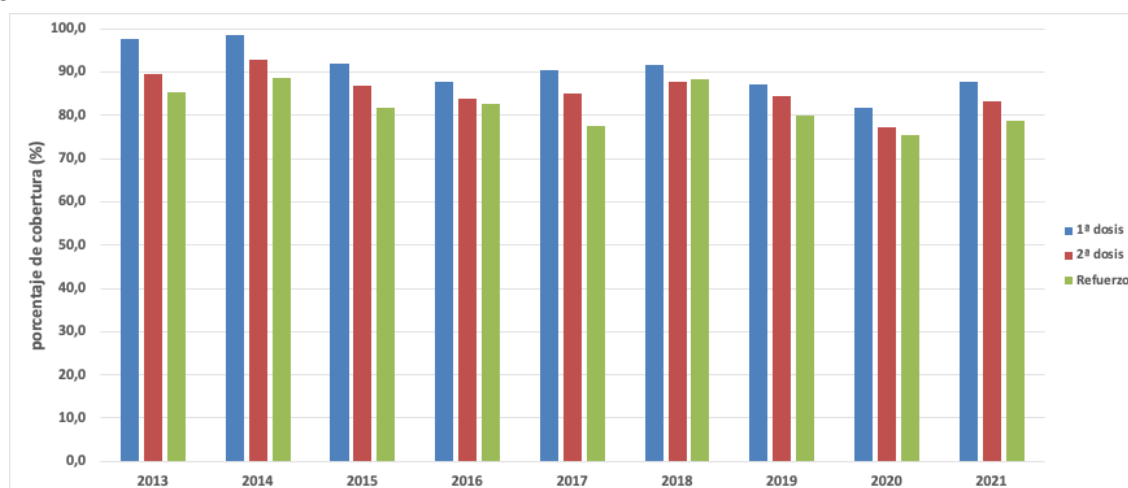
En forma complementaria, en el año 2017 tuvo inicio la estrategia de vacunación con esquema secuencial (vacuna conjugada 13-valente / polisacárida 23-valente) para personas mayores de 65 años y personas entre 5 y 65 años con factores de riesgo para ENI, con el objetivo de reducir la incidencia, complicaciones, secuelas y mortalidad por neumonía neumocócica y ENI en estos grupos.

La evolución de las coberturas nacionales de vacunación alcanzadas hasta el año 2021 inclusive, en la población pediátrica, se muestra en la figura 11.

Las coberturas de vacunación contra neumococo se vieron reducidas en el año 2020 durante la pandemia, tanto en las dos dosis del esquema básico como en el refuerzo, al igual que ocurrió con el resto de las vacunas del Calendario Nacional, profundizando el descenso que se venía observando en años previos. En el año 2021 se evidencia una mejora parcial de las mismas persistiendo aún en valores subóptimos para poder avanzar en el desafío del control de la enfermedad.

Este escenario predispone al acúmulo de población susceptible, favoreciendo la potencial reemergencia de casos y aparición de brotes por serotipos vacunales en la población de mayor vulnerabilidad.

Figura 11. Coberturas Nacionales de Vacunación. Vacuna contra Neumococo. Argentina 2013-2021



Fuente: Área de datos, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI). Elaboración propia.

DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Definiciones y clasificaciones de caso Meningitis bacteriana:

Meningoencefalitis bacteriana:

Caso probable de meningoencefalitis bacteriana: paciente que presenta criterio clínico y criterio de laboratorio:

– *Criterio clínico:* fiebre súbita mayor o igual de 38°C y cefalea asociados a uno o más de los siguientes signos y/o síntomas:

- Rigidez de nuca.
- Signos de irritación meníngea: Kernig, Brudzinsky.
- Alteración de conciencia como somnolencia, confusión, letargia, estupor o coma (definido por Escala de Glasgow).
- Alteraciones motoras o sensitivas o de los pares craneales.
- Manifestaciones hemorrágicas de la piel: petequias, equimosis, rash maculopapular y/o purpúrico.
- Convulsiones.
- Vómitos incoercibles.
- Fotofobia.
- Otros signos de sepsis o shock séptico.

Los niños menores de 1 año pueden presentar hipotermia (temperatura menor o igual a 36°C) o fiebre (temperatura mayor o igual a 38°C) asociado a uno o más de los siguientes signos y síntomas:

- Irritabilidad.
- Letargo.
- Convulsiones.
- Alteración del patrón de sueño.

- Llanto persistente.
- Rechazo del alimento.
- Abombamiento de fontanela.
- Otros signos de sepsis.
- Otros signos de shock séptico.

En adultos mayores puede no existir hipertermia, rigidez de nuca o rash maculopapular. Pueden presentar alteración del nivel de conciencia, signos de foco neurológico, convulsiones, sepsis o shock séptico. Asimismo, los pacientes inmunocomprometidos pueden manifestar formas agudas o subagudas con cefalea y fiebre de inicio gradual y progresivo, rigidez de nuca, vómitos, fotofobia, alteraciones conductuales, alteraciones de la conciencia o signos de foco neurológico.

– *Criterio de laboratorio:* líquido cefalorraquídeo (LCR) con una o más de las siguientes características:

- Aspecto turbio.
- Recuento de leucocitos mayor de 100/mm³, con más de 80% de neutrófilos.
- Proteína mayor de 100 mg/dl.
- Glucorraquia menor de 40 mg/dl o menor del 50% de la glucemia.
- Presencia de diplococos Gram negativos (probable *Neisseria meningitidis*), diplococos Gram positivos (probable *Streptococcus pneumoniae*) o cocobacilos gramnegativos (probable *Haemophilus influenzae*) en el examen directo.
- Detección de antígeno bacteriano por látex o coagulación en LCR.

Caso confirmado de Meningoencefalitis Bacteriana:

- Caso probable de Meningoencefalitis Bacteriana confirmado por cultivo o detección de ADN (ácido desoxirribonucleico) específico de *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* o *Haemophilus influenzae* en líquido cefalorraquídeo (LCR) por la técnica de PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa).
- Caso probable de Meningoencefalitis Bacteriana con nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio de meningoencefalitis bacteriana u otra enfermedad invasiva bacteriana (*N. meningitidis*, *S. pneumoniae* o *H. influenzae*).

Definiciones y clasificaciones de caso enfermedad bacteriana invasiva (no meningitis):

Enfermedad bacteriana invasiva:

Caso sospechoso de enfermedad invasiva:

- Caso clínicamente compatible (clínica según foco infeccioso) y el hallazgo de diplococos Gram negativos, cocobacilos Gram negativos o cocos Gram positivos (según corresponda) en muestra de sitio estéril (como líquido pleural, líquido sinovial, líquido pericárdico, etc) o raspado de una lesión petequiral o purpúrica (válido para *Neisseria meningitidis*)
- Púrpura fulminante sin cultivo positivo (válido para *Neisseria meningitidis*)

Caso probable de enfermedad meningocócica invasiva: Caso clínicamente compatible y detección de antígenos de *S. pneumoniae*, *H. influenzae* tipo b y/o *N. meningitidis*.

Caso confirmado de enfermedad invasiva: Caso clínicamente compatible y

- Aislamiento de *S. pneumoniae*, *H. influenzae* tipo b y/o *N. meningitidis* a partir de material de sitio habitualmente estéril: sangre, líq. pleural, líq. sinovial, líq. pericárdico, etc.
- Aislamiento de *N. meningitidis* del raspado de piel de lesiones petequiales o purpúricas.
- Detección de ácidos nucleicos de *S. pneumoniae*, *H. influenzae* tipo b y/o *N. meningitidis* a partir de material de sitio habitualmente estéril como suero, líq. pleural, líq. sinovial, líq. pericárdico, etc. mediante pruebas de PCR validadas.
- Detección de ácidos nucleicos de *N. meningitidis* a partir de lesiones petequiales o purpúricas mediante pruebas de PCR validadas.

Notificación:

Todo caso de meningoencefalitis o de enfermedad invasiva bacteriana según las definiciones precedentes deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de acuerdo con la actualización de las Normas de vigilancia y control de enfermedades de notificación obligatoria sancionadas por resolución 2827/22 disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/eventos-de-notificacion-obligatoria>

- **Grupos de eventos:** Meningoencefalitis
- **Evento:**
 - Meningoencefalitis
 - Otras enfermedades bacterianas invasivas (no meningitis)
- **Estrategias de vigilancia:** Nominal con datos completos ante la sospecha
- **Periodicidad de notificación:** Notificación inmediata

La meningoencefalitis 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.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

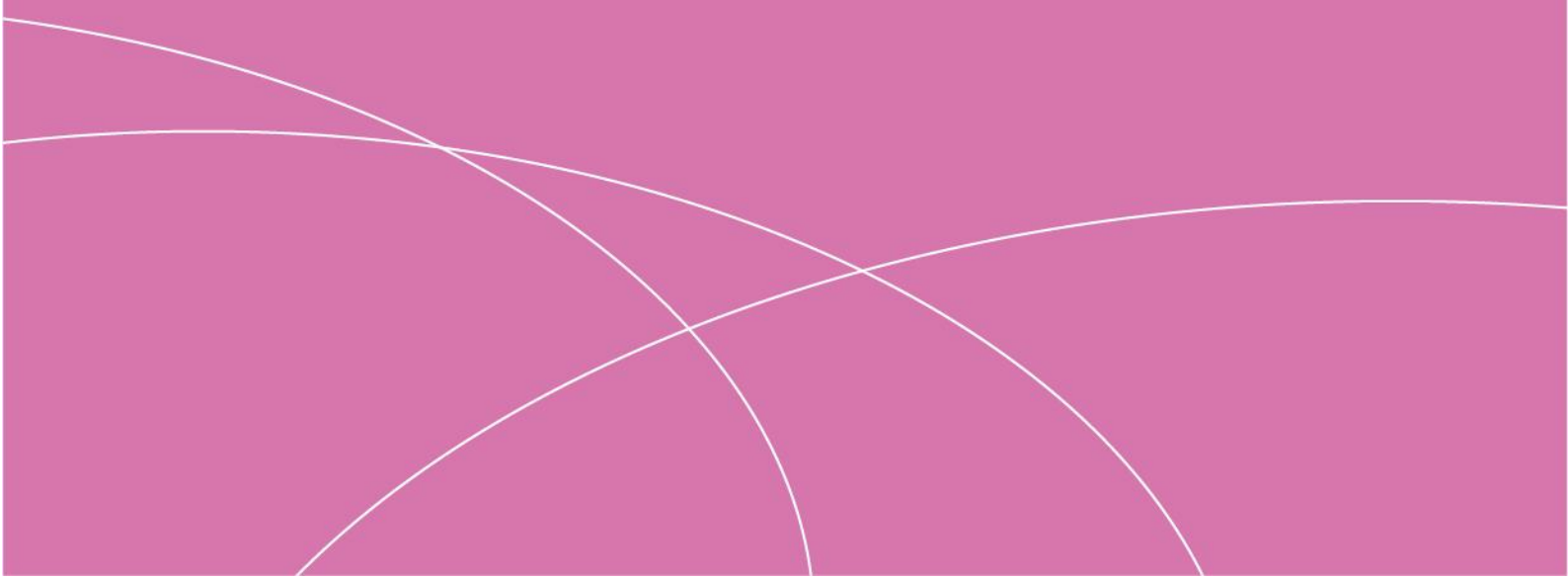
En relación a la estrategia de inmunización, en Argentina las vacunas contra *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae* tipo b, se encuentran disponibles en forma gratuita y obligatoria en el Calendario Nacional de Vacunación (ver apartado Acciones de Investigación, Prevención y Control).

La vacuna antimeningocócica que se encuentra incluida en el Calendario Nacional de vacunación es la vacuna tetravalente conjugada (ACYW). La vacuna antineumocócica que contempla el calendario nacional, es la conjugada 13-valente para niños y la combinación de 13-valente conjugada y 23-

valente polisacárida para personas con factores de riesgo y mayores de 65 años. La vacunación contra *Haemophilus influenzae* de tipo b está incluida en la vacuna quintuple.

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.

**ALERTAS
EPIDEMOLÓGICAS
INTERNACIONALES**



ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES

A partir del BEN 627 se agregó esta sección de Alertas Epidemiológicas Internacionales recibidas por el Centro Nacional de Enlace (CNE), oficina encargada de la comunicación con otros países en relación a la información sanitaria dentro del marco del Reglamento Sanitario internacional (RSI) que funciona en la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

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

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

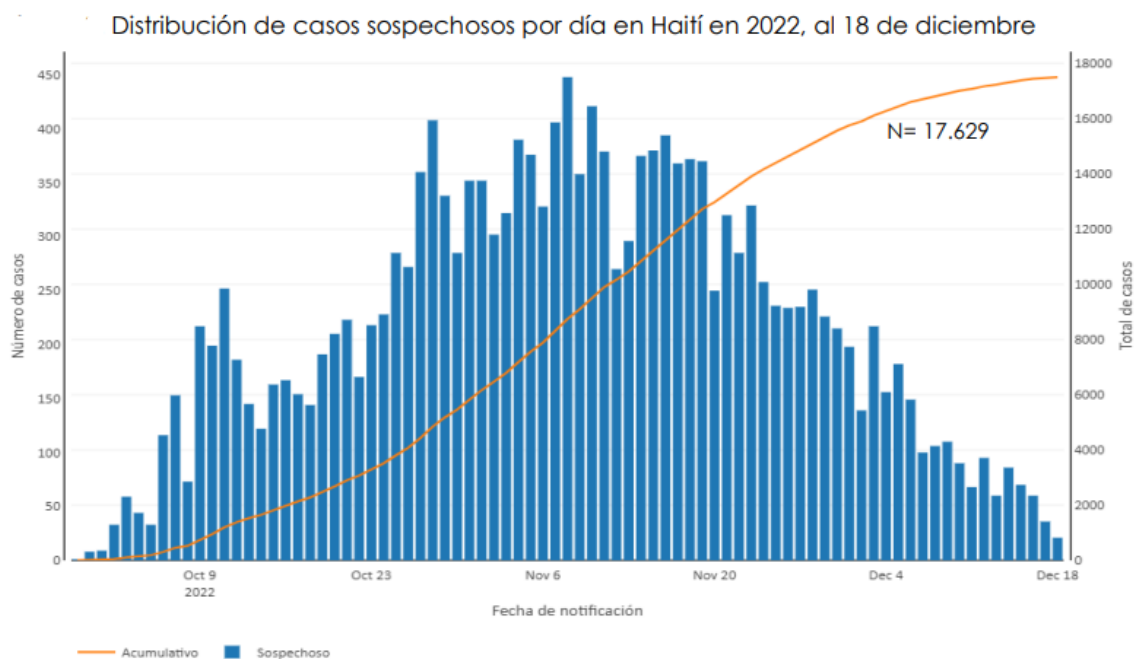
Las Actualizaciones Epidemiológicas consisten en actualizar la información sobre eventos que están ocurriendo en la población y sobre los cuales ya se alertó o informó previamente.

A continuación se mencionan los eventos de mayor relevancia que han sido compartidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 14 y el 21 de diciembre.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA - CÓLERA

20 DE DICIEMBRE DE 2022

Desde la notificación de los dos primeros casos confirmados de *Vibrio cholerae* O1 en el área del gran Puerto Príncipe el 2 de octubre de 2022, al 18 de diciembre de 2022, el Ministerio de Salud de Haití, informó un total de 17.629 casos sospechosos en 10 departamentos del país, incluidos 1.349 casos confirmados, 14.972 casos sospechosos internados y 316 defunciones registradas. Esto representa un aumento del 19% de casos sospechosos (N=2.852), del 7% de casos confirmados (N=87) y del 9% en las defunciones (N=25), con respecto a la Actualización del 13 de diciembre de 2022. Hasta el 18 de diciembre de 2022, 9 departamentos han confirmado casos (Artibonite, Centre, GrandAnse, Nippes, Nord, Nord-Ouest, Ouest, Sud and Sud-Est). Hasta la fecha, la tasa de letalidad entre los casos sospechosos es del 1,8%. De un total de 3.450 muestras analizadas por el laboratorio Nacional de Salud Pública, 1.349 fueron confirmados (tasa de positividad 39,1%).



Fuente: Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) de Haïti. Datos reproducidos por la OPS/OMS.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-colera-20-diciembre-2022>

CASOS DE ENFERMEDADES CAUSADAS POR ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO A EN URUGUAY

19 de diciembre de 2022

El 11 de diciembre el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental de Uruguay informó a la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) sobre la ocurrencia de casos de enfermedades producidas por la bacteria estreptococo del grupo A (*Streptococcus pyogenes*). Al 19 de diciembre, como resultado de la vigilancia intensificada que incluye la búsqueda activa y retrospectiva de casos, se identificaron 21 casos ingresados en centros de salud de ocho departamentos del país por complicaciones debidas a la forma invasiva de la bacteria. Los casos confirmados tuvieron inicio de síntomas entre el 3 de noviembre y el 12 de diciembre de 2022. Los casos corresponden a 7 adultos (mayores de 15 años) y el resto a población entre 1 y 7 años. La investigación epidemiológica hasta el momento no ha identificado nexos epidemiológicos. Respecto a la evolución de los casos ocho de estos fallecieron, cuatro adultos (69 a 79 años) y cuatro niños de 1 a 7 años inmunocompetentes. La caracterización del patógeno se está realizando en el Laboratorio Nacional de Salud Pública. Los resultados preliminares informan que se mantiene la susceptibilidad a penicilina y se obtuvieron pulstipos que se están analizando.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/nota-informativa-casos-enfermedades-causadas-por-estreptococo-grupo-uruguay>

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA BROTES DE INFLUENZA AVIAR Y LAS IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

14 de diciembre de 2022

Ante la creciente detección de focos de influenza aviar, altamente patógena en aves, registrada en ocho países de la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reitera las orientaciones sobre la vigilancia y el diagnóstico por laboratorio en muestras humanas y animales. La OPS/OMS recomienda vigilar y detectar oportunamente la aparición de enfermedad tipo influenza (ETI) o de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en personas expuestas a aves (domésticas, silvestres o en cautiverio) infectadas con virus de influenza aviar.

Hasta la semana epidemiológica 49 de 2022, las autoridades de agricultura de Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, los Estados Unidos de América, México, Perú y República Bolivariana de Venezuela han detectado brotes en aves domésticas, de granjas avícolas y/o silvestres por virus IAAP H5. La detección de brotes de IAAP en cinco países de América del Sur es una situación nunca registrada con anterioridad. Hasta la fecha, únicamente se ha registrado una infección humana causada por influenza aviar A(H5N1) en los Estados Unidos de América, la cual fue notificada el 29 de abril de 2022.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-brotes-influenza-aviar-implicaciones-para-salud-publica>

POLIOVIRUS CIRCULANTE DERIVADO DE LA VACUNA TIPO 2 (CVDPV2) – INDONESIA – 19 DE DICIEMBRE

El 12 de noviembre de 2022, el Ministerio de Salud de Indonesia notificó a la OMS de un caso confirmado de poliovirus circulante derivado de la vacuna tipo 2 (cVDPV2) con parálisis flácida aguda (AFP) del distrito de Pidie en la provincia de Aceh. Las investigaciones de campo fueron iniciadas de inmediato por las autoridades de salud pública locales y nacionales, con el apoyo de los socios de la Iniciativa de Erradicación Global de la Poliomiélitis. El 28 de noviembre, el Ministerio de Salud lanzó una campaña de inmunización para niños menores de 13 años en las zonas afectadas.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON430>

**HERRAMIENTAS
PARA LA
VIGILANCIA,
PREVENCIÓN Y
RESPUESTA**



RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

En el marco de la circulación de virus Influenza y otros virus respiratorios y el aumento de la circulación de SARS-CoV-2, se actualizan las recomendaciones para la prevención de las infecciones respiratorias agudas en establecimientos de salud y para personal sanitario, en el marco de la estrategia de vigilancia y control integral de COVID-19 y otras infecciones respiratorias agudas:

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/prevencion-de-infecciones-respiratorias-agudas-en-establecimientos-de-salud>

RESOLUCIÓN 2827/2022: ACTUALIZACIÓN DE LAS NORMAS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

A través de la [Resolución 2827/2022](#) publicada en el [Boletín Oficial](#) del 16 de noviembre de 2022 se actualiza la **nómina de eventos de notificación obligatoria** y se aprueba el **Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria**. Así mismo, la norma establece al SNVS^{2.0} como el sistema oficial de información para el registro de los eventos de notificación obligatoria y define los alcances de la obligación de notificar, incluyendo a los profesionales asistenciales, autoridades de establecimientos y jurisdiccionales.

Además, faculta a la actualización periódica del manual de normas de forma total o parcial debiendo publicarse la última actualización en la página web del Ministerio de Salud de la Nación (cuya actualización vigente se encuentra [disponible aquí](#)).

Asigna a la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación las funciones de gestión y coordinación técnico-epidemiológica, a nivel nacional, del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud y la gestión y coordinación de las distintas estrategias de vigilancia epidemiológica de eventos de importancia para la salud pública.

La actualización de las normas de vigilancia y control luego de 15 años (la última actualización oficial se había hecho a través de la Res.1715 de 2007) es el resultado de un trabajo conjunto de las direcciones de Epidemiología y referentes de Vigilancia nacional y jurisdiccionales, los Laboratorios Nacionales de Referencia y las redes jurisdiccionales de laboratorios, los Programas de Prevención y Control y las Áreas y Direcciones del Ministerio de Salud de la Nación involucradas.

Listado de eventos de notificación obligatoria:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/listado-de-eventos-de-notificacion-obligatoria>

Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria – Actualización 2022:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-eventos-de-notificacion>

CALENDARIO EPIDEMIOLÓGICO 2023

CALENDARIO
EPIDEMIOLÓGICO | 2023

		SEMANA EPIDEMIOLÓGICA						
		D	L	M	M	J	V	S
ENERO	1	1	2	3	4	5	6	7
	2	8	9	10	11	12	13	14
	3	15	16	17	18	19	20	21
	4	22	23	24	25	26	27	28
	5	29	30	31	1	2	3	4
FEBRERO	6	5	6	7	8	9	10	11
	7	12	13	14	15	16	17	18
	8	19	20	21	22	23	24	25
	9	26	27	28	1	2	3	4
MARZO	10	5	6	7	8	9	10	11
	11	12	13	14	15	16	17	18
	12	19	20	21	22	23	24	25
	13	26	27	28	29	30	31	1
ABRIL	14	2	3	4	5	6	7	8
	15	9	10	11	12	13	14	15
	16	16	17	18	19	20	21	22
	17	23	24	25	26	27	28	29
MAYO	18	30	1	2	3	4	5	6
	19	7	8	9	10	11	12	13
	20	14	15	16	17	18	19	20
	21	21	22	23	24	25	26	27
JUNIO	22	28	29	30	31	1	2	3
	23	4	5	6	7	8	9	10
	24	11	12	13	14	15	16	17
	25	18	19	20	21	22	23	24
JULIO	26	25	26	27	28	29	30	1
	27	2	3	4	5	6	7	8
	28	9	10	11	12	13	14	15
	29	16	17	18	19	20	21	22
AGOSTO	30	23	24	25	26	27	28	29
	31	30	31	1	2	3	4	5
	32	6	7	8	9	10	11	12
	33	13	14	15	16	17	18	19
SEPTIEMBRE	34	20	21	22	23	24	25	26
	35	27	28	29	30	31	1	2
	36	3	4	5	6	7	8	9
	37	10	11	12	13	14	15	16
OCTUBRE	38	17	18	19	20	21	22	23
	39	24	25	26	27	28	29	30
	40	1	2	3	4	5	6	7
	41	8	9	10	11	12	13	14
NOVIEMBRE	42	15	16	17	18	19	20	21
	43	22	23	24	25	26	27	28
	44	29	30	31	1	2	3	4
	45	5	6	7	8	9	10	11
DICIEMBRE	46	12	13	14	15	16	17	18
	47	19	20	21	22	23	24	25
	48	26	27	28	29	30	1	2
	49	3	4	5	6	7	8	9
	50	10	11	12	13	14	15	16
	51	17	18	19	20	21	22	23
	52	24	25	26	27	28	29	30
	1	31	1	2	3	4	5	6

Dirección de
EpidemiologíaMinisterio de Salud
Argentina

Descargar calendario epidemiológico 2023
<https://bancos.salud.gov.ar/recurso/calendario-epidemiologico-2023>

MÁS HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA

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

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

*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina