

**ESTRATEGIA DE VIGILANCIA Y CONTROL
INTEGRAL DE COVID-19 Y OTRAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**

ABRIL 2022



**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

Resumen	3
Contexto y justificación	5
Objetivos.....	11
Medidas de prevención.....	12
Priorización de diagnóstico	12
Recomendaciones medidas de control	13
1. Medidas de control ante casos sintomáticos sin indicación de diagnóstico por laboratorio.....	13
2. Acciones en casos de COVID-19 confirmado	13
3. Contactos estrechos	15
Hacia una estrategia integrada de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas de posible origen viral	15
1- Vigilancia de SARS-CoV-2, influenza y otros virus respiratorios (OVR) en unidades de monitoreo de ambulatorios.....	17
2- Vigilancia universal de casos confirmados de COVID-19.....	18
3- Vigilancia nominal universal de casos internados por infección respiratoria aguda internados, graves y fallecidos.....	18
4- Vigilancia genómica	19
5- Vigilancia agrupada sindrómica de infecciones respiratorias agudas y vigilancia agrupada de laboratorio de virus respiratorios	19
6- Unidades Centinela de IRAG	19
7- Detección y estudio de brotes.....	20
8- Vigilancia del impacto en el sistema de salud (ocupación de camas)	20
9- Vigilancia de aguas residuales.....	20
Difusión de información	21
Planes provinciales de contingencia	21
Algoritmos de manejo de casos	22
Glosario	24
Bibliografía.....	27

RESUMEN

PUNTOS CLAVE EN LA ACTUALIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA

- Altas coberturas de vacunación especialmente en la población más vulnerable, lo que constituye la principal herramienta para disminuir la mortalidad por COVID-19.
- Población con alta protección contra enfermedad grave por COVID-19 (infección natural y por vacunas).
- Variantes SARS-CoV-2 más transmisibles que variante original.
- Población susceptible a otros virus respiratorios que no han circulado desde el inicio de la pandemia o tuvieron baja circulación (principalmente en niños/as) y que actualmente registran circulación.
- Incertidumbre sobre el comportamiento de SARS-CoV-2 en 2022 (nuevas variantes, nuevos picos, co-circulación con otros virus).

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbimortalidad asociada a las infecciones respiratorias agudas por SARS CoV-2 y otros virus respiratorios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer el cumplimiento de las medidas prevención generales en la población.
- Asegurar medidas para proteger poblaciones vulnerables: vacunación, diagnóstico precoz, atención oportuna y de calidad.
- Fortalecer la capacidad del sistema de vigilancia epidemiológica para alertar en forma temprana sobre cambios en la epidemiológica de la pandemia y de las infecciones respiratorias agudas estacionales, eventos inusitados, nuevas variantes, detección temprana, investigación y control de brotes,
- Difundir periódicamente la situación epidemiológica y las medidas recomendadas de acuerdo a la misma según la mejor evidencia disponible.

VIGILANCIA DE COVID-19

Se implementará una estrategia de transición para integrar la vigilancia de COVID-19 a la vigilancia de las enfermedades respiratorias agudas de presunto origen viral, basada en 9 estrategias de vigilancia:

1. Vigilancia de SARS-CoV-2, influenza y otros virus respiratorios (OVR) en unidades de monitoreo de ambulatorios
2. Vigilancia universal de casos confirmados de COVID-19.
3. Vigilancia nominal universal de casos internados por infección respiratoria aguda internados, graves y fallecidos.
4. Vigilancia genómica.
5. Vigilancia agrupada sindrómica de infecciones respiratorias agudas y vigilancia agrupada de laboratorio de virus respiratorios.
6. Unidades Centinela de IRAG.
7. Detección y estudio de brotes.

8. Vigilancia del impacto en el sistema de salud (ocupación de camas).
9. Vigilancia de aguas residuales.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN GENERALES

- Uso adecuado de barbijo en espacios interiores especialmente en momentos de alta circulación de virus respiratorios.
- Asegurar adecuada ventilación de ambientes.
- Lavado de manos frecuente.
- No acudir a actividades laborales, educativas, sociales o lugares públicos ante la presencia de síntomas.

PRIORIZACIÓN DIAGNÓSTICA

Se priorizará el diagnóstico etiológico de COVID-19 en personas con enfermedad respiratoria que pertenezcan a los siguientes grupos:

- Personas mayores de 50 años y con condiciones de riesgo.
- Poblaciones especiales: Personas que residan, trabajen o asistan a ámbitos que por las características propias presentan mayor riesgo de transmisión o generación de brotes (instituciones carcelarias, instituciones de salud, centros con personas institucionalizadas, personas que trabajen o presten cuidado a personas vulnerables).
- Personas con antecedente de viaje en últimos 14 días en una región en la que esté circulando una variante de interés o de preocupación que no estén circulando en el país.
- Personas con enfermedad grave (internados), o fallecidos y casos inusitados.
- En ocasión de la investigación y control de brotes.

MEDIDAS DE AISLAMIENTO Y CUARENTENA

- Las personas con síntomas de infección respiratoria aguda y los casos confirmados de COVID-19 leves y asintomáticos:
 - deberán extremar las medidas de prevención durante 10 días.
 - deberán evitar el contacto con personas vulnerables.
 - no deberán acudir a actividades laborales, educativas o lugares públicos durante el periodo sintomático agudo o durante 5 días desde la fecha del diagnóstico para los casos confirmados de COVID-19 asintomáticos.
- Casos confirmados en pacientes internados: se seguirá con el aislamiento respiratorio para los casos confirmados de acuerdo con las normativas vigentes.
- Casos confirmados que integren poblaciones especiales (instituciones carcelarias, instituciones de salud, centros con personas institucionalizadas, personas que trabajen o presten cuidado a personas vulnerables):

Trabajadores:

- NO acudir a su ámbito laboral durante 5 días desde la fecha de inicio de síntomas o de diagnóstico en casos asintomáticos, pudiendo regresar con mejoría clínica de por lo menos 24 horas.
- Extremar cuidados durante 10 días (uso adecuado y permanente de barbijo; ventilación adecuada de ambientes; lavado de manos e higiene respiratoria).

Residentes:

Se implementarán medidas de aislamiento según agente etiológico. En caso de ser positivo para COVID-19, se indicará realizar seguimiento clínico estricto y seguimiento de contactos estrechos según protocolo.

- Contactos estrechos en población general: no se indicará cuarentena a contactos estrechos. Deberán extremar las medidas de prevención durante 10 días y evitar el contacto con personas vulnerables.

En ámbitos educativos, se seguirán los protocolos para población general y en ámbitos carcelarios e instituciones cerradas, se seguirán los lineamientos de los protocolos específicos.

INDICADORES Y DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN

La difusión de información se realizará con periodicidad semanal, y se publicará en: monitor público, salas de situación y portal de datos abiertos.

CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

La pandemia ha tenido un gran impacto sanitario, económico y psicosocial en Argentina y en el mundo. Al 12 de abril de 2022, más de 497 millones de casos confirmados de COVID-19 y más de 6 millones de muertes han sido reportadas a nivel mundial.

En Argentina, se han registrado tres grandes olas de COVID-19. En la primera ola, ocasionada por la variante original del SARS-CoV-2, se implementaron medidas sanitarias que lograron retrasar la circulación del virus, lo que permitió ampliar el sistema de salud, adquirir insumos y preparar a los equipos de salud para dar respuesta. En esa etapa, en la cual aún no se habían desarrollado vacunas ni tratamientos efectivos, las

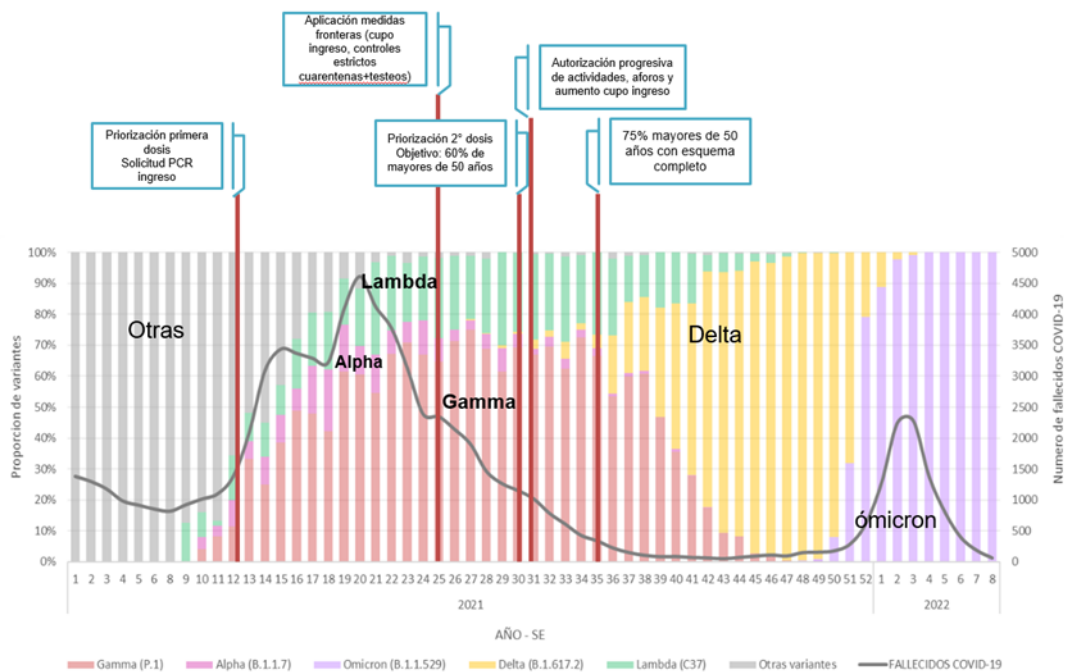
medidas no farmacológicas orientadas a disminuir la transmisión viral constituían la única herramienta para disminuir la mortalidad. Esto permitió evitar muchas muertes, como queda evidenciado en el exceso de mortalidad 2020: mientras muchos países europeos y latinoamericanos tuvieron exceso de más del 100%, Argentina tuvo un 8,9%, lo que evidencia la capacidad de respuesta de nuestro país: demorar la circulación viral fue fundamental para que cada argentina/o que lo necesitara, contara con la atención médica necesaria. Por otra parte, nuestro país tuvo un notable registro de sus muertes por COVID-19, como muestra la comparación de los datos de mortalidad del sistema nacional de vigilancia (SNVS) con los de los registros de estadísticas vitales. El correcto registro, que permitió y sigue permitiendo tomar las decisiones sanitarias con evidencia, es producto del trabajo de los equipos de las 24 jurisdicciones para optimizar la carga de datos al sistema.

La segunda ola comenzó temprano en 2021. En el primer semestre, mientras que en otras regiones del mundo predominaba la variante Alpha, y luego Delta, en nuestra región predominó la circulación de variante Gamma y en menor medida Lambda. Para ese momento, Argentina ya había comenzado (el 29 de diciembre de 2020) con la campaña de vacunación. Durante el primer semestre 2021, sin embargo, hubo una dificultad global en el acceso y una distribución inequitativa de las vacunas. Al 31 de agosto de ese año, en el mundo se contabilizaban 15.600 millones de dosis comprometidas mediante contratos individuales, negociaciones en bloque y el mecanismo COVAX. Aunque con ese número de dosis se podría haber vacunado a toda la población mundial, su distribución fue muy desigual, con una alta concentración en países desarrollados: el 39% de los compromisos de compra se concentraba en un grupo de países que comprende solo el 12,9% de la población mundial.

Ante la situación de incumplimiento de contratos y de distribución inequitativa de vacunas, Argentina tomó decisiones basadas en evidencias locales, conocimientos de las plataformas vacunales utilizadas y experiencias de otros países para organizar su campaña de vacunación. Dado que las personas mayores de 60 años son el grupo de mayor riesgo (para ese momento, si bien representaban alrededor del 15% de los casos registrados, representaban más del 80% de los fallecimientos), se decidió avanzar por ese grupo, priorizando la aplicación de primeras dosis al mayor número de personas posible. Esta estrategia, ya implementada en otros países como Canadá y Reino Unido, demostró una alta efectividad para prevenir mortalidad en nuestro país (más de 80% de efectividad para prevención de mortalidad con una dosis, que se mantuvo en el tiempo).

Con la predominancia de la variante Delta, más transmisible y más letal, en distintas regiones del mundo se tomó la decisión, en agosto de 2021, de implementar medidas sanitarias en fronteras para retrasar su circulación en nuestro país, con el objetivo claro de poder completar esquemas de vacunación en las personas mayores de 50 años, de modo de poder afrontar la circulación de esta nueva variante con la población más vulnerable protegida. Así, mientras que en muchos países Delta ya era predominante en junio o julio, en Argentina se retrasó hasta mediados de octubre (habiendo registrado el primer caso importado en el mes de mayo). La estrategia de demorar la circulación para avanzar en la vacunación de la población vulnerable impidió que Delta ocasionara en nuestro país la crisis sanitaria que ocasionó en otros países. Por el contrario, Argentina transitó la circulación predominante de Delta con el menor número de casos y fallecidos de toda la pandemia.

Figura 1: Distribución de variantes de SARS-CoV-2, casos fallecidos en Argentina y medidas sanitarias implementadas. 2021-2022.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología

La tercera ola se dio temprano en 2022, por efecto de la aparición y dispersión de la variante Ómicron, que se volvió rápidamente predominante en todo el mundo. Durante los últimos seis meses, de hecho, se ha observado a nivel mundial una disminución significativa en la circulación de las variantes Alfa, Beta y Gamma: en el último mes, de

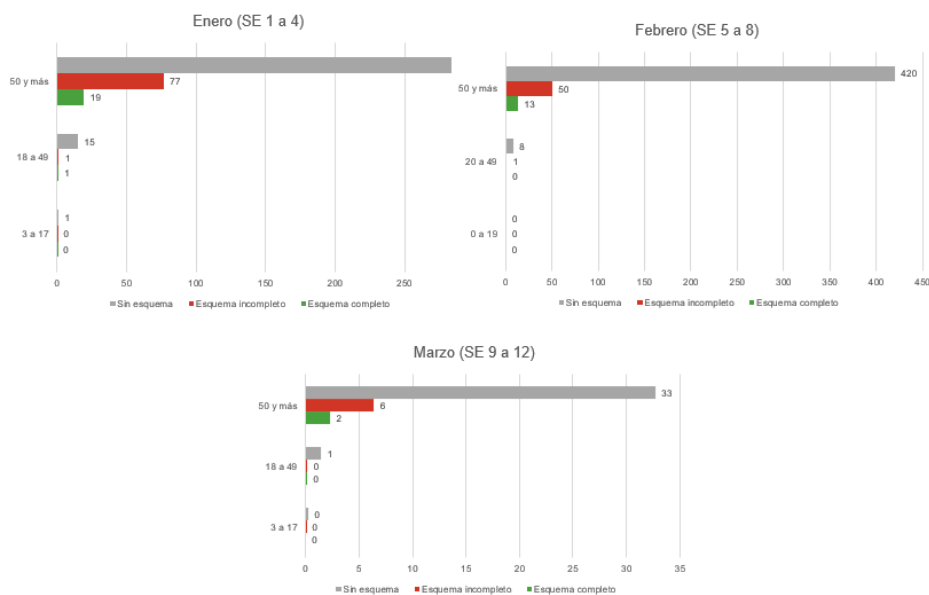
las 417.147 secuencias cargadas en GISAID, 99,8 % fueron Ómicron. En relación a los linajes descendientes de Ómicron informados en los últimos 30 días, al 5 de abril, la proporción relativa de BA.2 ha aumentado al 93,6 %, mientras que BA.1.1 representa el 4,8 % y BA.1 y BA.3 representan <0,1 %. BA.2 se ha vuelto dominante en las seis regiones de la OMS y en 68 países con datos de secuenciación disponibles. Sin embargo, ha habido diferencias subregionales en el ascenso de BA.2; particularmente en América del Sur: BA.2 comenzó a aumentar más tarde y a un ritmo más lento en comparación con otras subregiones, representando el 28% de los linajes de Ómicron en la SE11.

Ómicron se caracteriza por una alta contagiosidad -con incidencias que han duplicado, triplicado o cuadruplicado olas previas-, un tiempo de duplicación de 2-3 días, mayor tasa de ataque secundaria y mayor número reproductivo. El sublinaje BA.2 de Ómicron es, según estimaciones, 30% más transmisible que BA.1. En Reino Unido, la tasa de ataque secundaria de BA.2 fue del 14,3 % (IC95: 13,6 %-14,9 %) para contactos convivientes y del 6,1% (IC 95: 5,0 %-7,2 %) para no convivientes (frente a 11,4 % (IC95:11,2 %-11,5 %) y 4,6% (IC95: 4,5%-4,8%) de BA.1).

Algunos estudios sugieren, que la mitad de los contagios de Ómicron se darían en el periodo presintomático, y casi ninguno luego del quinto día de inicio de síntomas (2%). Se estima que el contagio se produce en periodos asintomáticos o paucisintomáticos, antes de que la persona pueda sospechar estar enferma y entonces las medidas de control como aislamiento o rastreo de contactos tienen menos impacto. Sin embargo, por el momento, esta variante, ha representado un menor impacto en enfermedad grave y mortalidad. Ha generado una presión grande en los sistemas de atención primaria pero menor impacto en el sistema hospitalario.

Esto se debe, fundamentalmente, al gran avance de la vacunación, especialmente en la población mayor de 60 años. Para cuando comenzó la tercera ola de COVID-19 en Argentina, ya contábamos con altas coberturas de vacunación en toda la población y con alta cobertura de dosis de refuerzo en poblaciones vulnerables. Debido a esto, si bien se registraron tres veces más casos que en olas previas, el impacto en enfermedad grave y mortalidad fue mucho menor, teniendo en cuenta que la circulación de personas se encontraba en niveles similares a previos al inicio de la pandemia, y que se dejó de solicitar el aislamiento de contactos estrechos correctamente vacunados.

Figura 2: Fallecidos por COVID-19 enero, febrero y marzo por 1.000.000 de habitantes según grupo de edad y estado de vacunación. Argentina.

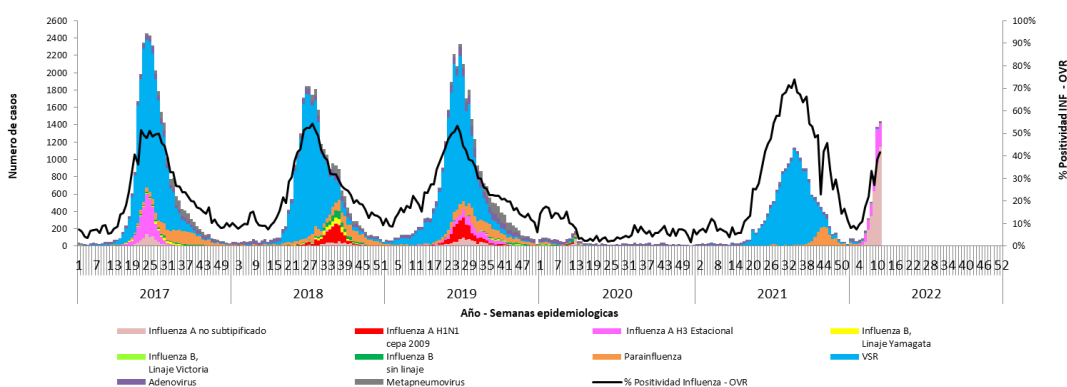


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS2.0 y NOMIVAC.

Si bien es cierto que la efectividad para prevenir enfermedad grave y muerte de todas las vacunas que se aplican en Argentina es muy alta, la efectividad para prevenir infección con la variante Ómicron es significativamente menor.

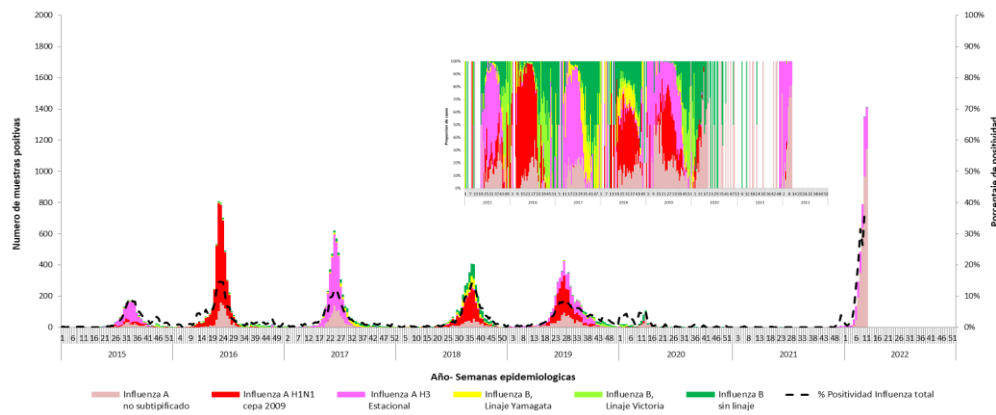
Por otra parte, en esta última etapa, se sumó a la circulación de SARS-CoV-2 la circulación de Virus Sincicial Respiratorio (a finales de 2021) y de virus Influenza (a comienzos de 2022).

Figura 3: Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados y porcentaje de positividad según semana epidemiológica. Argentina SE1-2017 a SE11 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 - SNVS2.0

Figura 4: Distribución de tipos y subtipos de influenza identificados según semana epidemiológica. SE1-2005 a SE11 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 - SNVS2.0

El actual contexto epidemiológico caracterizado por una menor gravedad y letalidad de los casos de COVID-19 y la importancia de atender la circulación de otros virus respiratorios, y ante la necesidad de garantizar el diagnóstico oportuno y la adecuada atención de las poblaciones más vulnerables, resulta imprescindible abordar la pandemia con una estrategia que permita la adecuada y oportuna la toma de decisiones. Para ello, hoy es necesario fortalecer las medidas de prevención efectivas para el conjunto de los agentes productores de infecciones respiratorias agudas virales -como Influenza, Virus sincicial respiratoria y SARS CoV-2- resultando menos eficiente la detección etiológica para COVID-19 de todos los casos, siendo necesario poder caracterizar la circulación de múltiples agentes y contar con un sistema capaz de detectar cambios en los patrones de tendencia, de gravedad y de las características de los agentes circulantes, que requieran la toma de medidas adicionales o diferentes.

Para esta nueva etapa, se plantea una estrategia de transición que contempla un abordaje integral de los virus respiratorios, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica para monitorear tanto el impacto de la enfermedad en personas vulnerables como los cambios que puedan generar una modificación en las tendencias favorables que se están observando en este momento. Con esta estrategia de vigilancia y control, que detallaremos a continuación, se reduce la presión sobre los casos leves o asintomáticos y sus contactos.

No se puede suponer que Ómicron será la última variante de preocupación del SARS-CoV-2. Durante 2022, y en los próximos años, podrían surgir variantes con diferentes características de transmisibilidad, escape inmunológico y gravedad. Las estrategias

propuestas, por tanto, son dinámicas y reversibles: durante esta etapa de transición, es necesario conservar las estructuras extraordinarias de vigilancia y control desarrolladas durante la pandemia y garantizar que se podrían reactivar los planes de contingencia necesarios para una respuesta rápida ante posibles cambios. La estrategia que presentamos aquí puede ser modificada en caso de necesidad, ya sea por una peor evolución de los indicadores de gravedad o por la aparición de nuevas variantes.

En resumen:

- Argentina es hoy uno de los países con mayores coberturas de vacunación del mundo, (más del 80% de la población general y del 90% de los mayores de 18 años con esquema inicial completo, y casi el 80% de las personas mayores de 60 años con dosis de refuerzo aplicada), incluyendo personas desde los 3 años de edad, con vacunas que tienen alta efectividad para prevenir enfermedad grave y muerte, no solo demostrada en estudios mundiales, sino también en estudios realizados en nuestro país.
- Los registros de COVID-19 de alta calidad permiten tomar decisiones con evidencias robustas y generar evidencia científica que permite la toma de decisiones a otros países.
- La población cuenta con una alta protección contra enfermedad grave por COVID-19 (por infección natural y por vacunación).
- Existe población susceptible a otros virus respiratorios –como Influenza, virus sincicial respiratorio, etc- que presentaron nula o baja circulación desde el inicio de la pandemia, y que hoy se encuentran circulando en el país.
- La circulación a nivel mundial de variantes de SARS-CoV-2 más transmisibles que variantes que circularon anteriormente hace que las medidas de aislamiento y rastreo de contacto tengan menos impacto sanitario.
- Existe incertidumbre sobre el comportamiento futuro de SARS-CoV-2 (nuevas variantes, co-circulación con otros virus).

OBJETIVOS

Durante toda la pandemia el principal objetivo de las medidas implementadas fue disminuir la morbimortalidad por COVID-19.

En esta etapa de transición, el objetivo general es disminuir morbimortalidad de las infecciones respiratorias agudas por SARS CoV-2 y otros virus respiratorios.

Objetivos específicos:

- Fortalecer las medidas generales de prevención para infecciones respiratorias agudas (uso de barbijo, ventilación, lavado de manos e higiene respiratoria y no acudir a actividades laborales, educativas, sociales o lugares públicos ante la presencia de síntomas).
- Lograr y sostener altas coberturas de vacunación en población objetivo para el conjunto de las infecciones respiratorias agudas inmunoprevenibles (COVID-19, antigripal, antineumocócica).
- Fortalecer el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y de calidad de personas vulnerables.
- Adecuar y fortalecer la vigilancia epidemiológica de la enfermedad respiratoria aguda por SARS CoV-2 y otros virus respiratorios.
- Identificar en forma temprana los cambios en los agentes etiológicos circulantes (principalmente SARS CoV-2 e Influenza).
- Registrar y caracterizar los casos graves y fatales, y todos los casos confirmados de COVID-19.
- Difundir periódicamente la situación epidemiológica y las medidas recomendadas de acuerdo a la misma.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Se debe continuar, y fortalecer la implementación de medidas de prevención eficaces para disminuir el riesgo de transmisión de todos los virus respiratorios:

- Uso adecuado de barbijo en espacios interiores, especialmente en momentos de alta circulación viral.
- Asegurar la adecuada ventilación de los ambientes.
- Lavado frecuente de manos.
- No acudir a actividades laborales, educativas o lugares públicos ante la presencia de síntomas.

PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO

Se priorizará el diagnóstico etiológico de COVID-19 en personas con enfermedad respiratoria aguda que pertenezcan a los siguientes grupos:

- Personas mayores de 50 años y con condiciones de riesgo.

- Poblaciones especiales: Personas que residan, trabajen o asistan a ámbitos que por las características propias presentan mayor riesgo de transmisión o generación de brotes (instituciones carcelarias, instituciones de salud, centros con personas institucionalizadas, personas que trabajen o presten cuidado a personas vulnerables).
- Personas con antecedente de viaje en los últimos 14 días en una región en la que esté circulando una variante de interés o de preocupación que no circule en el país.
- Personas con necesidad de internación por infección respiratoria aguda identificando casos moderados y graves - UCI) y fallecidos.
- Casos inusitados.
- En ocasión de investigación y control de brotes.

RECOMENDACIONES MEDIDAS DE CONTROL

Ante la presencia de síntomas respiratorios o compatibles con COVID-19 u otros virus respiratorios no se debe asistir a actividades laborales, educativas o lugares públicos durante el período sintomático, a fin de disminuir la transmisión de virus respiratorios. Esta recomendación se establece independientemente de contar o no con un diagnóstico etiológico.

1. Medidas de control ante casos sintomáticos sin indicación de diagnóstico por laboratorio

Todas las personas sintomáticas deberán:

- Extremar las medidas de prevención durante 10 días (uso adecuado de barbijo, ventilación adecuada de ambientes, lavado de manos e higiene respiratoria).
- NO deberán acudir a actividades laborales, educativas, sociales o lugares públicos ante la presencia de síntomas (auto aislamiento de personas con enfermedad respiratoria aguda durante periodo sintomático).
- Minimizar contacto con personas vulnerables.

2. Acciones en casos de COVID-19 confirmado

Los casos confirmados deberán informar a sus contactos estrechos de su diagnóstico positivo para que estos observen las medidas de prevención recomendadas:

Personas mayores de 50 años y personas con factores de riesgo:

- Control clínico estricto.
- Tratamiento temprano si tiene indicación.
- Extremar medidas de prevención durante 10 días (uso adecuado de barbijo, ventilación adecuada de ambientes, lavado de manos e higiene respiratoria).
- Se evitará especialmente el contacto con personas vulnerables.
- NO deberán acudir a actividades laborales, educativas, sociales o lugares públicos durante el período sintomático.

Personas menores de 50 años, sin factores de riesgo que no pertenezcan a poblaciones especiales:

- Extremar medidas de prevención durante 10 días (uso adecuado de barbijo, ventilación adecuada de ambientes, lavado de manos e higiene respiratoria).
- Se evitará especialmente el contacto con personas vulnerables.
- NO deberán acudir a actividades laborales, educativas, sociales o lugares públicos durante el período sintomático o durante 5 días desde la fecha del diagnóstico para los casos confirmados de COVID-19 asintomáticos.

Poblaciones especiales (instituciones carcelarias, instituciones de salud, centros con personas institucionalizadas, personas que trabajen o presten cuidado a personas vulnerables):

- A los trabajadores de estas instituciones, se les indicará:
 - NO acudir a su ámbito laboral durante 5 días desde la fecha de inicio de síntomas o de diagnóstico en casos asintomáticos, pudiendo regresar con mejoría clínica de por lo menos 24 horas.
 - Extremar cuidados durante 10 días (uso adecuado y permanente de barbijo ventilación adecuada de ambientes, lavado de manos e higiene respiratoria).
 - Se evaluará la necesidad de realizar test diagnóstico para el alta.
- Ante un caso sintomático agudo en residentes de estas instituciones, se deberá realizar diagnóstico etiológico e implementar medidas de aislamiento según agente

etiológico. En caso de ser positivo para COVID-19, se indicará realizar seguimiento clínico estricto y seguimiento de contactos estrechos según protocolo.

En ámbitos educativos se seguirán los protocolos para población general y en ámbitos carcelarios e instituciones cerradas, se seguirán los lineamientos de los protocolos específicos. En caso de brotes, serán definidas medidas específicas para su control.

3. Contactos estrechos

- No se indicará de rutina el rastreo y aislamiento de contactos estrechos de casos confirmados de COVID-19.
- Extremar medidas de prevención y evitar contacto con personas vulnerables durante 10 días (uso adecuado de barbijo, ventilación adecuada de ambientes, lavado de manos e higiene respiratoria).
- Los contactos estrechos que pertenezcan a poblaciones vulnerables deben realizar auto monitoreo de síntomas para realizar diagnóstico y control clínico oportuno.
- Se definirán medidas específicas para control de brotes.

HACIA UNA ESTRATEGIA INTEGRADA DE VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DE POSIBLE ORIGEN VIRAL

Las indicaciones de diagnóstico etiológico presentes en este documento son para los fines de vigilancia epidemiológica y la protección de poblaciones vulnerables.

El médico tratante puede definir la necesidad de diagnóstico y tratamiento según criterio clínico.

En este nuevo escenario, la notificación de todo caso sospechoso de COVID-19 pierde relevancia dadas las acciones de control, sumado a que paralelamente en el país circulan otros virus respiratorios que pueden generar manifestaciones clínicas similares, con lo cual resulta necesario adaptar la vigilancia de estas enfermedades para este nuevo contexto. Como se mencionó más arriba, es necesario contar con un sistema de vigilancia epidemiológica capaz de detectar cambios en los patrones de tendencia, de gravedad, de las características de los agentes circulantes (variantes de SARS CoV-2 y subtipos de Influenza fundamentalmente) sensible para la detección temprana de brotes y eventos inusitados, para poder generar una respuesta oportuna y efectiva. Para ello,

se propone la integración de la vigilancia de virus respiratorios planificada en diferentes etapas de implementación. Estas nuevas estrategias de vigilancia conllevan cambios en el registro y notificación, así como en los indicadores a utilizar para el monitoreo de la pandemia.

Los cambios fundamentales a operar en la vigilancia epidemiológica para esta integración incluyen los siguientes:

- Cambio en la periodicidad de reportes: pasarán a ser semanales en lugar de diarios en una primera etapa, y pasarán en una segunda etapa a informar sobre número de casos totales a tendencias e integración de otras estrategias.
- Cambios en los eventos bajo vigilancia y las estrategias a utilizar: tanto los eventos como las definiciones de caso serán adecuadas a la nueva situación epidemiológica, dejando de ser el evento “Caso sospechoso de COVID-19” el eje vertebrador -como lo fue hasta ahora desde el inicio de la pandemia-, para pasar a un conjunto de eventos y estrategias diversos que abordan diferentes aspectos e indicadores relacionados a la vigilancia de infecciones respiratorias agudas.
- Mantenimiento de COVID-19 como evento de notificación obligatoria.
- Mantenimiento de la vigilancia universal de COVID-19 en poblaciones vulnerables y en casos internados, e integración a la vigilancia universal de casos graves y fatales de estudios de Influenza y VSR además de SARS CoV-2
- Incorporación de una estrategia de unidades centinela ampliada de COVID-19 y ETI en unidades de monitoreo ambulatorio en todas las jurisdicciones.
- Fortalecimiento de unidades centinela de IRAG en al menos un establecimiento por región del país.
- Mantenimiento y fortalecimiento de la vigilancia genómica de SARS CoV-2 e Influenza.
- Incorporación de la vigilancia ambiental (estudios moleculares de SARS CoV-2 y otros agentes virales en aguas residuales).
- Fortalecimiento de la vigilancia sindrómica de las infecciones respiratorias agudas a través del componente clínico (C2).
- Fortalecimiento de la vigilancia por laboratorio de virus respiratorios (agrupado de infecciones respiratorias agudas virales, L2).
- Mantenimiento y fortalecimiento de la vigilancia del funcionamiento del sistema de salud (ocupación de camas).

Para este período, la definición de caso de COVID-19 continúa siendo la vigente a la fecha.

A continuación, se desarrollan las estrategias de vigilancia epidemiológicas propuestas para este período que responden a diferentes objetivos. A saber:

- 1- Vigilancia de SARS-CoV-2, influenza y otros virus respiratorios (OVR) en unidades de monitoreo de ambulatorios.
- 2- Vigilancia nominal universal de casos confirmados de COVID-19.
- 3- Vigilancia nominal universal de casos internados por infección respiratoria aguda internados, graves y fallecidos.
- 4- Vigilancia genómica.
- 5- Vigilancia agrupada sindrómica de infecciones respiratorias agudas y vigilancia agrupada de laboratorio de virus respiratorios.
- 6- Unidades Centinela de IRAG.
- 7- Detección y estudio de brotes.
- 8- Vigilancia del impacto en el sistema de salud (ocupación de camas).
- 9- Vigilancia de aguas residuales.

1- Vigilancia de SARS-CoV-2, influenza y otros virus respiratorios (OVR) en unidades de monitoreo de ambulatorios

El objetivo de esta estrategia es mantener la vigilancia y monitoreo de COVID-19 en pacientes ambulatorios, en las 24 Jurisdicciones del país logrando una representatividad geográfica.

Cada jurisdicción designará una Unidad de Monitoreo de COVID-19 en ambulatorio, en la cual, a todas las personas que cumplan con la definición de caso sospechoso de COVID-19 se les realizará test de antígeno para SARS-CoV-2. Adicionalmente, entre los casos que cumplan con la definición de caso de ETI (enfermedad tipo influenza) se realizará un muestreo sistemático para ser estudiados por técnicas moleculares para SARS COV 2, influenza y VSR. Los casos seleccionados se derivarán a un laboratorio designado de la red de laboratorios de Influenza y otros virus respiratorios

Definición de caso: se estudiarán para el diagnóstico etiológico por test rápido de antígenos a todos los casos [sospechosos de COVID-19](#).

Se completará una [ficha epidemiológica específica para UMA](#)

2- Vigilancia universal de casos confirmados de COVID-19

COVID-19 continúa siendo un evento de notificación obligatoria universal. Por lo tanto, todos los casos confirmados de COVID-19 por diagnóstico etiológico deben ser registrados en el sistema nacional de vigilancia de la salud, diferenciando casos ambulatorios de casos internados.

Se priorizará el diagnóstico etiológico en personas mayores de 50 años y personas con factores de riesgo en los casos leves ambulatorios y en poblaciones especiales.

Los objetivos de esta estrategia son: detectar en forma temprana la infección por SARS CoV-2 en población con riesgo aumentado de desarrollar formas graves para permitir el seguimiento clínico adecuado de los casos; monitorear en estos grupos el curso de la pandemia en forma universal, permitiendo un seguimiento de los indicadores básicos de frecuencia, distribución y variantes en estas poblaciones.

3- Vigilancia nominal universal de casos internados por infección respiratoria aguda internados, graves y fallecidos

El objetivo de esta estrategia es monitorear los casos moderados y graves de infección respiratoria aguda y caracterizar la clínica, epidemiología y etiología de estos casos. Esta estrategia permitirá obtener indicadores de frecuencia de casos por semana epidemiológica, positividad para SARS CoV-2 entre pacientes internados y principales agentes identificados entre los casos graves y fatales.

Definición de caso: Se estudiarán para SARS CoV-2 todos los pacientes que se internen por infección respiratoria aguda u otra causa posiblemente relacionada a COVID-19 y se completará la ficha epidemiológica correspondiente.

Los pacientes internados menores de 5 años se estudiarán para SARS-CoV-2 y para otros virus respiratorios por panel de inmunofluorescencia.

Todos los casos graves (internados en unidades de terapia intensiva, agravamiento del cuadro clínico) y fatales deberán estar notificados como tales en el SNVS y estudiados para Influenza y VSR, además de SARS CoV-2 y registrados todos los resultados en el sistema de vigilancia.

Adicionalmente, se continuará realizando la vigilancia universal nominal de los casos que cumplen con la definición de infección respiratoria aguda grave inusitada (IRAG-i) con el objetivo de detectar de manera precoz y oportuna los eventos inusuales e implementar medidas de prevención y control.

4- Vigilancia genómica

El objetivo de esta estrategia, que ya se encuentra implementada, es monitorear las tendencias de las variantes circulantes en la comunidad, tanto en pacientes ambulatorios como internados y detectar nuevas variantes de SARS-CoV-2 en escenarios de alta transmisibilidad o virulencia y en viajeros provenientes del exterior. Para el virus Influenza, el objetivo de la vigilancia genómica consiste en evaluar las características de los virus circulantes y realizar el aislamiento viral para contribuir con la decisión de la fórmula vacunal que se define cada año.

Se realizará muestreo de los casos ambulatorios e internados detectados a través de las estrategias descritas más arriba para la vigilancia poblacional de variantes y se mantendrá la vigilancia de casos con antecedentes de viaje, brotes y eventos inusitados.

5- Vigilancia agrupada sindrómica de infecciones respiratorias agudas y vigilancia agrupada de laboratorio de virus respiratorios

Esta estrategia tiene por objetivo identificar la frecuencia y distribución de infecciones respiratorias agudas en la comunidad (ETI, bronquiolitis y neumonías) y en muestras estudiadas por laboratorios para los distintos virus respiratorios bajo vigilancia.

Es una estrategia complementaria que permite el monitoreo a través de las curvas de frecuencia y su comparación con otros períodos (curvas epidémicas o canales endémicos) que permite detectar cambios en la distribución, picos estacionales y principales agentes identificados.

6- Unidades Centinela de IRAG

Se reforzará y se continuará la implementación de la estrategia de vigilancia centinela en hospitalización bajo la definición de caso estandarizado de IRAG¹ en la que se monitorearán indicadores de mayor nivel de información en pacientes internados (proporción de personas internadas por IRA del total de internaciones; distribución de los distintos virus respiratorios en pacientes internados por IRA; características clínicas, antecedentes vacunales y gravedad de los casos internados y su asociación con diferentes agentes virales).

¹ Definición de caso de IRAG: Paciente de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre o antecedente de fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, tos e inicio de síntomas dentro de los 10 días y requerimiento clínico de internación.

En las unidades centinela seleccionadas a todas las personas que cumplan con la definición de caso de IRAG se les realizará PCR para el estudio de SARS-CoV-2, influenza y VSR.

7- Detección y estudio de brotes

El objetivo de esta estrategia es detectar de manera temprana e investigar brotes de infecciones respiratorias agudas con el fin de controlar las cadenas de transmisión y determinar las características de los agentes virales involucrados (fundamentalmente la de detección de nuevas variantes de SARS CoV-2 y características o nuevos subtipos de virus Influenza). La notificación de brotes se realiza mediante el Formulario de notificación de brotes de COVID-19, y en el SNVS se encuentra también incorporado un nuevo módulo denominado Go.Data, que consiste en una herramienta digital para el registro, análisis, gestión e investigación de brotes epidémicos y emergencias de salud pública, en especial, el rastreo de contactos. El mismo permite a los equipos de salud el manejo de datos de manera segura y eficiente tanto de casos y contactos como de eventos y otros factores a los cuales los casos pudieron estar expuestos. Asimismo, se recomienda la implementación de equipos de respuesta rápida a brotes, para la realización de las medidas de control correspondientes de forma oportuna.

8- Vigilancia del impacto en el sistema de salud (ocupación de camas)

El objetivo de esta estrategia es monitorear el impacto de la enfermedad en el sistema de salud a través de indicadores tales como el porcentaje de ocupación de camas por COVID-19 (internación general y UTI). A la fecha esta estrategia se encuentra implementada en hospitales nacionales y establecimientos provinciales seleccionados en el marco del sistema nacional de vigilancia de la salud y a través de un formulario específico para monitorear la ocupación general de camas UTI a nivel jurisdiccional (totales, por IRA y por COVID-19).

9- Vigilancia de aguas residuales

El objetivo de esta estrategia es detectar el ARN del SARS-CoV-2 de forma complementaria a las estrategias de vigilancia de casos, como monitoreo de cambios en la prevalencia de la COVID-19 en diferentes áreas geográficas.

DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN

La difusión de la información será de periodicidad semanal y se publicará en:

1. Monitor público (domingos) y salas de situación epidemiológicas (martes):
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/informacion-epidemiologica>



2. Portal de datos abiertos: <http://datos.salud.gob.ar/dataset?groups=covid-19>

Actualmente se publican de manera diaria las bases correspondientes a casos y determinaciones registrados en SNVS.

PLANES PROVINCIALES DE CONTINGENCIA

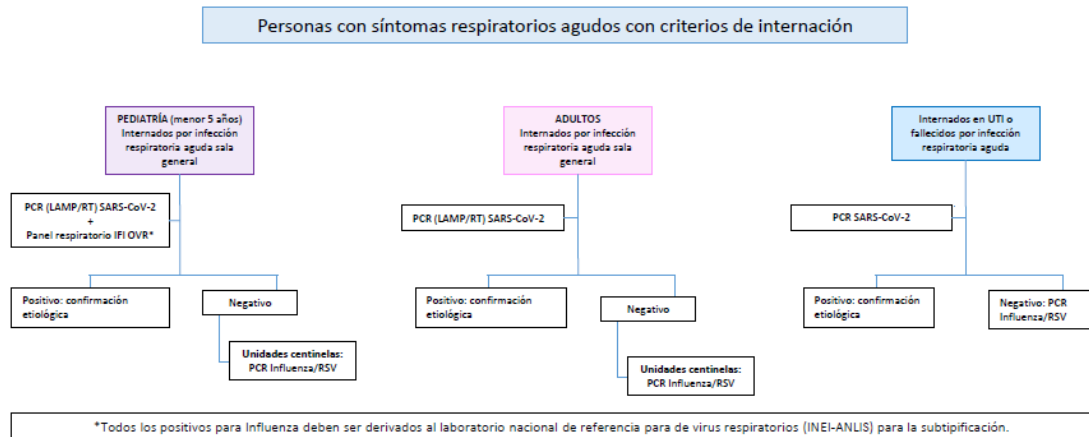
Cada una de las jurisdicciones deberá contar con un plan de contingencia para poder dar respuesta rápida y de calidad ante un eventual cambio en la situación epidemiológica que requiera modificar lo propuesto en este documento.

Los planes deberán prever la posibilidad de ampliación de equipos de atención ambulatoria, organización de triage, ampliación de camas de internación, priorización de utilización de camas, preparación de espacios de atención no hospitalarios, capacidad de expansión diagnóstica, telemedicina, etc.

ALGORITMOS DE MANEJO DE CASOS

Las indicaciones de diagnóstico etiológico presentes en este documento son para los fines de vigilancia epidemiológica y la protección de poblaciones vulnerables.

El médico o médica tratante puede definir la necesidad de diagnóstico y/o tratamiento particular en casos no contemplados en este documento según criterio clínico.

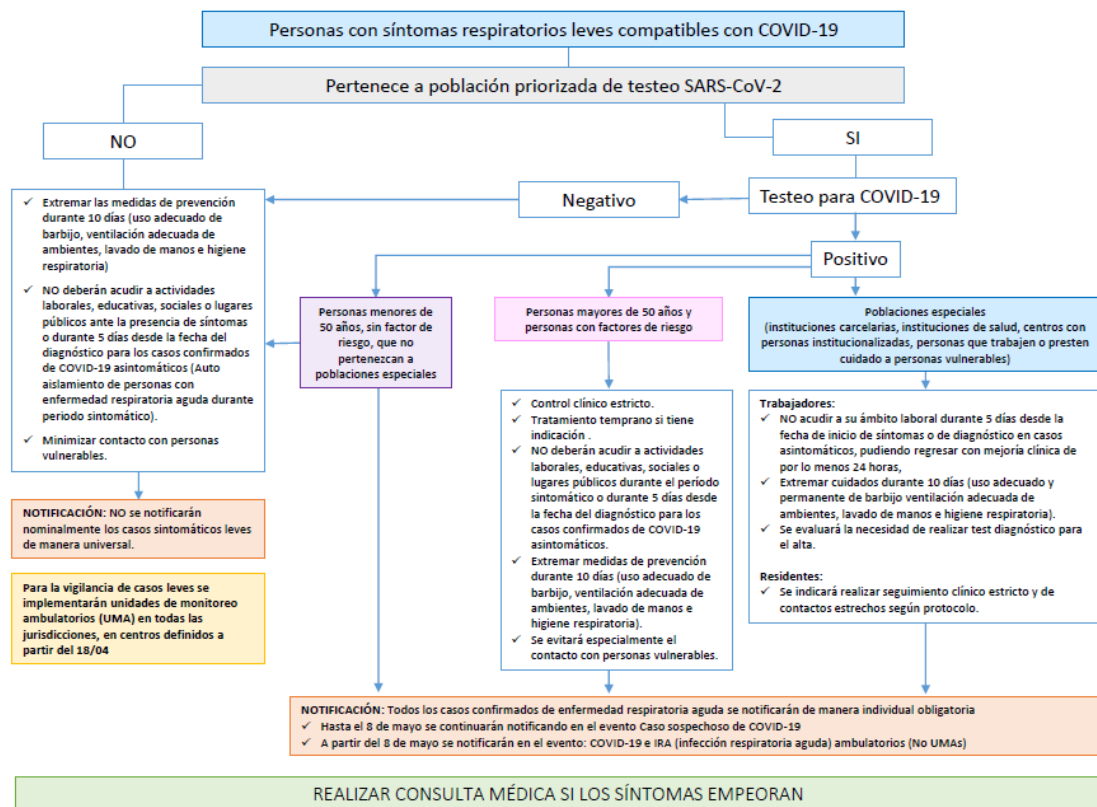


Notificación: Todos los casos confirmados de enfermedad respiratoria aguda que requieran internación se notificarán de manera individual obligatoria

- Hasta el 8 de mayo: se continuarán notificando en el evento Caso sospechoso de COVID-19, Influenza y OVR.
- A partir del 8 de mayo se notificarán en el evento: Internado y/o fallecido por COVID o IRA

Se implementarán unidades centinelas de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en centros definidos para el estudio de otros virus respiratorios y definición de las características clínico-epidemiológico de los casos internados.





GLOSARIO

Poblaciones especiales:

Personas que residan, trabajen o asistan a ámbitos que por las características propias presentan mayor riesgo de transmisión o generación de brotes (instituciones carcelarias, instituciones de salud, centros con personas institucionalizadas, personas que trabajen o presten cuidado a personas vulnerables).

Poblaciones vulnerables:

Personas con más riesgo de padecer COVID-19 grave, incluyendo mayores de 50 años (durante la pandemia constituyeron más del 90% de los fallecidos) y a aquellas que padecen comorbilidades/condiciones de riesgo.

Población con condiciones de riesgo para COVID-19:

- Diabetes tipo 1 o 2 (insulinodependiente y no insulinodependiente).
- Obesidad grado 2 (índice de masa corporal -IMC- mayor a 35) y grado 3 (IMC mayor a 40).
- Enfermedad cardiovascular crónica: insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, valvulopatías, miocardiopatías, hipertensión pulmonar.
- Enfermedad renal crónica (incluidos pacientes en diálisis crónica).
- Enfermedad respiratoria crónica: enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], fibrosis quística, enfermedad intersticial pulmonar, asma grave.
- Enfermedad hepática crónica especialmente cirrosis.
- Personas que viven con VIH independientemente del recuento de CD4 y niveles de carga viral.
- Pacientes en lista de espera para trasplante de órganos sólidos y trasplantados de órganos sólidos.
- Personas con discapacidad, residentes de hogares, residencias y pequeños hogares y pacientes oncológicos y oncohematológicos con diagnóstico reciente o enfermedad "ACTIVA" (menos de 1 año desde el diagnóstico; tratamiento actual o haber recibido tratamiento inmunosupresor en los últimos 12 meses; enfermedad en recaída o no controlada). (* Ver detalle a continuación)
- Personas con tuberculosis activa (caso nuevo o recaída, diagnosticados en los últimos 12 meses).
- Personas con discapacidad intelectual y del desarrollo que inhabilite las capacidades individuales de ejecutar, comprender o sostener en el tiempo las

medidas de cuidado personal para evitar el contagio o transmisión de la COVID-19; y/o se encuentren institucionalizados, en hogares o residencias de larga permanencia; y/o requieran asistencia profesional domiciliaria o internación domiciliaria.

- Síndrome de Down, priorizando inicialmente a aquellos mayores de 40 años, en quienes se ha evidenciado un aumento sustancial de la mortalidad por COVID-19 respecto de otros grupos etarios.
- Personas con enfermedades autoinmunes y/o tratamientos inmunosupresores, inmunomoduladores o biológicos.

Casos internados moderados de enfermedad respiratoria aguda:

Toda persona que requiera internación hospitalaria en sala común, sin requerimiento de terapia intensiva o asistencia respiratoria mecánica.

Casos graves de enfermedad respiratoria aguda:

Toda persona que requiera internación hospitalaria en unidad de terapia intensiva o asistencia respiratoria mecánica.

Caso de infección respiratoria aguda grave inusitada (IRAGI):

- En personas entre 5 y 64 años, sin factores de riesgo y sin respuesta al tratamiento, o que evoluciona con deterioro clínico y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- En trabajadores de la salud que atienden pacientes con infecciones respiratorias y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- En personas con contacto con población de aves o porcinos infectados (vivos o muertos).
- En conglomerados de IRAG o neumonía: dos o más casos en miembros de la misma familia, del ámbito laboral o ámbitos sociales, y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- En contexto de un patrón inesperado de infección respiratoria aguda (aumento en la mortalidad, cambios en el grupo de edad asociado a un caso severo de influenza, o un cambio en el patrón clínico asociado a influenza u otro virus respiratorio).
- En contexto de un aumento de casos de IRAG con cambios abruptos, imprevistos en la tendencia de infección respiratoria observada en la vigilancia

de rutina de nivel local y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente.

- Casos de infección por una variante o subtipo de virus influenza u otros virus respiratorios que no estén circulando en humanos.

Exceso de mortalidad:

Es un término utilizado en epidemiología y salud pública que se refiere al número de muertes por todas las causas que ocurren durante una crisis (vgr. epidemia, pandemia, catástrofe) por encima del número de muertes esperadas en condiciones “normales”. El análisis consiste en el recuento de todas las muertes ocurridas en un periodo de tiempo determinado y su comparación con los umbrales definidos de muertes esperadas de acuerdo a periodos anteriores. La evaluación del impacto total de la pandemia sobre la mortalidad debe incluir tanto su efecto directo sobre las muertes por COVID-19 como su efecto indirecto sobre las muertes por otras enfermedades. Se ha sugerido que la vigilancia del exceso de mortalidad por todas las causas puede ser utilizada para dar cuenta de la magnitud de este impacto

BIBLIOGRAFÍA

1. Weekly epidemiological update on COVID-19 - 5 April 2022 (who.int)
2. Enhancing response to Omicron SARS-CoV-2 variant (who.int)
3. Statens Serum Institute. Risk assessment of Omicron BA.2. Published online 2022. Accessed February 8, 2022. <https://en.ssi.dk/-/media/arkiv/subsites/covid19/risikovurderinger/2022/risk-assesment-of-omicron-ba2.pdf?la=en>
4. SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation (publishing.service.gov.uk)
5. Estadísticas Vitales- Información básica- Argentina 2020. Dirección de Estadísticas en Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Link: serie5numero64_web.pdf (argentina.gob.ar)
6. Ismail SJ, Zhao L, Tunis MC, Deeks SL, Quach C; National Advisory Committee on Immunization. Key populations for early COVID-19 immunization: preliminary guidance for policy. *CMAJ*. 2020;192(48):E1620-E1632. doi:10.1503/cmaj.202353
7. <https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-30-december-2020/joint-committee-on-vaccination-and-immunisation-advice-on-priority-groups-for-covid-19-vaccination-30-december-2020#vaccine-priority-groups-advice-on-30-december-2020>
8. COVID-19 Excess Mortality Collaborators. Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020-21. *Lancet*. 2022 Mar 10;S0140-6736(21)02796-3. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02796-3. Epub ahead of print. PMID: 35279232; PMCID: PMC8912932
9. Información epidemiológica COVID-19, Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/informacion-epidemiologica>
10. Lineamientos Técnicos: Resumen de recomendaciones vigentes para la Campaña Nacional de Vacunación contra la COVID-19 7 de octubre de 2021. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-tecnicos-resumen-de-recomendaciones-vigentes-para-la-campana-nacional-de-0>
11. Effectiveness of rAd26-rAd5, ChAdOx1 nCoV-19, and BBIBP-CorV vaccines for risk of infection with SARS-CoV-2 and death due to COVID-19 in people older than 60 years in Argentina: a test-negative, case-control, and retrospective longitudinal study. Autores: Rearte A, Castelli JM, Rearte R, Fuentes N, Pennini V, Pesce M, Barcena Barbeira P, Iummato LE, Laurora M, Bartolomeu ML, Galligani G, Juarez MV, Giovacchini CM, Santoro A, Esperatti M, Tarragona S, Vizzotti C. *The Lancet*. 2022; 399(10331) 1254-64.
12. González S, Olszewicki S, Salazar M, Calabria A, Regairaz L, Marín L, Campos P, Varela T, Martínez VVG, Ceriani L, Garcia E, Kreplak N, Pifano M, Estenssoro E, Marsico F. Effectiveness of the first component of Gam-COVID-Vac (Sputnik V) on reduction of SARS-CoV-2 confirmed infections, hospitalisations and mortality in patients aged 60-79: a retrospective cohort study in Argentina. *EClinicalMedicine*. 2021 Oct;40:101126. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.101126. Epub 2021 Sep 12. PMID: 34541480; PMCID: PMC8435263.
13. Macchia A, Ferrante D, Angeleri P, Biscayart C, Mariani J, Esteban S, Tablado MR, de Quirós FGB. Evaluation of a COVID-19 Vaccine Campaign and SARS-CoV-2 Infection and Mortality Among Adults Aged 60 Years And Older in a Middle-Income Country. *JAMA Netw Open*. 2021 Oct 1;4(10):e2130800. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.30800. PMID: 34714342; PMCID: PMC8556631.

14. Águila-Mejía J, Wallmann R, Calvo-Montes J, Rodríguez-Lozano J, Valle-Madrado T, Aginagalde-Llorente A. Secondary attack rate, transmission and incubation periods, and serial interval of SARS-CoV-2 Omicron variant, Spain. *Emerg Infect Dis.* 2022 Jun

argentina.gob.ar/salud