ISSN: 2422-698X (en línea) ISSN 2422-6998 (correo electrónico)



BOLETIN EPIDEMIOLOGICO NACIONAL

SEMANA EPIDEMIOLOGICA

28

NUMERO 610
AÑO 2022

DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA

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

Nota editorial 4

Staff 5

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES 6

Viruela símica 7

Hepatitis aguda grave de origen desconocido 12

Alertas y otros documentos de difusión 16

EVENTOS PRIORIZADOS 17

Vigilancia de Infecciones respiratorias agudas 18

Vigilancia de dengue y otros arbovirus 42

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA 52

Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria 53

Actualizaciones de eventos de notificación obligatoria: Intoxicaciones/Monoxido de carbono 54

NOTA EDITORIAL

Desde la edición 609 el Boletín Integrado de Vigilancia (BIV) cambió de nombre a **Boletín Epidemiológico Nacional (BEN)**, renovó el formato y agregó secciones y contenidos.

Estos cambios se enmarcan en los esfuerzos que viene realizando el Ministerio de Salud de la Nación en forma permanente por mejorar la disponibilidad y difusión de información epidemiológica como herramienta fundamental de la gestión en todos los niveles. Son el resultado de la ponderación de las necesidades de información y fortalecen el carácter federal y colaborativo de este producto, en su concepción y en su formato.

Este boletín se construye con el aporte que hacen diariamente todos los actores involucrados en la vigilancia y control de eventos de importancia para la salud pública a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud y del intercambio permanente para la gestión cotidiana de la vigilancia y control de enfermedades y riesgos.

El nuevo BEN mantiene secciones clave del BIV (como la de Eventos Priorizados Estacionales, que informa de la situación de Infecciones Respiratorias Agudas o dengue, entre otras) a la vez que incorpora secciones como la de Situaciones epidemiológicas emergentes (en la que se podrá encontrar la actualización de eventos como viruela símica; hepatitis aguda de origen desconocido o el alerta emitida por un caso de sarampión detectado en Argentina recientemente); una *Sección federal*, en la que las autoridades epidemiológicas provinciales podrán enviar para su difusión a nivel nacional artículos sobre vigilancia y respuesta a diferentes situaciones de sus jurisdicciones; una sección dedicada a difundir herramientas para el ejercicio cotidiano de la vigilancia (monitoreo y evaluación del sistema, normativas vigentes, configuración y manejo del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, etc.). Algunas otras secciones irán agregándose con el correr de las ediciones en pos de mejorar la cobertura de información epidemiológica contenida en el boletín.

Les damos la bienvenida a este nuevo Boletín Epidemiológico Nacional y esperamos que sea una herramienta renovada que mejore el potencial de la información para la toma de decisiones en todos los niveles, a la vez que contribuya con difundir el gran trabajo que realizan los equipos de todo el país para proteger la salud de las personas que habitan la Argentina.



Carlos Giovacchini
Director
Dirección de Epidemiología



Analía Rearte
Directora Nacional
Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica

STAFF

Dirección de Epidemiología

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

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

Soledad Alonso, Emma Coronel y Roxana Aquino (Coordinación de Hepatitis Virales, Ministerio de Salud de la Nación).
Sara Vladimirsky (LNR Hepatitis virales, INEI-ANLIS).
Juan Stupka y Juan Digiuseppe (LNR Gastroenteritis virales, INEI-ANLIS).
Adrián Lewis (LNR Viruela símica, INEI-ANLIS).
Alejandra Morales (LNR Dengue y otros arbovirus, INEVH-ANLIS)
Elsa Baumeister y Andrea Pontoriero (LNR Influenza y otros virus respiratorios, INEI-ANLIS).
Daniela Hansen Krogh y Liliana Bisignano (INCUCAI).
María Teresa Yanicelli (Coord. de Salud Ambiental, Ministerio de Salud de la Nación)

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

Imagen de Tapa: Implementación de Unidad de Monitoreo Ambulatorio (UMA) para la vigilancia de COVID-19, Influenza y otros virus respiratorios. Proporcionada por la Dirección de Epidemiología de la provincia de Mendoza.

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES

VIRUELA SÍMICA

SITUACIÓN NACIONAL AL 20/07/2022

18

Casos confirmados reportados

0

Personas fallecidas en el país

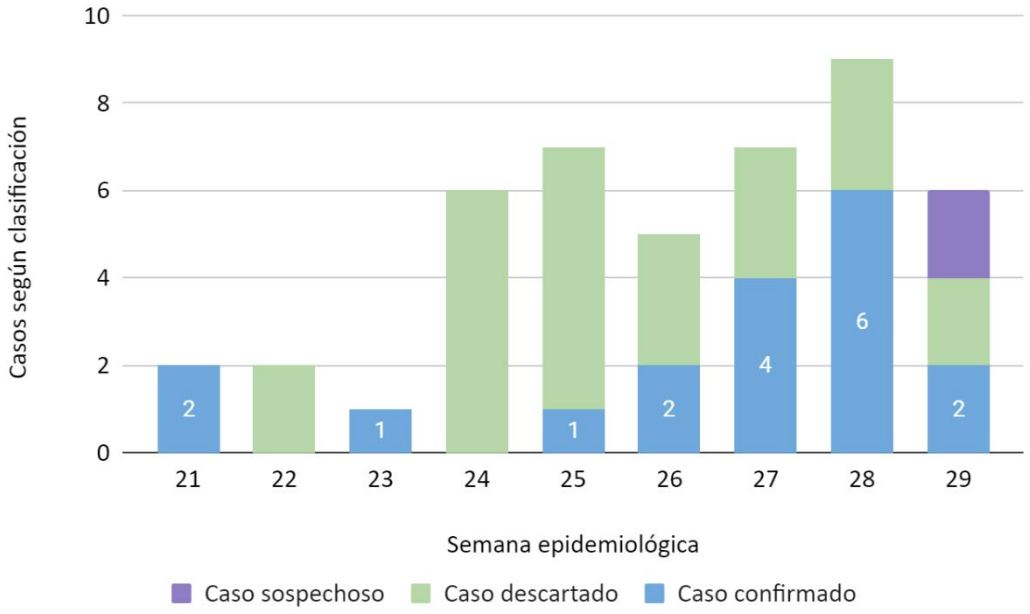
- ✓ Hasta el 20 de julio se confirmaron 18 casos. Del total de casos confirmados 16 presentaron antecedentes de viaje fuera del país previo al inicio de los síntomas y dos tuvieron contacto estrecho con personas que podrían haber tenido antecedentes de viaje.
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 34 años con un mínimo de 24 años y un máximo de 49 años.
- ✓ Todos los casos correspondieron al sexo masculino.

Tabla 1. Casos totales notificados según clasificación manual y provincia de residencia. Argentina. Actualizada al 20-7-22.

Provincia de residencia	Confirmado	Sospechoso	Descartado	Total
CABA	10*	-	12	22
Buenos Aires	4	1	5	10
Córdoba	3	1	1	5
Mendoza	1	-	1	2
Chaco	-	-	1	1
La Pampa	-	-	1	1
Neuquén	-	-	1	1
Río Negro	-	-	1	1
San Juan	-	-	1	1
Extranjero	-	-	1	1
Total	18	2	25	45

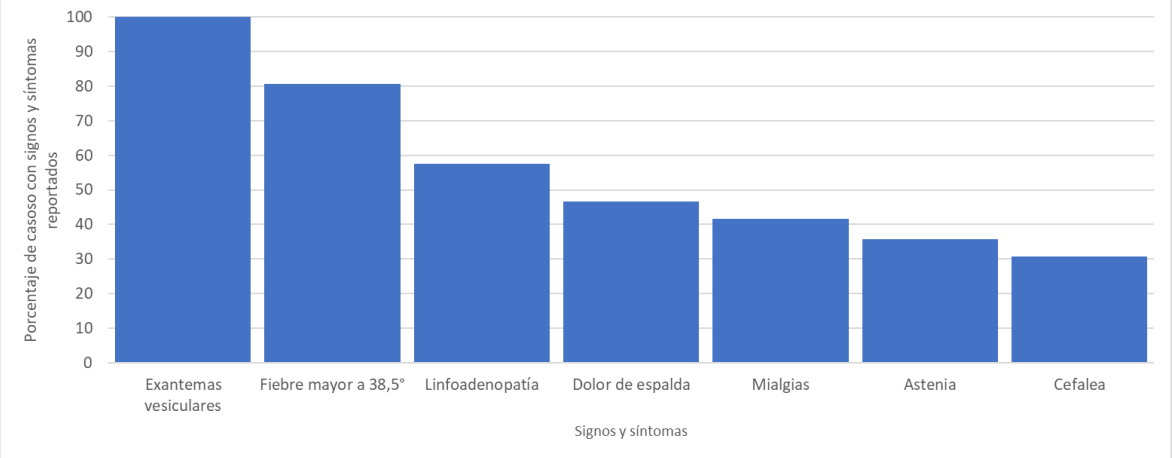
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0
**Un caso fue confirmado por criterio clínico epidemiológico.*

Gráfico 1. Casos notificados de viruela símica según clasificación y semana de notificación. Argentina. Actualizado al 20/7/2022 (n=45)



Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del SNVS[2.0]

Gráfico 2. Viruela símica: frecuencia proporcional de signos y síntomas en casos confirmados (n=18)



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

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

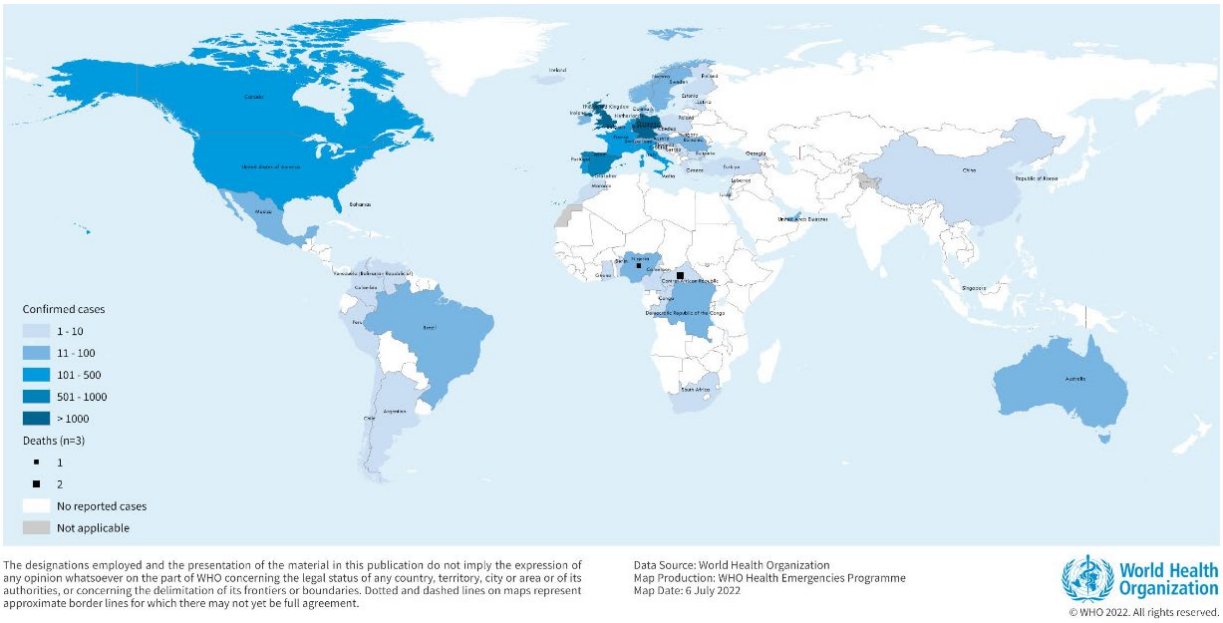
Ficha de notificación:

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

SITUACIÓN INTERNACIONAL

7.892	63	3
Casos confirmados reportados a OMS al 07 de julio de 2022	Países afectados	Personas fallecidas

Mapa 1. Distribución geográfica de casos de viruela símica reportados a OMS entre el 01/01 y el 04/07.



Fuente: Multi-country outbreak of monkeypox External Situation Report 1[1]

Según el reporte de la Organización Panamericana de la Salud emitido el 09 de julio del corriente año[2], el 82% de los casos confirmados fueron registrados en la Región de Europa; 15% en la Región de las Américas, 2% en la Región de África, <1% en la Región del Pacífico Occidental y <1% en la Región del Mediterráneo Oriental.

Del 02 al 09 de julio se observó un incremento de 41,6% en el número de casos reportados a nivel global. El 78% de los casos confirmados a nivel global corresponde a hombres entre 18 a 44 años.

Para la OMS 99,5% de los casos corresponde a personas de sexo masculino[1]. También según información de este organismo 98% de los casos con información disponible sobre orientación sexual se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres[2]. No obstante cualquier persona que haya estado en contacto cercano con alguien que tenga viruela

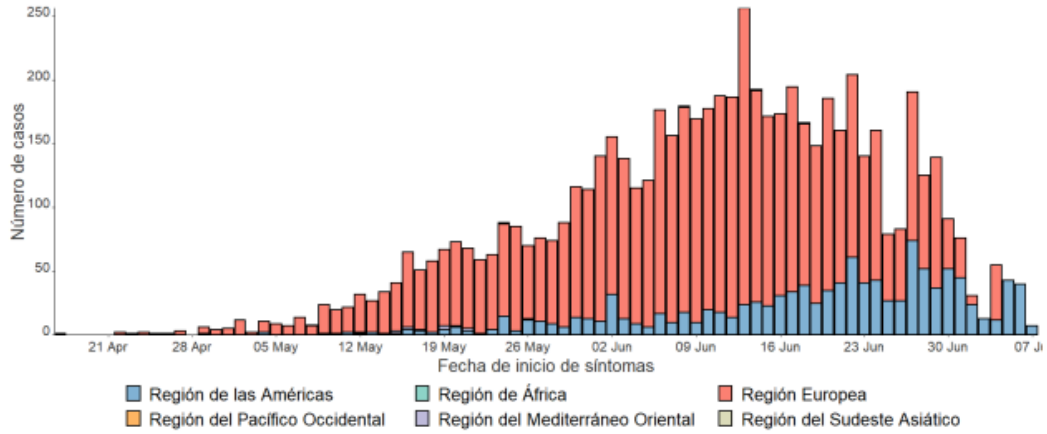
[1] WHO: Multi-country outbreak of monkeypox External Situation Report Disponible en https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-monkeypox--external-situation-report--1---6-july-2022

[2] OPS-OMS: Actualización Epidemiológica Viruela símica. 9 de julio de 2022 Disponible en https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sobre-viruela-simica

símica puede adquirir la infección. El 47% de los casos indicó que tuvo exposición previa a la enfermedad durante eventos sociales con contacto sexual.

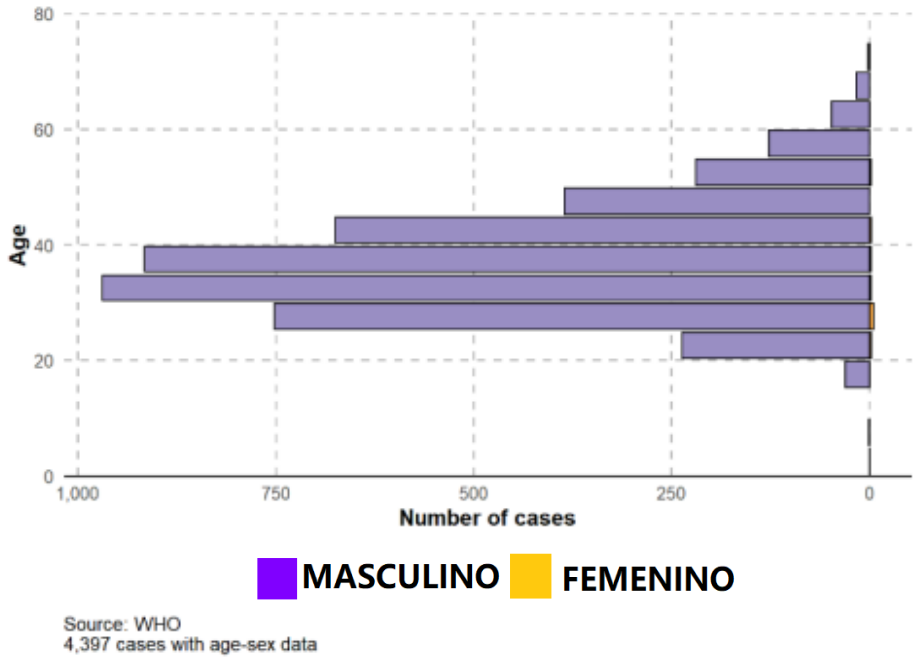
De los 1.110 casos con información disponible, 113 son trabajadores de la salud. Se está investigando si la infección en estos casos fue causada por exposición ocupacional.

Gráfico 3. Casos confirmados de viruela símica según fecha de inicio de síntomas y Región de la OMS, hasta el 7 de julio de 2022.



Fuente: Casos notificados o identificados por la OPS/OMS a partir de fuentes públicas oficiales.

Gráfico 4. Casos confirmados de viruela símica. Distribución por edad y sexo desde el 01/01 al 04/07 de 2022.



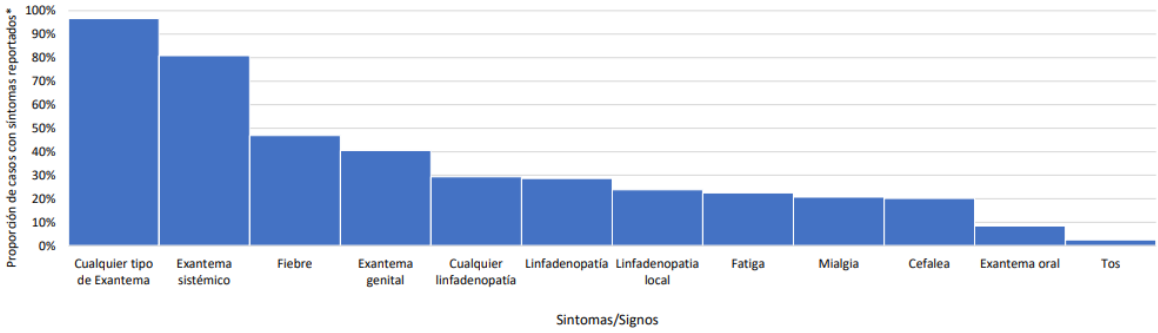
Fuente: : Multi-country outbreak of monkeypox External Situation Report 1

De acuerdo al citado informe de la OPS, la presentación clínica de los casos de viruela símica asociados con este brote ha sido diferente a lo documentado previamente. La mayoría de los casos

no presentan el cuadro clínico clásico descrito para la viruela símica (fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos, seguida de erupción centrífuga), los casos del actual brote presentan las siguientes características clínicas:

- Presentación de unas pocas o incluso de una sola lesión.
- Ausencia de lesiones cutáneas en algunos casos, con dolor anal y sangrado rectal.
- Lesiones en el área genital o perineal/perianal que no se extienden a otras áreas del cuerpo.
- Lesiones que aparecen en diferentes etapas de desarrollo (asincrónicas).
- La aparición de lesiones antes de la aparición de fiebre, malestar general y otros síntomas sistémicos (ausencia de período prodrómico).

Gráfico 5. Signos y síntomas de casos confirmados de viruela símica a nivel global hasta el 08 de julio de 2022



Fuente: OPS-OMS: Actualización Epidemiológica Viruela símica. 9 de julio de 2022

De los 1.563 casos confirmados para los cuales el dato sobre hospitalización está disponible, el 9% requirió hospitalización para aislamiento o tratamiento. Dos casos requirieron manejo en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Es probable que la magnitud real del brote esté subestimada en países que no registraron casos de viruela símica previamente debido a diagnóstico clínico tardío y la falta de acceso a pruebas de laboratorio.

De acuerdo con los datos históricos, la letalidad es más alta en niños, adultos jóvenes y personas inmunocomprometidas, incluidas las personas que viven con una infección por el VIH no controlada, las cuales tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave.

HEPATITIS AGUDA GRAVE DE ORIGEN DESCONOCIDO

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA AL 20/7

6
Casos probables notificados

1
Casos probables fallecidos

2
Casos probables trasplantados

21
Casos descartados

18
Casos pendientes de clasificación

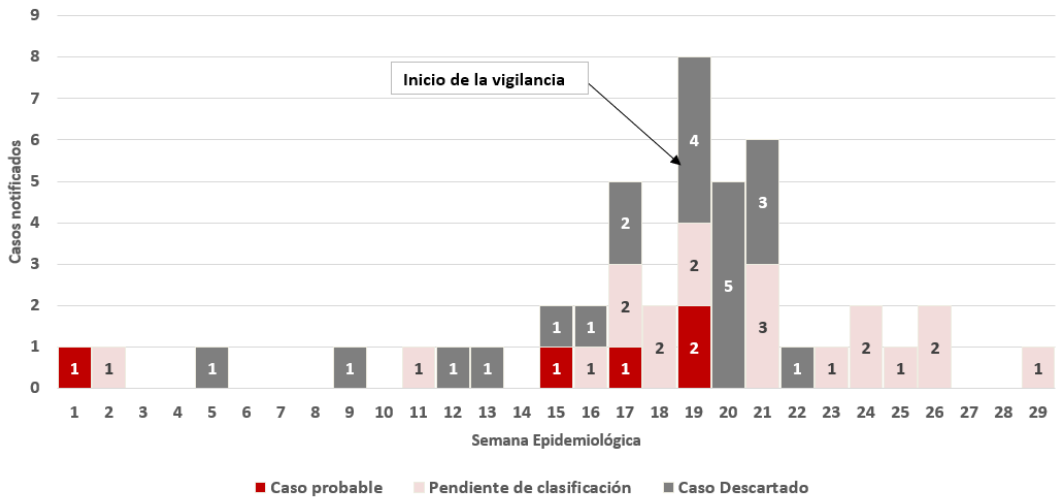
4
Media de edad (Min 0 – Max 8)

Tabla 2. Casos de hepatitis aguda grave de origen desconocido en pediatría, según jurisdicción de residencia y clasificación del caso.

Jurisdicción de Residencia	Casos notificados	Casos probables	Casos descartados	Pendiente de clasificación
Buenos Aires	22	1	13	8
CABA	3			3
Catamarca	1			1
Chaco	1			1
Chubut	2	1	1	
Córdoba	1		1	
Corrientes	2		2	
La Pampa	1			1
Mendoza	2	1		1
Misiones	2	1	1	
Neuquén	1		1	
Rio Negro	1		1	
San Juan	1			1
San Luis	1	1		
Santa Cruz	1			1
Santa Fe	2	1		1
Tucumán	1		1	
Total general	**45**	**6**	**21**	**18**

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología a partir de datos del SNVS 2.0.
El trabajo de recopilación de información y cierre de los casos se realiza en conjunto por los equipos de la Dirección de Epidemiología, la Coordinación de Hepatitis Virales y los laboratorios nacionales de referencia de Hepatitis Virales y Gastroenteritis virales del INEI-ANLIS y el equipo técnico del INCUCAI.

Gráfico 6. Curva de casos de Hepatitis Aguda Grave de origen desconocido en menores de 16 años, según clasificación del caso por SE*. Argentina, 2022.



**Calculada en base a la FIS y cuando no se encuentre, Fecha de apertura.*
Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del SNVS 2.0

Documento integrado sobre hepatitis aguda grave:

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

Ficha de notificación:

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

---

INFORMACIÓN INTERNACIONAL DESTACADA AL 22/06

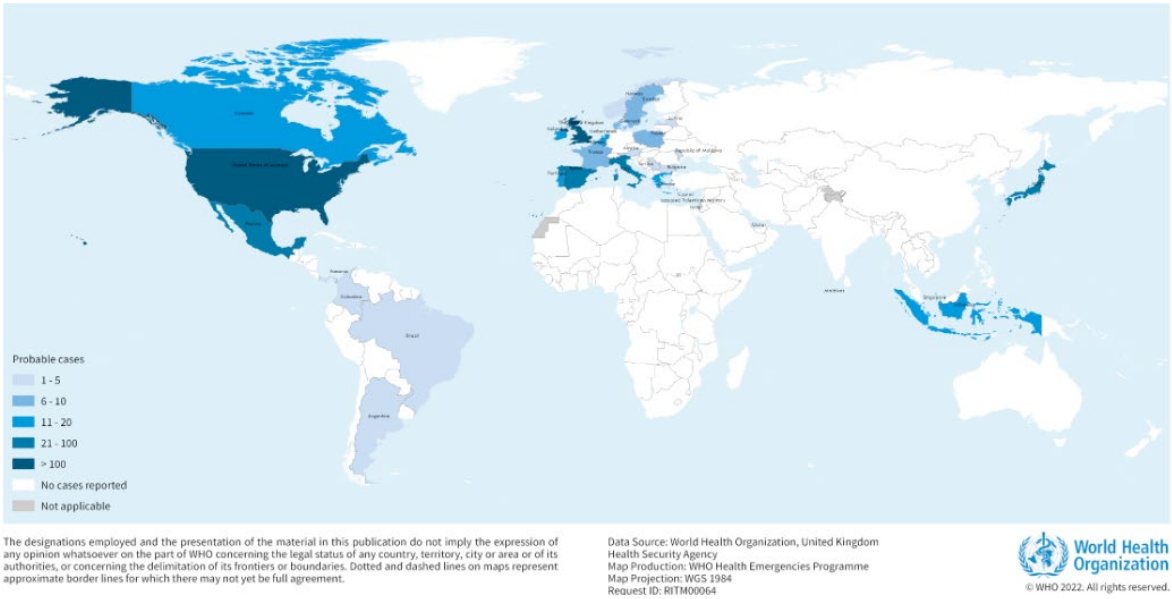
920
Casos probables al 22 de junio de 2022

45 (5%)
Casos probables trasplantados

18 (2%)
Fallecidos probables

33
Países en cinco regiones de OMS al 22 de junio de 2022
afectados

Mapa 2. Distribución de casos probables de hepatitis aguda de etiología desconocida en niños/as del 05/04 al 22/06. (n=920)

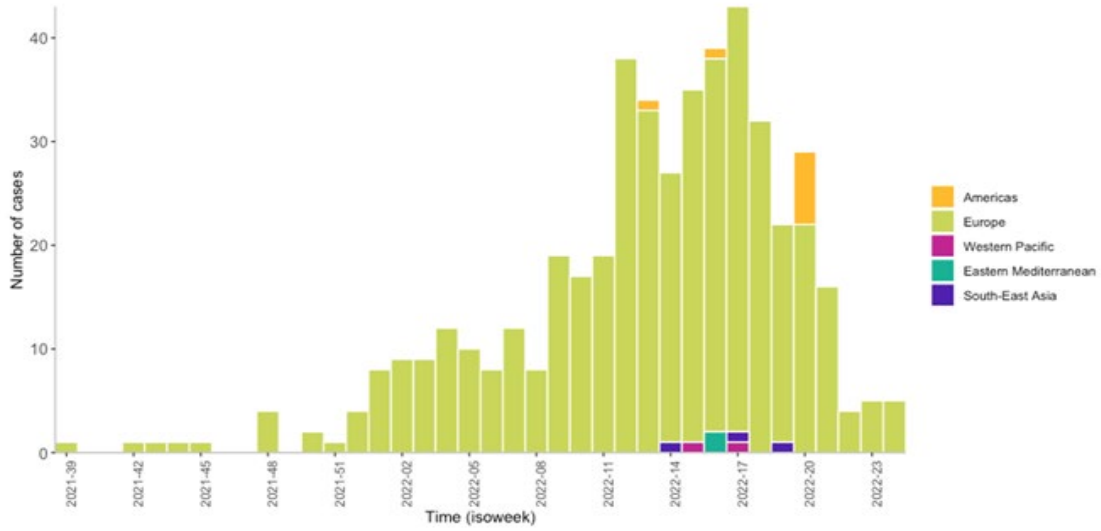


Fuente: Severe acute hepatitis of unknown aetiology in children - Multi-country (who.int)

Este brote se detectó inicialmente el 5 de abril de 2022 cuando el Reino Unido notificó a la OMS diez casos de hepatitis aguda grave de etiología desconocida en niños pequeños menores de 10 años previamente sanos en el cinturón central de Escocia.

La mitad de los casos probables notificados se notificaron en la Región Europea de la OMS (20 países que notifican 460 casos), incluidos 267 casos (29% de los casos mundiales) del Reino. El segundo número más alto de casos probables se notificó en la Región de las Américas (n=383, incluidos 305 casos en los Estados Unidos de América), seguida de la Región del Pacífico Occidental (n=61), la Región de Asia Sudoriental (n=14) y Región del Mediterráneo Oriental (n=2).

Gráfico 7. Curva epidemiológica por región de OMS de casos probables con información disponible al 22/6/22.



Fuente: Severe acute hepatitis of unknown aetiology in children - Multi-country (who.int)

Diecisiete países reportaron más de cinco casos probables. El número real de casos puede estar subestimado, en parte debido a las limitaciones en los esquemas de vigilancia existentes. Se espera que el recuento de casos cambie a medida que haya más información y datos verificados disponibles.

ALERTAS Y OTROS DOCUMENTOS DE DIFUSIÓN

ALERTAS NACIONALES

Caso confirmado de sarampión en la provincia de Buenos Aires, Riesgo de reintroducción:

El 12/07 de 2022 y ante la confirmación de un caso de sarampión en una niña de 2 años residente en el partido de Vicente López, el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y el Ministerio de Salud de la Nación emitieron un alerta con el objetivo de fortalecer la vigilancia epidemiológica y control de la enfermedad febril exantemática, informar a la población y recomendar verificar y completar los esquemas de vacunación, así como la consulta temprana ante la aparición de fiebre y exantema.

Hasta el momento se detectó un caso sintomático contacto del caso confirmados cuyos primeros resultados fueron negativos para sarampión. Otro caso sospechoso se encuentra en estudio.

Se recuerda a la población y equipos de salud que, para sostener los logros de eliminación y evitar la reintroducción del virus al país, se requiere alcanzar y sostener altas coberturas de vacunación con dos dosis de vacuna contra el sarampión (doble o triple viral) y un sistema de vigilancia sensible capaz de detectar oportunamente los casos y así evitar su diseminación.

Alerta emitida:

https://bancos.salud.gob.ar/recurso/alerta-epidemiologica-caso-confirmado-de-sarampion-en-la-provincia-de-buenos-aires-riesgo

Ficha de notificación:

https://bancos.salud.gob.ar/recurso/enfermedad-febril-exantematica-sarampion-y-rubeola-sr

---

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 la vigilancia de las enfermedades respiratorias agudas de presunto origen viral

- ✓ Se prioriza el diagnóstico de COVID-19 en personas con síntomas respiratorios pertenecientes a los siguientes grupos:

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

- ✓ Por lo tanto, el análisis de la información epidemiológica referida a la COVID-19 aborda desde dicha fecha la caracterización de la incidencia en la población de 50 y más años y la caracterización de los casos graves y los fallecimientos en la población general.

- ✓ 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 (No UMAs), Internado y/o fallecido por COVID-19 o IRA, Monitoreo de SARS-COV-2 y OVR en ambulatorios 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 SNVS$^{2.0}$.

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE LA SE 27/2022

31.845

Casos de COVID-19 registrados durante la semana en la población general.
En la SE 27 se registra un ascenso del 17% respecto a la SE previa (ascenso de 4.691 casos).

13%

Descenso de los fallecimientos en comparación a la semana previa (según fecha de fallecimiento).

8.597

Casos de COVID-19 registrados en población de 50 años y más
En la SE 27 se registra una disminución del 11% con respecto a la SE previa (disminución de 1.020 casos).

20,58%

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

36

Fallecidos informados la última semana

12,63%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio.

13

Fallecimientos acontecidos en la última semana.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 27/2022

- ✓ Entre la SE01-26 de 2022 se registraron 544.198 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 83.390 casos de Neumonía, 88.486 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 20.067 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).

- ✓ Hasta la SE27 de 2022 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio la proporción de positividad para SARS-CoV-2, influenza y VSR entre las muestras analizadas por rt-PCR es de 19.97%, 10.80% y 6.85%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, asciende para influenza y VSR

- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE23-27 el porcentaje de positividad para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 12.91%, 3.42% y 37.20%, respectivamente. Se observa un descenso de la positividad para influenza, manteniéndose estable para VSR, en comparación con la semana previa

- ✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de VSR, metapneumovirus, influenza, adenovirus y parainfluenza.

- ✓ Hasta la SE 27 de 2022 se registraron 95 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

9.426.171

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 9 de julio de 2022

129.145

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 9 de julio de 2022.

93,1%

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

82,3%

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

100%

De los casos investigados en vigilancia genómica de SARS CoV-2 entre la SE04 y SE 24 correspondieron a variante Ómicron en todas las regiones del país. El linaje Ómicron BA.2 se identificó en la SE24 en el 61% de los casos investigados.
BA.4 y BA.5 representan el 6.4% y 4.5%, respectivamente

44,8%

De la población argentina recibió el primer refuerzo. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 57,2% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es del 71,4%.

91,7%

De la población de 18 y más años recibió al menos dos dosis contra la COVID-19.

94,7%

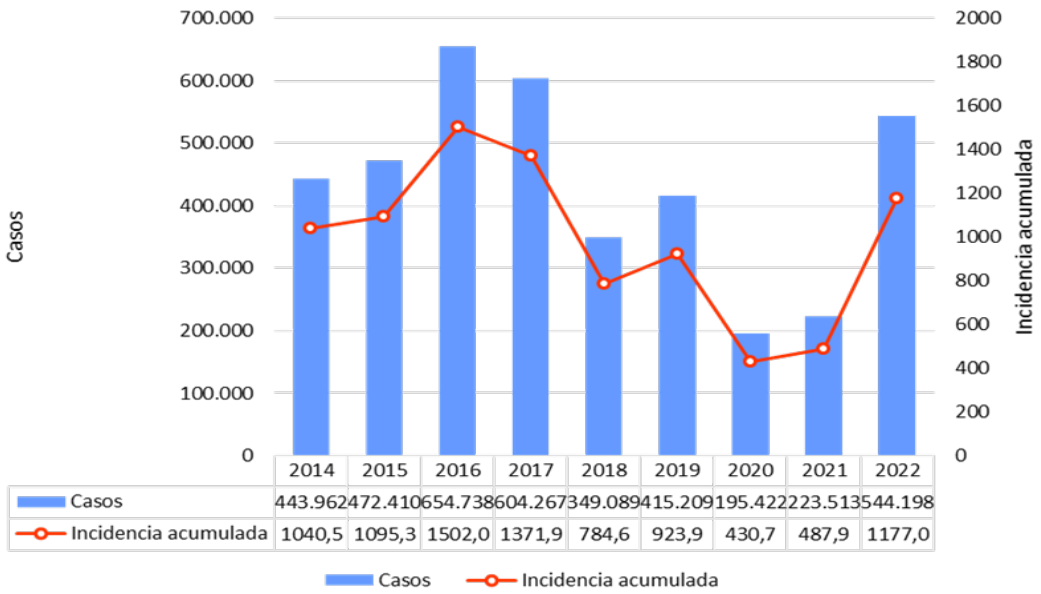
De la población de 50 y más años recibió dos dosis contra la COVID-19.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En las 26 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 544.198 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1177 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 26 semanas de los últimos nueve años, se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron el 2016 y 2017. El número de casos registrados presenta un descenso durante los años 2020 y 2021 en contexto del inicio y desarrollo de la pandemia de COVID-19 observándose un incremento en las semanas analizadas del año en curso (Gráfico 8).

Gráfico 8: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 26 – Año 2014-2022 Argentina.



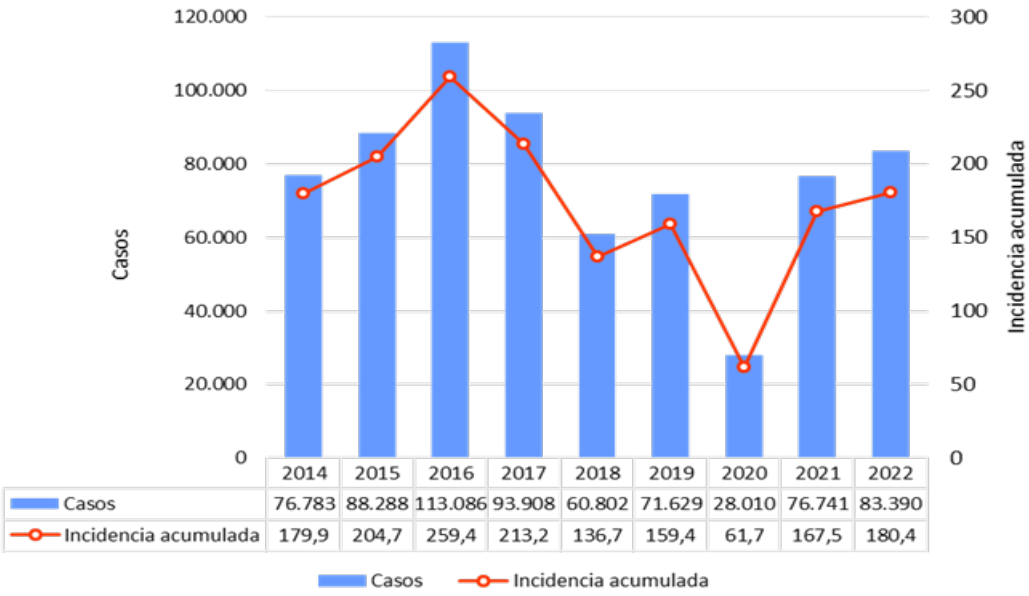
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

En las 26 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 83.390 casos de Neumonía, con una tasa de incidencia acumulada de 180.4 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 26 semanas de los últimos nueve años se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron 2016 y 2017, a partir de los cuales se observa una tendencia en descenso hacia el año 2020 que vuelve a incrementarse durante el año 2021 (Gráfico 9).

Gráfico 9: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a SE26– Año 2014-2022. Argentina. [3]



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

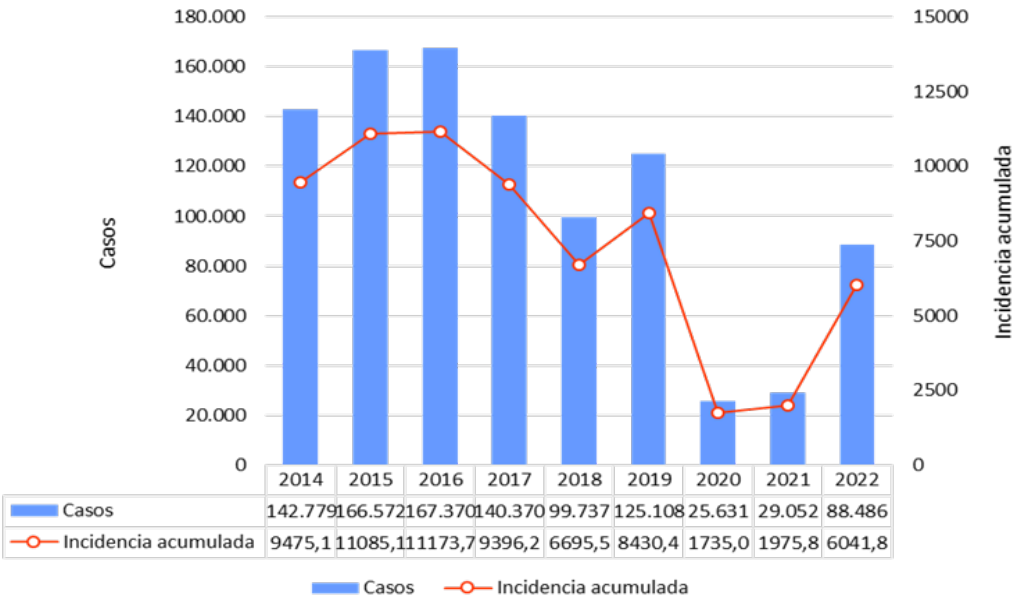
BRONQUIOLITIS

En las 26 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 88.486 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 6041.8 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 26 semanas de los últimos nueve años muestra que los años con mayor número de notificaciones fueron 2015 y 2016, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019 respecto del año previo y con un número inusualmente bajo registrado hasta el momento para 2020 y 2021. Durante el año en curso, los casos registrados vuelven a incrementarse, aunque en menor número respecto a años históricos. (Gráfico 10).

[3] 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 10: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 26 – Año 2014-2022 Argentina.[4]



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 SE26 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 3.101, 2.380 y 1.641 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente. El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 por PCR asciende a un 34.8% en SE24 y desciende a un 21% en SE26. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE16-17 con un descenso posterior. En SE26 vuelve a ascender siendo del 19.18%. A partir de la SE21 el porcentaje de positividad para VSR fue en ascenso, manteniéndose estable entre las SE21-24 disminuyendo a 4.08% en la última semana analizada. (Tabla 3- Gráfico 11).

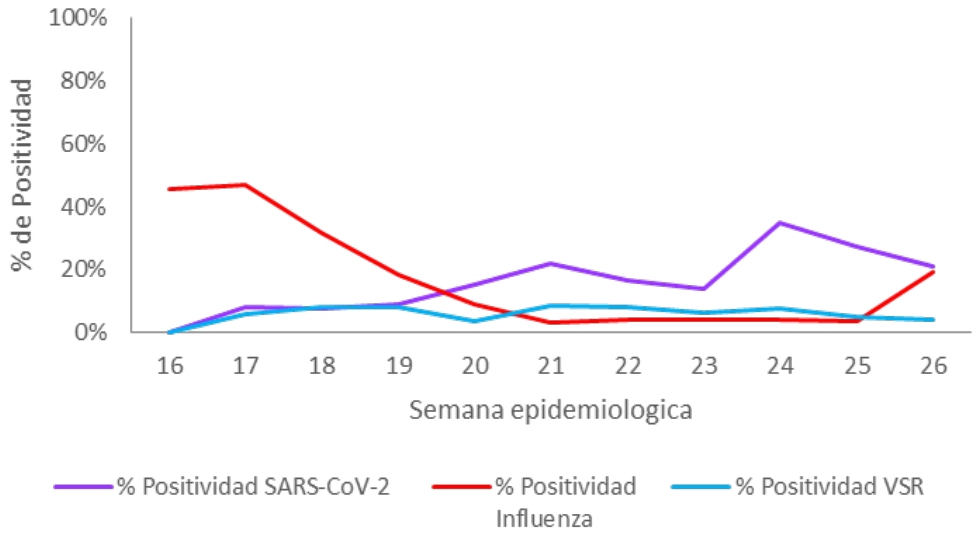
[4] Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las bronquiolitis en casos ambulatorios registradas con modalidad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

Tabla 3: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16-26 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina[5].

	Última semana			SE16 - SE26		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	2.565	863	33,65%	26.259	6.709	25,55%
SARS-CoV-2 por PCR	328	69	21,04%	3.101	575	18,54%
Influenza	73	14	19,18%	2.380	261	10,97%
VSR	49	2	4,08%	1.641	111	6,76%

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 11. Distribución del porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16-26 Año 2022[6]



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

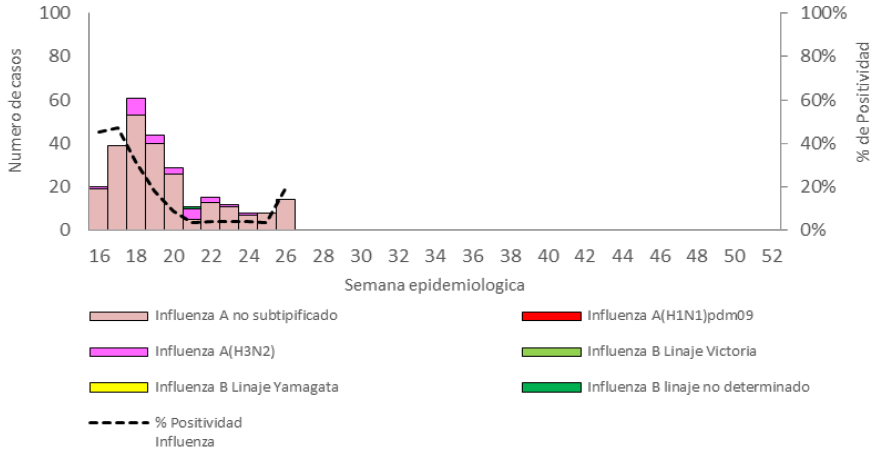
En relación a las muestras positivas para virus Influenza (n=261), 260 (99.6%) fueron positivas para Influenza A y 1 (0.4%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 25 muestras

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

[6] 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

cuentan con subtipificación, detectándose influenza A H3N2. (Gráfico 12).

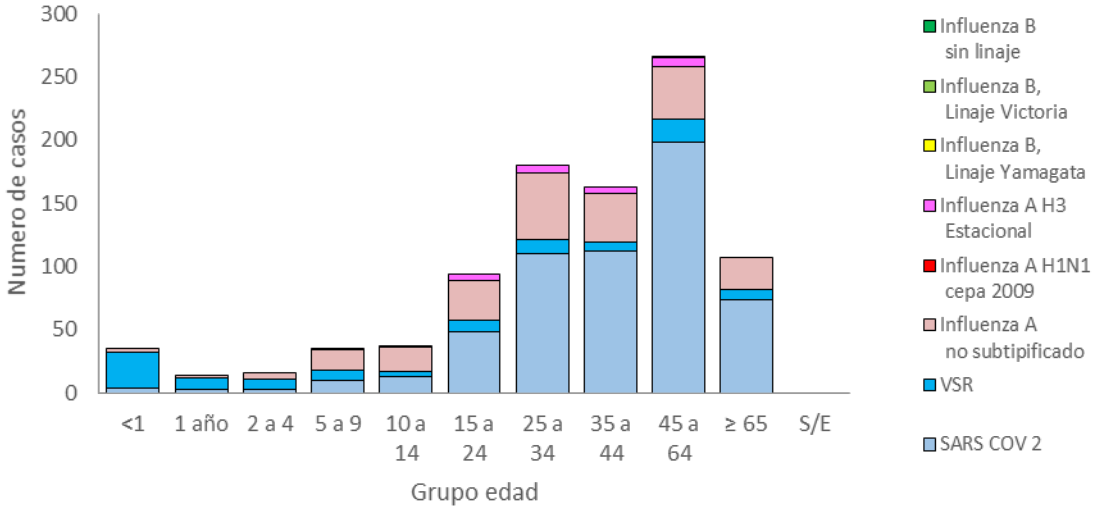
Gráfico 12. Distribución de virus influenza por tipo y subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-26 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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

Los casos de influenza se detectan en todos los grupos de edad, con el mayor número de muestras positivas en el grupo de 25-34 años y 45-64 años. Las muestras positivas para VSR también se registran en todos los grupos de edad principalmente en los menores de 1 año y en segundo lugar, en el grupo de 45-64 años. (Gráfico 13)

Gráfico 13. Distribución absoluta de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados a SE26 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 SNVS[2.]

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 SE27 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 3.981, 2.593 y 1.855 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente. El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 por PCR asciende a un 34.8% en SE24 y desciende a un 20.6% en SE27. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE16-17 con un descenso posterior. A partir de SE26 vuelve a ascender siendo del 12.6% en SE27. A partir de la SE21 el porcentaje de positividad para VSR fue en ascenso, manteniéndose estable entre las SE21-24 disminuyendo en SE25. A partir de SE26 vuelve a incrementarse siendo de 8.6% en la última semana analizada (Tabla 4- Gráfico 14).

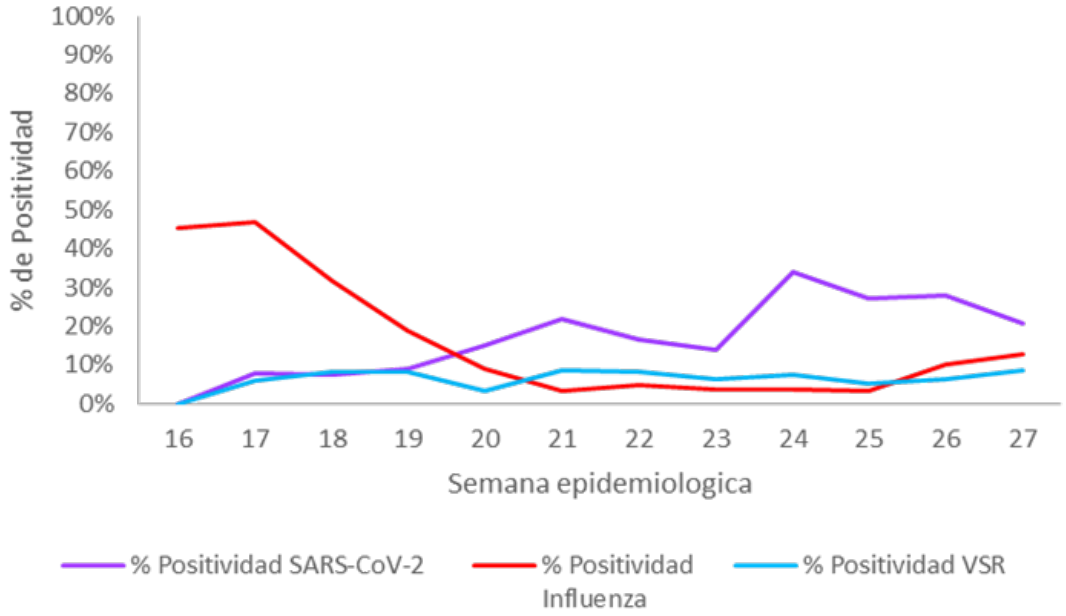
Tabla 4: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16-27 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina[7].

	Última semana			SE16 - SE27		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	3.483	1.418	40,71%	31.668	8.704	27,49%
SARS-CoV-2 por PCR	622	128	20,58%	3.981	795	19,97%
Influenza	95	12	12,63%	2.593	280	10,80%
VSR	70	6	8,57%	1.855	127	6,85%

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.

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

Gráfico 14. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16-27 Año 2022[8]

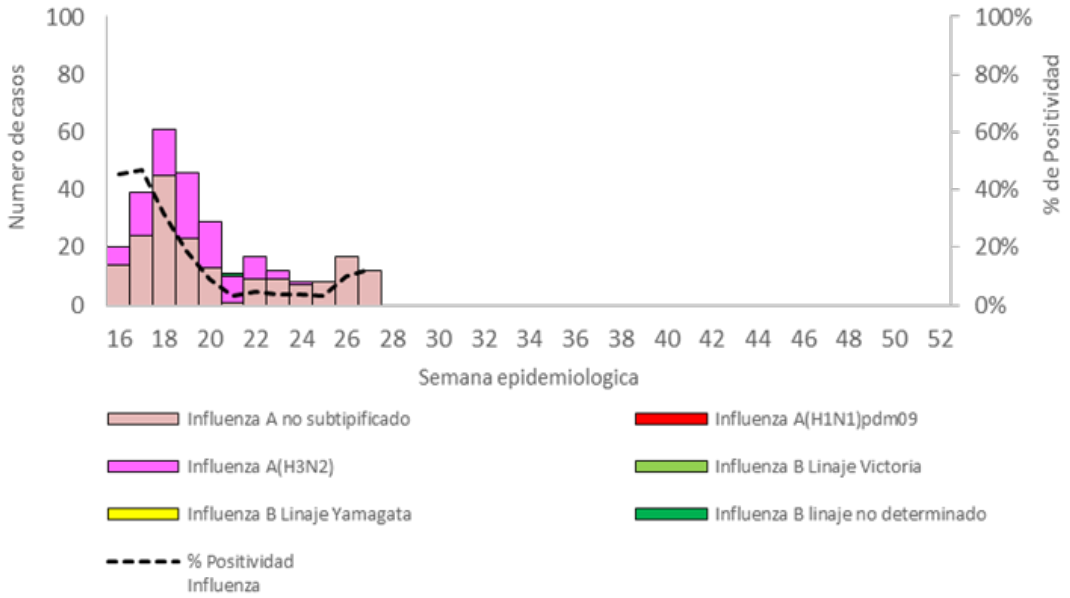


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En relación a las muestras positivas para virus Influenza (n=280), 279 (99.6%) fueron positivas para Influenza A y 1 (0.4%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 97 muestras cuentan con subtipificación, detectándose influenza A H3N2. (Gráfico 15).

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

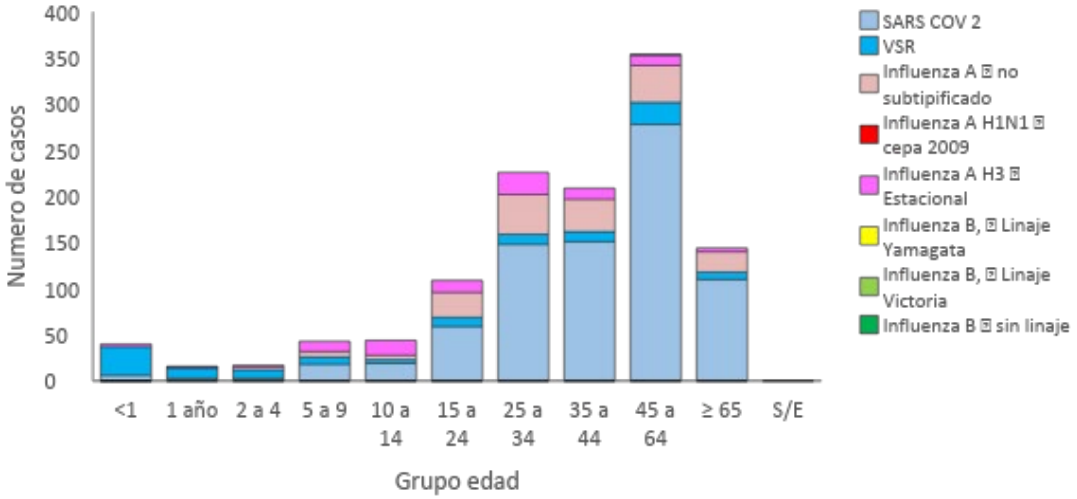
Gráfico 15. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-27 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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

Los casos de influenza se detectan en todos los grupos de edad, con el mayor número de muestras positivas en el grupo de 25-34 años y 45-64 años. Las muestras positivas para VSR también se registran en todos los grupos de edad principalmente en los menores de 1 año y en segundo lugar, en el grupo de 45-64 años. (Gráfico 16)

Gráfico 16. Distribución absoluta de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados a SE27 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 SNVS[2.]

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

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. Se presentan los datos relevados al evento evento "Internado y/o fallecido por COVID o IRA".

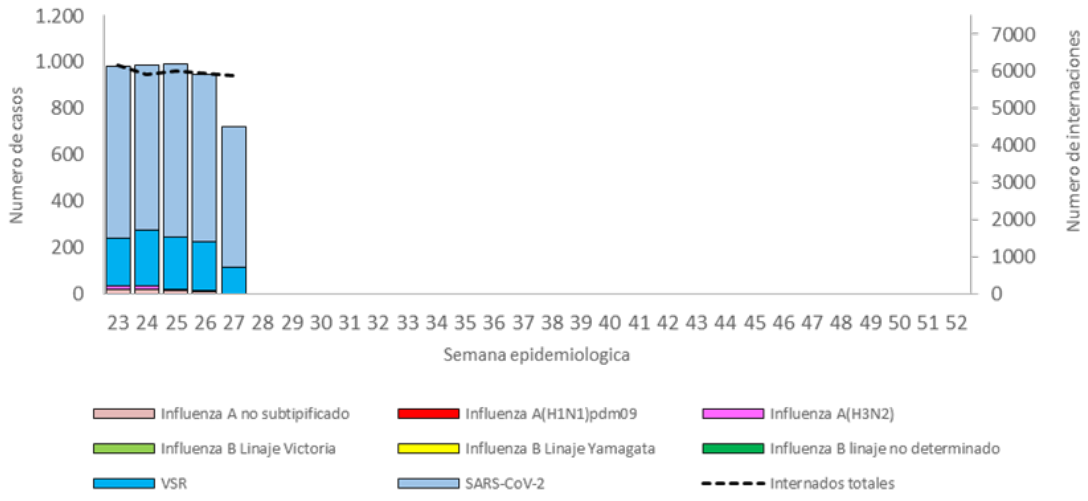
Entre la SE23-27, se notificaron 27.284 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 3.523 fueron positivas (porcentaje de positividad 12.91%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 3.366 muestras para virus influenza con 115 detecciones positivas (porcentaje de positividad 3.42%), de las mismas 113 fueron influenza A y 2 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 40 muestras cuentan con subtipificación, detectándose influenza A H3N2.

Durante el mismo periodo, hubieron 2.661 muestras estudiadas para VSR registrándose 990 con resultado positivo (porcentaje de positividad 37.20%).

La curva de casos hospitalizados se mantiene estable en las semanas analizadas (Gráfico 17).

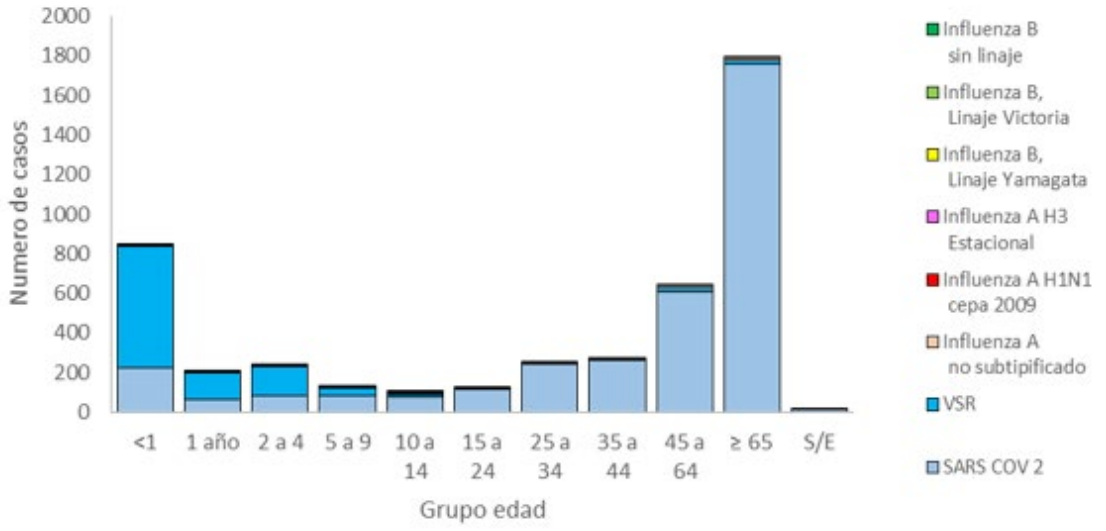
Gráfico 17. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados – SE23-27 Año 2022



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 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, 45 a 64 y ≥ 65 años en el periodo analizado. (Gráfico 18).

Gráfico 18. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23-27 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].

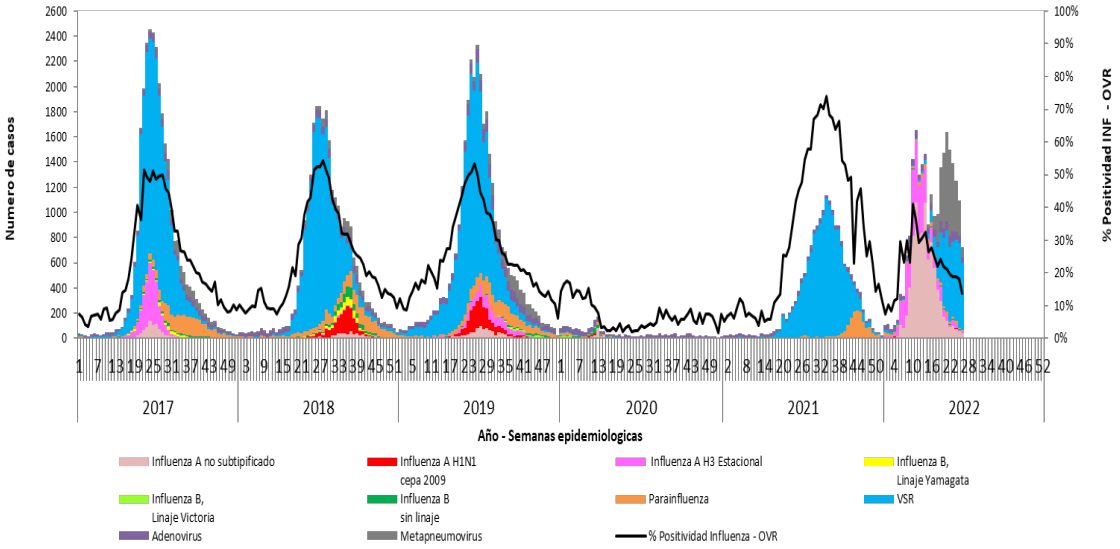
Hasta la SE27 de 2022, se registraron 95 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

VIGILANCIA 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 (Gráfico 19).

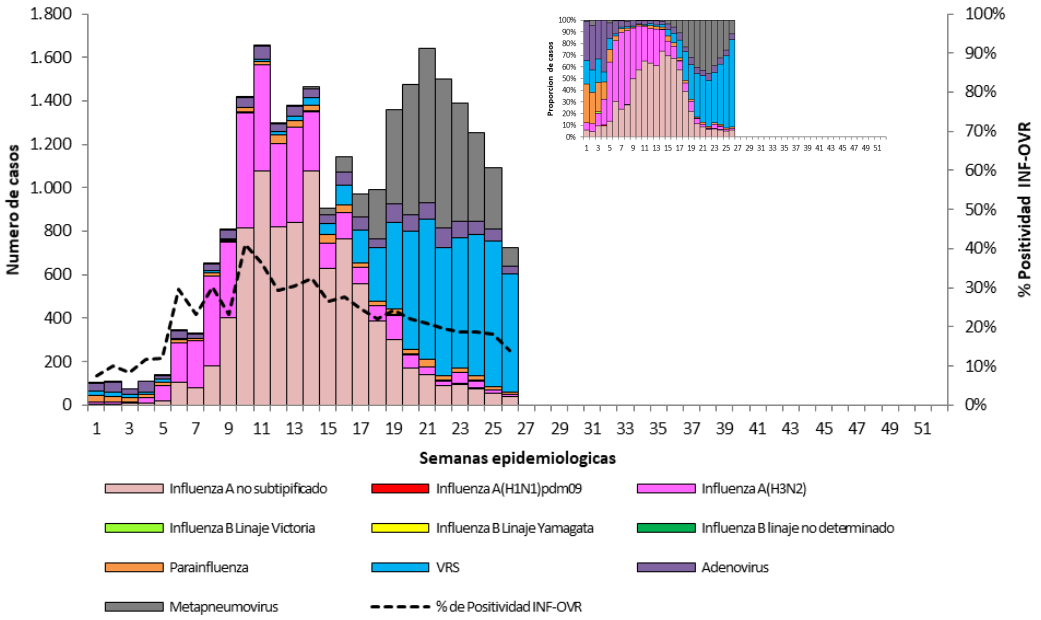
Gráfico 19. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2021. SE01-SE26 2022



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 SE26 se detecta circulación de otros virus respiratorios, en orden de frecuencia, VSR, metapneumovirus, influenza, adenovirus y parainfluenza (Gráfico 20). Se destaca la frecuencia absoluta y relativa de metapneumovirus en particular a partir de la semana 16 y el descenso sostenido de virus Influenza desde hace 10 semanas.

Gráfico 20. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01- SE26 de 2022. Argentina. (n=24.327)

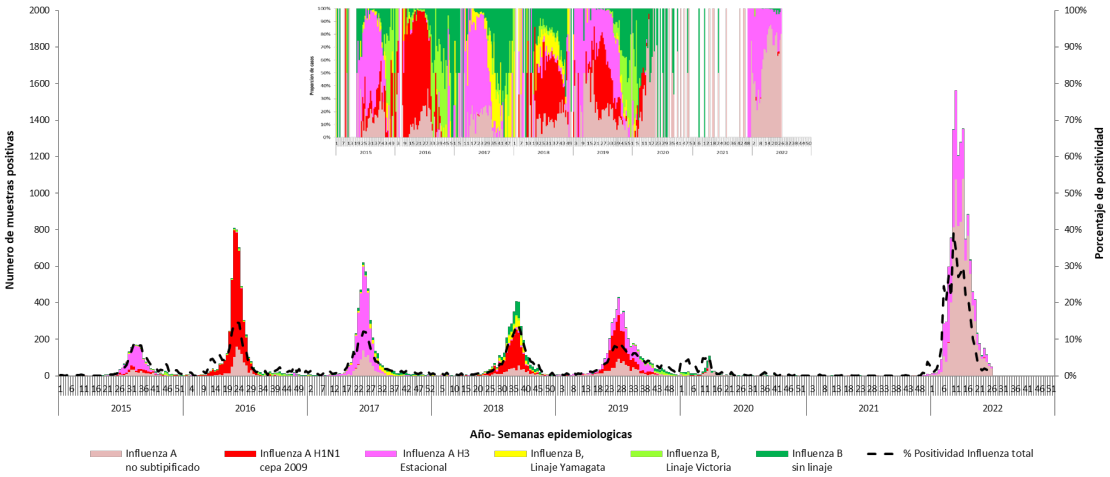


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información

proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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 con un descenso posterior a partir de la SE16. Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados la proporción de positividad para influenza se sitúa en 0.97% durante la semana 26.

Gráfico 21. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica, SE 01 de 2015 a SE26 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 SNVS2.0.

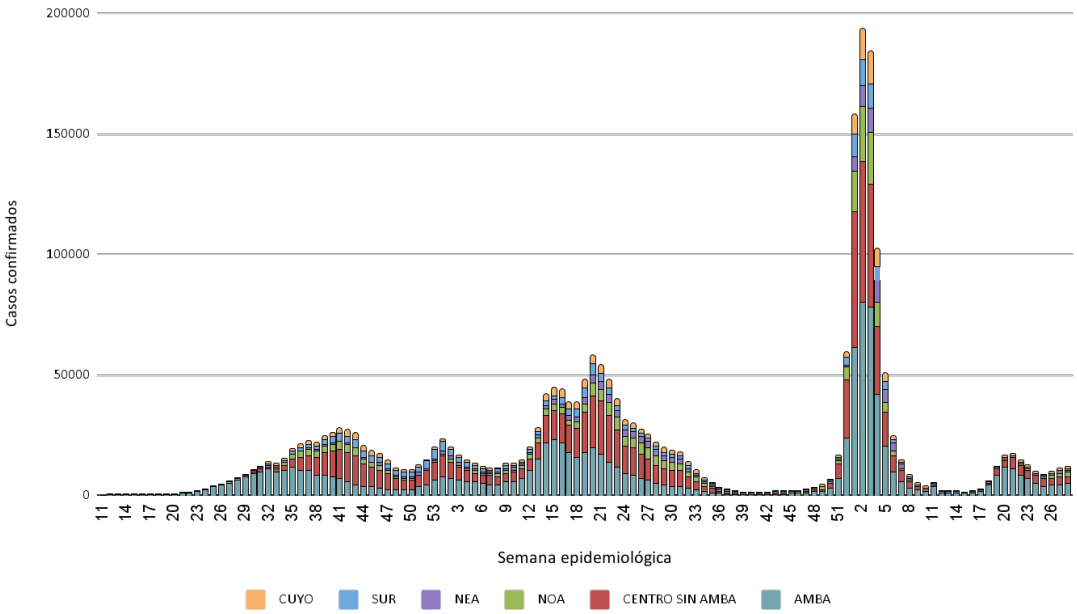
VIGILANCIA DE COVID-19

En Argentina, desde el inicio de la pandemia hasta el 9 de julio de 2022, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 9.426.171 casos confirmados de Covid-19 y 129.145 fallecimientos.

En la SE 27 se notificaron 31.845 casos de COVID-19, 17% más que la SE previa (incremento de 4.691 casos). En la población de 50 y más años, se registraron 8.597 casos, 11% menos en relación a la SE 26 (descenso de 1.020 casos) (Gráfico 22).

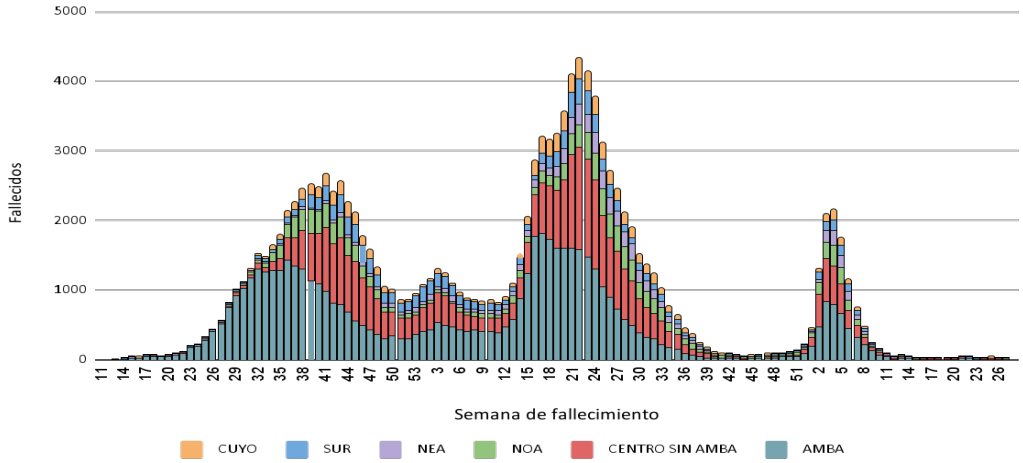
En cuanto a los fallecimientos, se notificaron 36 durante la SE 27, de los cuales 13 corresponden a fallecimientos acontecidos en dicha semana y el resto a semanas previas. En relación a la SE 26, la disminución es de 13% (2 fallecimientos menos) (Gráfico 23).

Gráfico 22. Casos confirmados en población de 50 años y más por semana epidemiológica[9] según región del país. SE 10/2020 - SE 27/2022, Argentina



Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS[2.0].

Gráfico 23. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE1/2020 a SE 27/2022, Argentina según regiones.

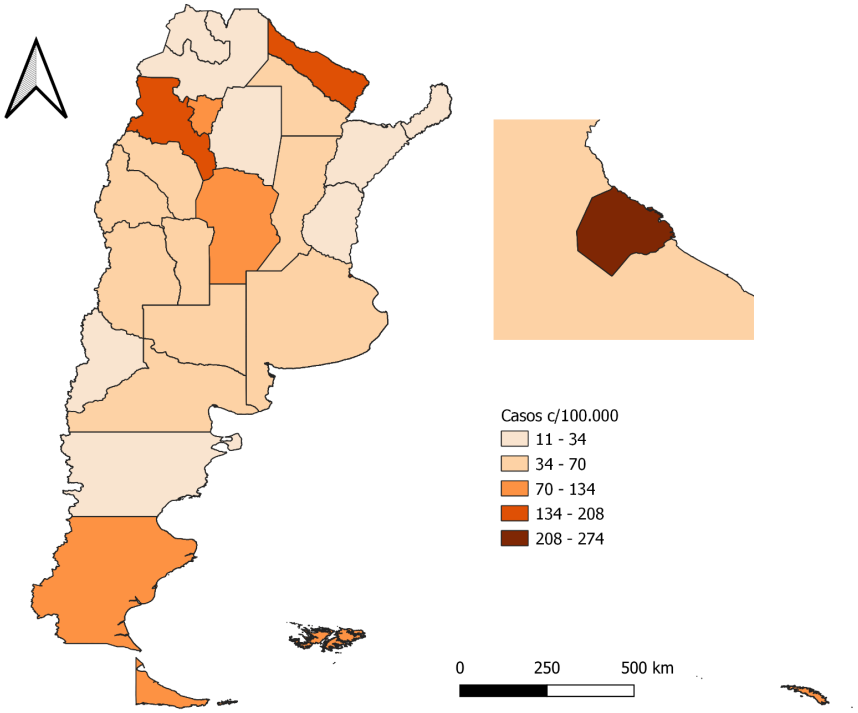


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS[2.0].

[9] La semana utilizada se construye con la información de la fecha de inicio de síntomas; si esta no está presente, con la fecha de consulta, o la fecha de toma de muestra, o la fecha de confirmación por criterio clínico epidemiológico o la fecha de notificación del caso. Se muestran los datos a semana cerrada. Las últimas semanas pueden estar influenciadas por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

La incidencia de casos de COVID-19 a nivel nacional en mayores de 50 años en las últimas 4 semanas (SE 24 a SE 27/2022) fue de 80,7 casos cada 100.000 habitantes. La jurisdicción que presentó la tasa más elevada fue CABA, seguida por Formosa y Catamarca (Mapa 3).

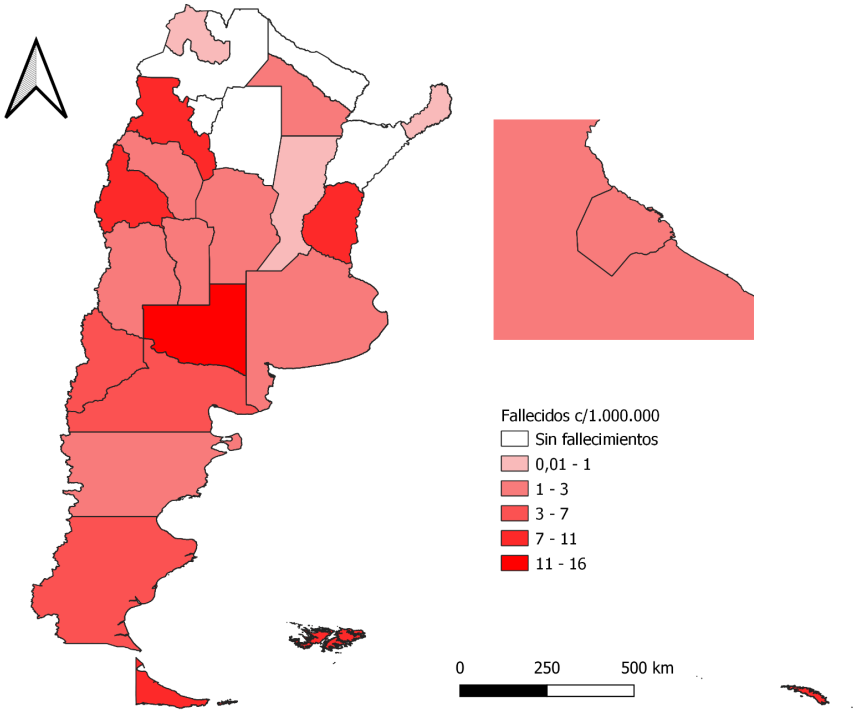
Mapa 3. Incidencia en población de 50 y más años cada 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 24 a 27/2022, Argentina.



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

En cuanto a la tasa específica de mortalidad por COVID-19 (Mapa 4), a nivel nacional esta fue 2,9 fallecidos por cada millón de habitantes considerando el período comprendido en las últimas 4 semanas (SE 24 a 27). Las provincias con las mayores tasas para el período fueron La Pampa, Tierra del Fuego y Entre Ríos.

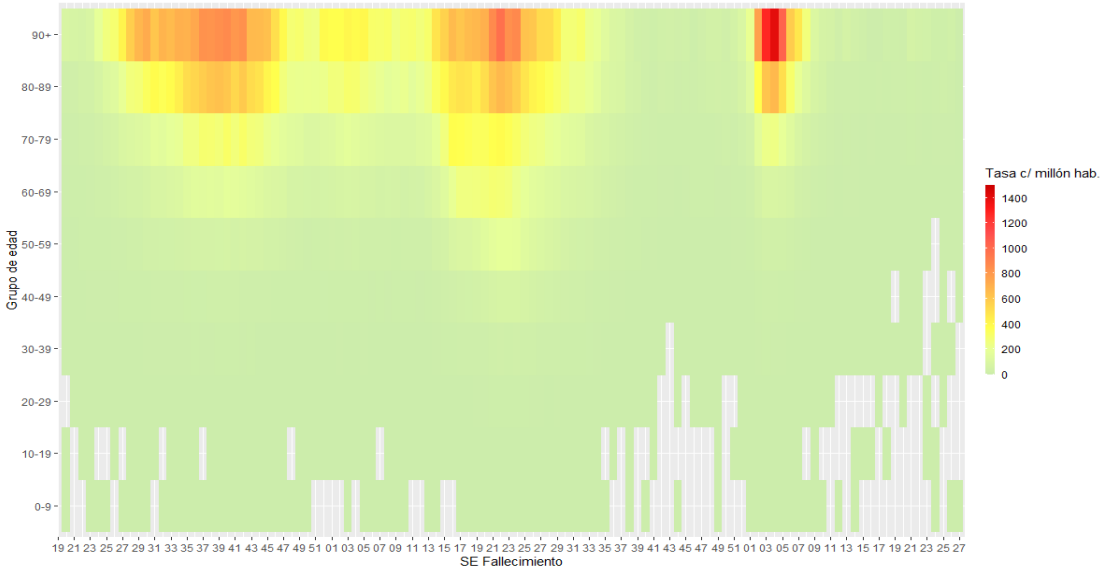
Mapa 4. Tasa de mortalidad acumulada por 1.000.000 de habitantes por jurisdicción de residencia. SE 24 a 27/2022 con un N=92, Argentina.



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

Si se analiza la tasa de mortalidad en su evolución a lo largo de las semanas se observa que son más altas en los grupos de edad más avanzada (mayores de 70 años).

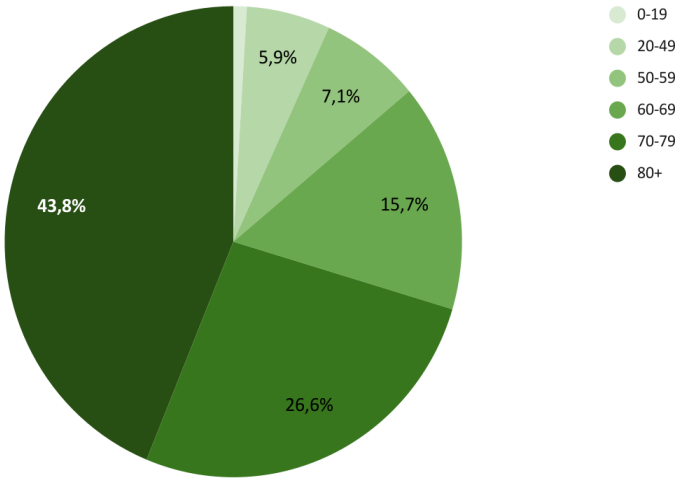
Gráfico 24. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/20 a 27/22.



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

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

Gráfico 25. Fallecidos por grupo edad. Total País, SE 01 a 27/22. N=11.485*



**Nota: Se excluye un fallecido sin dato de edad correspondiente al período informado.*

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

Para más información, consultar la Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 12/07/22 SE 27.

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, las proporciones de BA.5 y BA.4 continúan en ascenso en diferentes regiones.

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En la SE24 de 2022 la proporción de Ómicron en casos sin antecedente de viaje internacional ni relacionados con la importación se sitúa en un 100% entre las muestras analizadas por secuenciación genómica. Entre los diferentes linajes de esta variante, se observa que BA.2 continúa representando más del 60% de las muestras analizadas en los últimos 60 días. La proporción de los linajes BA.4 y BA.5 presentan un incremento gradual en las últimas semanas epidemiológicas, alcanzando en la SE 24 un 6.4% y un 4.5% respectivamente.

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

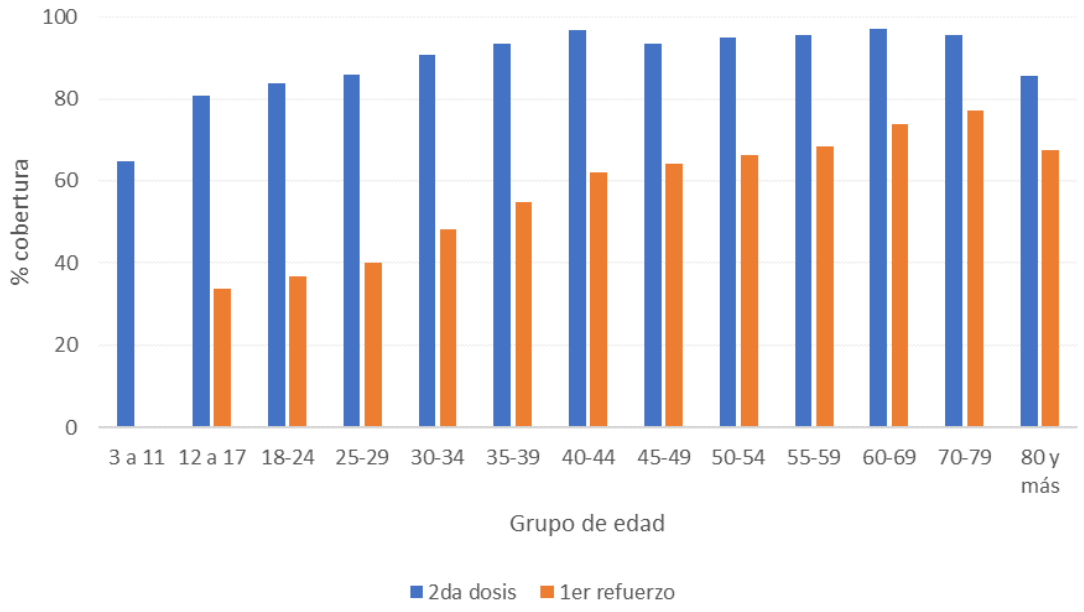
Para más información, consultar la Sala de situación covid y otros virus respiratorios - 12/07/22 SE 27 y el Informe de Vigilancia Genómica SE 27.

INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas de segunda dosis, el 82,3% de la población argentina recibió dos dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 91,7% de la población de 18 y más años recibió las dos dosis, mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura de la segunda dosis es del 94,7%. Con respecto al grupo de entre 12 y 17 años, entre el inicio del plan de vacunación en la SE30, hasta la SE27, la cobertura alcanzó el 80,9%. En el grupo de 3 a 11 años, entre el inicio del plan de vacunación en la SE41 hasta la SE26, la cobertura alcanzó el 64,7%.

Respecto de las coberturas del primer refuerzo, el 44,8% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 57,2% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura de la segunda dosis es del 71,4%. Con respecto al grupo de entre 12 y 17 años, la cobertura alcanzó el 33,7%.

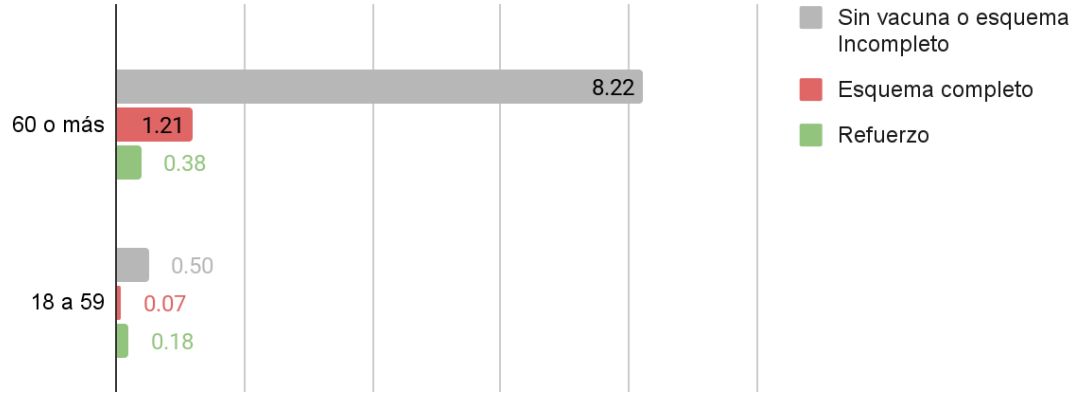
Gráfico 26. Coberturas de 2da dosis y 1er refuerzo por grupo de edad. SE 27



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 SE24-SE27 se registraron 8,22 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o con esquema incompleto. Se produjeron 1,21 muertes cada 100.000 habitantes en personas de 60 años y más con esquema completo, mientras que en personas de este mismo grupo etario vacunadas con dosis de refuerzo la mortalidad fue de 0,38 muertes cada 100.000 habitantes.

Gráfico 27. Tasas de mortalidad c/100.000 hab según grupo de edad y estado de vacunación. SE 24 - SE 27/2022, Argentina*.



Se excluyen los grupos de 3 a 17 años debido a que las tasas son muy inestables por presentar numeradores muy pequeños (inferiores a 5 casos).

**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 RESPIRATORIOS[10]

América del Norte: en general, la actividad de la influenza disminuyó en la subregión, mientras que el SARS-CoV-2 siguió en aumento. En México disminuyó la actividad de influenza con predominio del virus A(H3N2) mientras que la positividad del SARS-CoV-2 siguió aumentando. La actividad de la ETI y de la IRAG se mantuvo en niveles de intensidad moderados. En los Estados Unidos, la actividad de la influenza fue baja, predominando los virus influenza A(H3N2). Además, la actividad del VRS y de SARS-CoV-2 aumentó con un mayor número de hospitalizaciones asociadas a COVID-19.

Caribe: la actividad de la influenza se mantuvo muy baja, con predominio del virus influenza A(H3N2). Sin embargo, Belice, la República Dominicana y Haití notificaron un aumento de la actividad del SARS-CoV-2, con un aumento de los casos de IRAG para esta época del año en este último. Además, en la República Dominicana, la actividad del VRS se mantuvo elevada en niveles observados en el período previo a la pandemia.

[10] Tomado de: Reporte de Influenza SE25 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS.

América Central: la actividad de la influenza pareció disminuir en la subregión, predominó el virus influenza A(H3N2). En El Salvador y Nicaragua la actividad de la influenza continuó elevada, con predominio del virus A(H3N2). La actividad del SARS-CoV-2 se mantuvo moderada y en aumento en toda la subregión. Los recuentos de casos de ETI asociados con la influenza y el SARS-CoV-2 se mantuvieron en niveles moderados en Guatemala.

Región Andina: la actividad de la influenza se mantuvo baja con predominio de A(H3N2) y con una circulación por encima de los niveles epidémicos en Bolivia. Sin embargo, en Colombia y Perú, la actividad del SARS-CoV-2 siguió aumentando. En Bolivia, la actividad de la IRAG se mantuvo elevada en niveles epidémicos y se asoció con la circulación concurrente de influenza, SARS-CoV-2 y VRS.

Brasil y Cono Sur: en general, la actividad de la influenza se mantuvo en niveles moderados; prevaleció el virus influenza A(H3N2). La actividad del SARS-CoV-2 siguió en aumento en niveles moderados en toda la subregión. Chile, Paraguay y Uruguay reportaron una actividad elevada de la IRAG por encima del promedio esperado para esta época del año, con predominio de VRS y SARS-CoV-2 en Chile y Paraguay, mientras que en Uruguay predominaron influenza y SARS-CoV-2.

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19[11]

552.993.566

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS el 10 de julio de 2022

6.349.952

Personas fallecidas en el mundo.

5.776.242

Casos nuevos reportados en la última semana.

9.872

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

6%

Aumentó a nivel global en la última semana el número de casos nuevos

2%

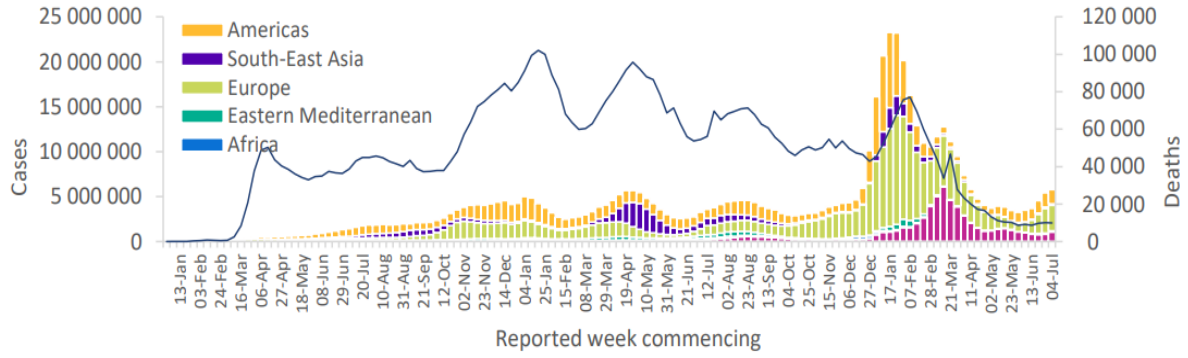
Disminuyeron los fallecidos nuevos en comparación con la semana anterior

[11] 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

A nivel mundial, **el número de casos semanales aumentó** por quinta semana consecutiva, luego de una tendencia a la baja desde el último pico en marzo de 2022, mientras que el número de fallecimientos no evidencia un aumento sino una baja del 2%.

- ✓ Según la OMS, estas tendencias deben interpretarse con cautela ya que varios países han ido cambiando progresivamente sus estrategias de testeo de COVID-19, lo que resulta en un menor número total de pruebas realizadas y, en consecuencia, un número menor de casos detectados.
- ✓ Respecto de las variantes circulantes, a nivel mundial, los linajes BA.2 y BA.2.12.1 de Omicron muestran tendencias decrecientes, mientras que BA.4 y BA.5 muestran tendencias crecientes. Según muestras estudiadas de 89 países en las SE 25 y 26, la proporción de secuencias notificadas de BA.4 aumentó del 11 % al 14 % y BA.5 del 42% al 50%.

Gráfico 28. 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 10 de julio 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 DESTACADA DE LA SE26

793

Casos confirmados sin antecedente de viaje al exterior desde el inicio de la temporada

7

Localidades que presentaron circulación viral a lo largo de la temporada.

0

Casos nuevos reportados en las últimas dos semanas

0

Localidades con circulación viral al momento.

89%

De los casos registraron serotipo DEN-2 y el 11% de casos, DEN-1.

0

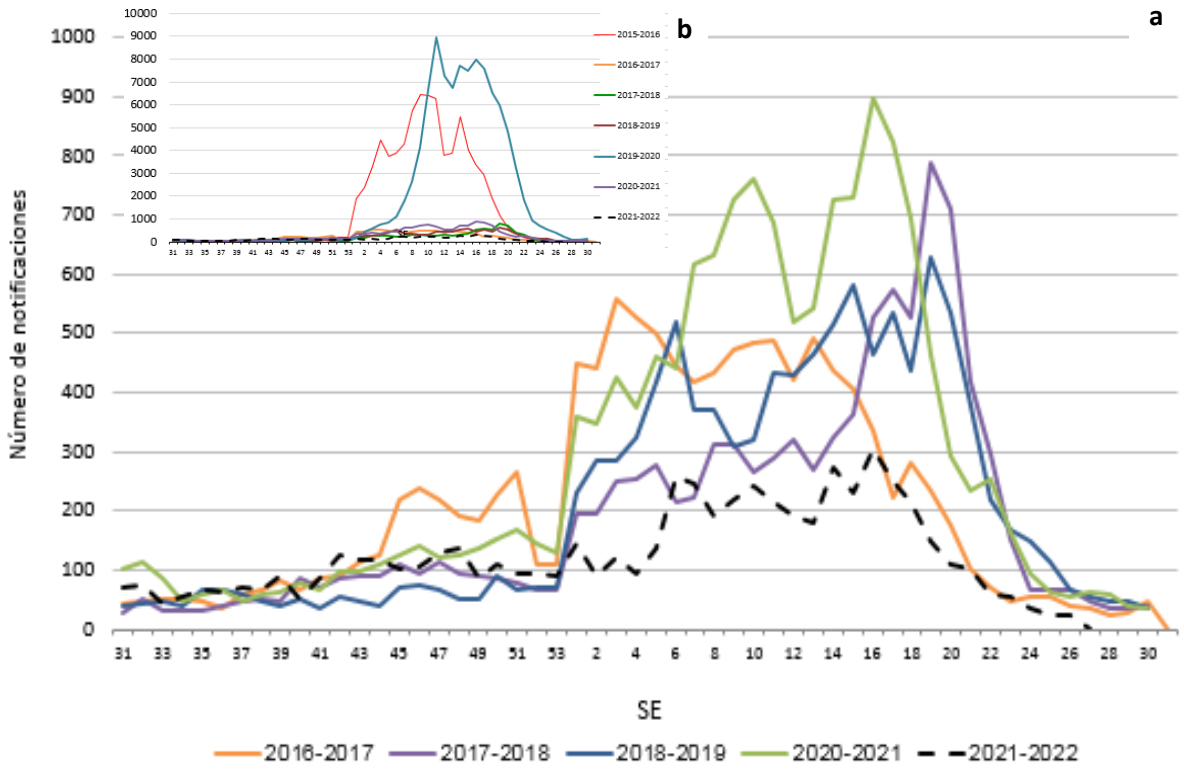
Casos fallecidos con dengue.

INFORMACIÓN NACIONAL DE DENGUE

Para esta temporada (se 31/2021 a 27/2022), 23 provincias notificaron casos con sospecha de dengue. Las notificaciones por SE de casos con sospecha de dengue mostraron una tendencia distinta a los años no epidémicos, donde las notificaciones muestran un marcado aumento luego

de la SE 01. Para la presente temporada, las notificaciones de la primera parte del año registran números menores que los años anteriores. Se observó un aumento retrasado a partir de la SE 03 con altibajos hasta la SE 16, desde la cual se registra una tendencia en descenso. El promedio de notificaciones para las últimas tres semanas fue de 89 casos notificados por semana, un 34% de lo que fue el promedio para las mismas semanas en la temporada pasada (Gráfico 29).

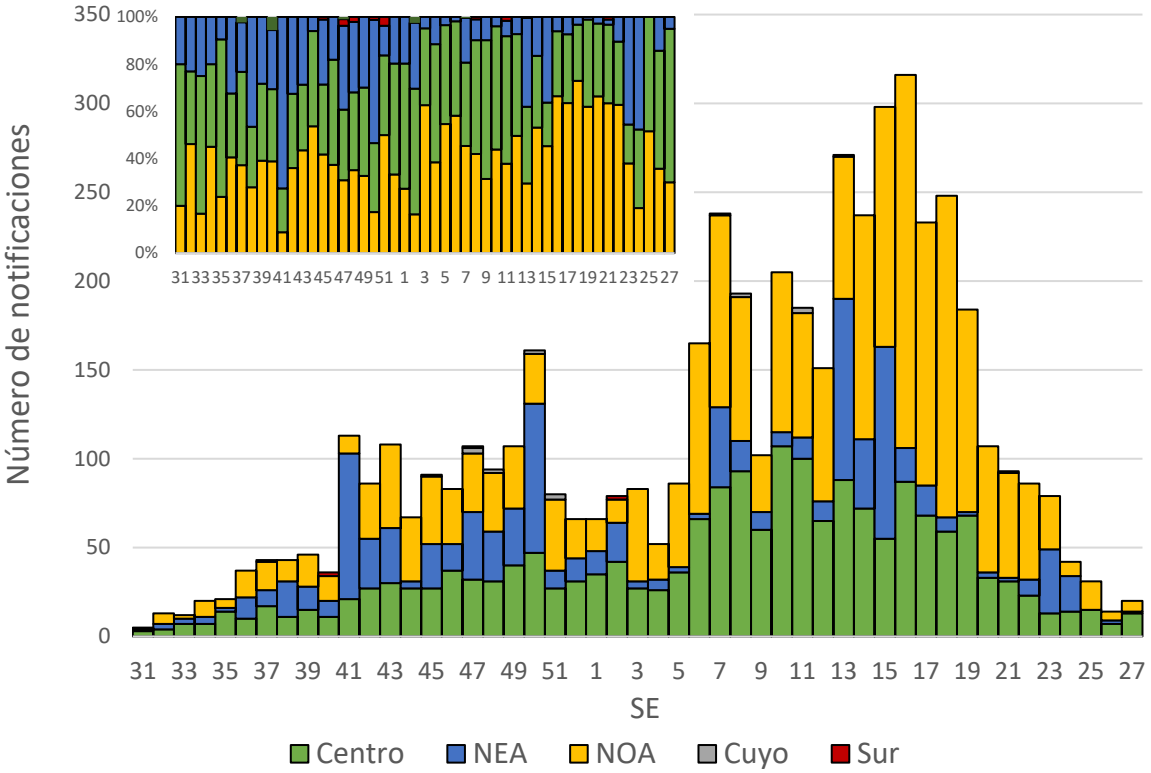
Gráfico 29. Notificaciones *totales de casos sospechosos de dengue en la temporada actual en comparación con temporadas no epidémicas (a) y epidémicas (b)* en Argentina.



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 cuanto a la distribución espacio-temporal de las notificaciones de dengue, si se analiza a lo largo de la temporada actual el número de notificaciones según región por SE, , se observa que el número de notificaciones totales fue en aumento hasta la SE 16, con un aporte repartido entre las regiones NOA, NEA y Centro, aunque la mayor parte de notificaciones provino de la región Centro, particularmente en las últimas SE. Las regiones NOA y Centro representan la mayor proporción de notificaciones por región, con una menor proporción aportada por NEA. En las últimas siete semanas, el 50% de las notificaciones provino del NOA y alrededor del 30%, de la región Centro.

Gráfico 30. Número de notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por región de notificación según SE (31/2021 a 27/2022). 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]).

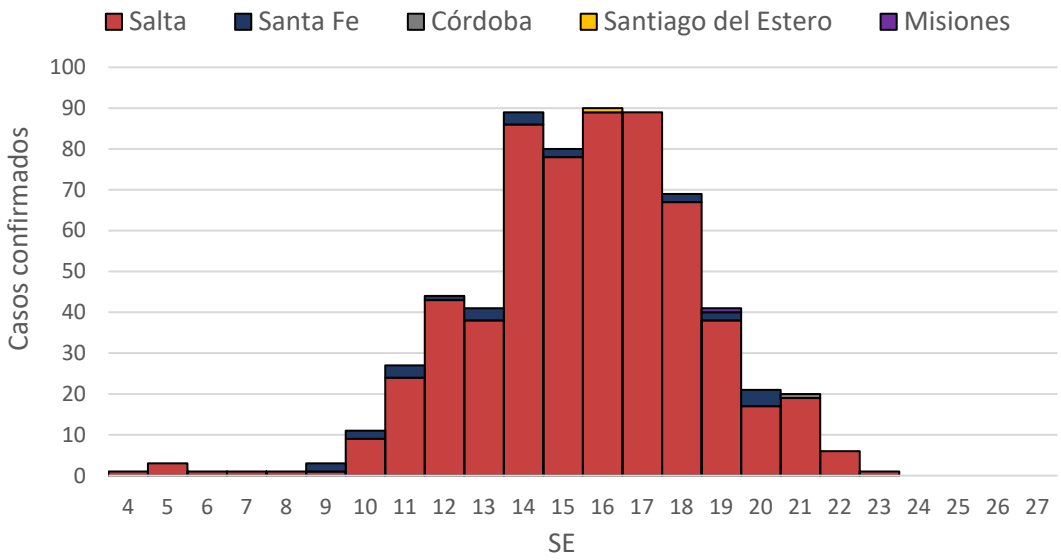
- Del total de casos reportados durante el periodo en estudio, el 15% corresponde a casos confirmados, el 2% a casos probables, el 55% a casos sospechosos no conclusivos, el 19% a casos descartados, y un 8% aún se encuentra en estudio.
- Si bien los casos se distribuyen entre la SE 04 y la SE 23 del 2022, el 62% de los mismos se concentró entre la SE 14 y SE 18 (Grafico 3).
- Salta aportó un 77% de los casos confirmados, seguida por Buenos Aires, con un 11% y Santa Fe, un 3%.
- La región NEA ha registrado, a diferencia de temporadas anteriores, sólo un caso confirmado en la provincia de Misiones.
- La región Cuyo no registró casos en lo que va de la temporada, luego de dos temporadas en las que se registraron algunos casos confirmados sin antecedente de viaje.
- Se estudió el serotipo del 31% de los casos. De ellos, el 89% registró serotipo DEN-2 (Salta, un caso en Córdoba y un caso en Santiago del Estero), y el restante 11%, serotipo DEN-1 (Buenos Aires y Santa Fe).

Tabla 5. Casos confirmados, probables y notificados totales de dengue con y sin antecedente de viaje según provincia de residencia. Total país SE 31/2021 a SE 27/2022.

Provincia	Sin Antecedente de viaje			Con AV a otras provincias		Con AV a otros países		Total notificados	DEN-1	DEN-2	Total con serotipo tipificado
	C	Nexo	P	C	P	C	P				
Buenos Aires	142	3	42	2	0	3	2	560	11	0	11
CABA	0	0	7	0	0	5	0	562	0	0	0
Córdoba	1	0	1	0	0	3	0	185	1	0	1
Entre Ríos	0	0	1	0	0	0	0	141	0	0	0
Santa Fe	23	0	7	0	0	3	0	416	13	0	13
Centro	**166**	**3**	**58**	**2**	**0**	**14**	**2**	**1.864**	**25**	**0**	**25**
Mendoza	0	0	0	1	0	0	1	4	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	0	1	0	10	0	0	0
Cuyo	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**1**	**18**	**0**	**0**	**0**
Chaco	0	0	1	0	0	0	0	209	0	0	0
Corrientes	0	0	1	0	0	0	0	122	0	0	0
Formosa	0	0	8	0	0	0	0	100	0	0	0
Misiones	1	0	3	0	0	0	0	557	0	0	0
NEA	**1**	**0**	**13**	**0**	**0**	**0**	**0**	**988**	**0**	**0**	**0**
Catamarca	0	0	0	1	0	1	0	34	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0	0	0	0	364	0	0	0
La Rioja	0	0	4	0	0	0	0	146	0	0	0
Salta	590	23	40	0	0	5	0	1.683	1	217	218
Sgo. del Estero	1	0	4	3	0	0	0	84	0	1	1
Tucumán	0	0	1	0	0	0	0	116	0	0	0
NOA	**591**	**23**	**49**	**4**	**0**	**6**	**0**	**2.427**	**1**	**218**	**219**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	1	-	-	-
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	2	-	-	-
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	4	-	-	-
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**7**	**-**	**-**	**-**
Total PAIS	**758**	**26**	**120**	**7**	**0**	**21**	**3**	**5.304**	**26**	**218**	**244**

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).

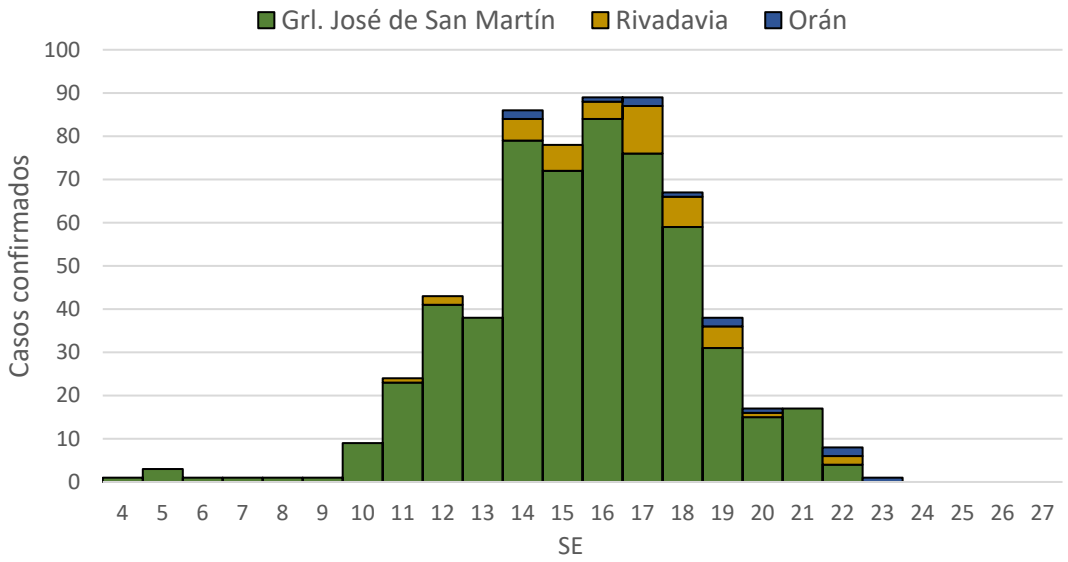
Gráfico 31. Casos confirmados de dengue sin antecedente de viaje según provincia de residencia por semana epidemiológica. SE 04/2022 a SE 27/2022, Argentina.



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

La provincia de Salta presentó sus primeros casos en la localidad de Salvador Mazza, departamento General José de San Martín, en la SE 04/2022. A partir de la SE 10, se observó un incremento de los casos en el departamento hasta la SE 21, donde los casos comenzaron a descender. Durante este período, tres localidades evidenciaron circulación viral, con 392 casos en Profesor Salvador Mazza, 97 en Tartagal y 54 en Aguaray. El departamento de Rivadavia presentó menor cantidad de casos (entre SE 11 y 22), con dos localidades afectadas: Santa Victoria Este (25 casos) y Rivadavia (17 casos). Por último, el departamento de Orán presentó 12 casos entre las SE 14 y 23, 9 de ellos en San Ramón de la Nueva Orán. No se registran casos en la provincia desde la SE 23.

Gráfico 32. Casos confirmados de dengue sin antecedente de viaje según departamento de residencia por semana epidemiológica. SE 04/2022 a SE 27/2022, Salta.



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 la provincia de Buenos Aires se notificaron 145 casos, de los cuales 129 corresponden a un brote registrado en varias localidades del partido de La Matanza entre la SE 04 y 20/2022. El resto de los casos se distribuyen en los departamentos de Morón, Ituzaingó, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Morón, Merlo y San Fernando.

La provincia de Santa Fe registró un pequeño brote en la localidad de Rafaela, con 19 afectados en total en el departamento de Castellanos entre las SE 09 y 20.

En cuanto a casos importados, fueron confirmados 21 casos con antecedente de viaje al exterior del país. De ellos, 13 a Brasil, 5 a Bolivia, uno a México, uno a Maldivas y uno a Costa Rica. Entre los casos con antecedente de viaje, se registró el serotipo DEN-2 en los casos provenientes de Brasil y Bolivia y DEN-1 en los provenientes de México, Maldivas y Brasil. En cuanto a los casos importados entre provincias, se registran casos en Santiago del Estero provenientes de Salta, un caso en Mendoza proveniente de Misiones y un caso en Catamarca proveniente de Salta.

En la provincia de Buenos Aires se notificaron 145 casos confirmados sin antecedente de viaje, de los cuales 129 corresponden a un brote registrado en varias localidades del partido de La Matanza entre la SE 04 y 20/2022. El resto de los casos se distribuyen en los departamentos de Morón, Ituzaingó, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Morón, Merlo y San Fernando.

INFORMACIÓN NACIONAL DE OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE27

Entre la SE 31/2021 y 27/2022, se notificaron 764 casos estudiados para Encefalitis de San Luis, Enfermedad por Virus de Zika, Síndrome congénito con sospecha de asociación con ZIKV, SGB u otros síndromes neurológicos con sospecha de asociación de ZIKV, Fiebre del Nilo Occidental, Fiebre Chikungunya y Fiebre Amarilla.
Dentro de los casos estudiados, **se confirmaron cuatro casos de Encefalitis de San Luis, dos en Entre Ríos (SE 03 y 04), uno en Córdoba (SE 04) y uno en Santa Fe (SE 09)**. A su vez, se registraron

siete casos de probable flavivirus, tres en Córdoba (SE 12, 17 y 18), dos en CABA (SE 07), uno en Corrientes (SE 19) y uno en Buenos Aires (SE 22). Para el restante de casos, el 78% presentó pruebas de laboratorio negativas y el 17% se encuentran en estudio.
Para el mismo período, no se registraron casos humanos ni de epizootias en primates no humanos de Fiebre Amarilla.

INFORMACIÓN REGIONAL DEL DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE27

Dengue, Zika y Chikungunya en países limítrofes

Durante el 2022, a SE 27/2022, se registraron en Bolivia, Brasil, Paraguay y Argentina los serotipos DEN-1 y DEN-2. Además, se registró también circulación del serotipo DEN-4 en Brasil. Uruguay presenta 7 casos confirmados y Chile no registra casos de dengue (Tabla 6).

Tabla 6. Casos totales, confirmados por laboratorio y tasas de incidencia cada 100.000 hab. de dengue. Muertes y tasas de letalidad cada 100mil hab., según país*. SE 01/2022 a 26/2022.

País	Última actualización	Serotipos circulantes	Total casos	Tasa de incidencia	Confirmados laboratorio	Muertes	Letalidad
Brasil	SE 25	DEN 1, 2 y 4	1.716.898	802,32	845.723	669	0,039
Bolivia	SE 19	DEN 1 y 2	6.592	55,71	2.514	4	0,061
Paraguay	SE 2	DEN 1 y 2	4.249	58,85	136	0	0,000
Uruguay	SE 20	-	29	0,83	7	0	0,000

*Se excluyen de la tabla a los países limítrofes Chile, donde no hay circulación viral de dengue y Uruguay ya que no registra casos de dengue en el presente año.
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente de la Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA) y del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$).

El estado de Rio Grande do Sul en Brasil emitió una alerta máxima contra el dengue el día 20 de abril de 2022. A la SE 26/2022 se han confirmado 49.000 casos autóctonos correspondientes a este año y 59 fallecimientos.

En cuanto a otras arbovirosis, Brasil, Bolivia y Paraguay registran casos de Fiebre Chikungunya; y Brasil y Bolivia de Enfermedad por virus Zika. En ambos eventos la mayor cantidad de confirmados se concentra en Brasil. (Tabla 7).

Tabla 7. 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 26/2022.

	Fiebre Chikungunya			*Enfermedad por virus de Zika*		
País	Última actualización	Confirmados por laboratorio	Muertes	Última actualización	Confirmados por laboratorio	Muertes
Brasil	SE 25	64.971	30	SE 24	1.302	0
Bolivia	SE 19	9	0	SE 19	2	0
Paraguay	SE 25	107	0	SE 25	0	0
Argentina	SE 27	0	0	SE 27	0	0

*Se excluyen de la tabla a los países limítrofes Chile y Uruguay donde no hay circulación de los virus Zika y Chikungunya.
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente de la Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA) y del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$).

Fiebre Amarilla

En cuanto a la situación de la Fiebre Amarilla en países limítrofes, no se registraron casos en lo que va del año 2022. A lo largo del año 2021 se han registrado únicamente casos en Brasil y Bolivia.

Situación en Brasil

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

Para el período de estudio (de julio a 2021 a junio del presente año), en Santa Catarina se notificaron 154 epizootias en primates no humanos. En cuanto a casos humanos, para el mismo período, se notificaron 97 casos sospechosos, de los cuales 96 fueron descartados y uno confirmado con evolución fatal y antecedente de viaje al norte de Brasil. Del total de los casos registrados en este período, 63 corresponden al presente año.

En el año 2022 el Estado de Rio Grande Do Sul notificó cuatro casos sospechosos de fiebre amarilla que se concluyeron como descartados. Hasta la SE 02/2022, se ha registrado 267 casos sospechosos de epizootias, ninguno de ellos transcurrido durante el 2022[12].

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

CONCLUSIONES

Desde el inicio de la temporada actual (SE 31/2021 a la fecha), se registran 791 casos autóctonos confirmados de dengue.

A lo largo del país, no se registra evidencia de circulación viral, habiéndose presentado el último caso confirmado por laboratorio cuatro semanas atrás, sin vínculo epidemiológico con otros casos. Se refuerza en este contexto la importancia de la vigilancia por laboratorio para el cierre de casos mediante pruebas moleculares que permitan determinar la circulación actual del virus en las zonas afectadas.

Además, durante esta temporada se han registrado pocos casos importados entre provincias y de otros países, lo cual pudo haber favorecido a una lenta propagación de virus.

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

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.

[12] *Informativo Epidemiológico de Arboviroses, Setembro de 2021, SE 40/2021. https://www.cevs.rs.gov.br/dengue-chikungunya-zika-virus*

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).

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA

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

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

Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria 2022

ACTUALIZACIONES DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA: INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN A MONÓXIDO DE CARBONO

INTRODUCCIÓN

En Julio del 2022 se difundió entre las DIrecciones de Epidemiología jurisdiccionales, y Referentes de programas y Laboratorios Nacionales el *Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria* consensuado en el último Encuentro Federal de Epidemiología de diciembre del 2021.

Entre los eventos actualizados, el Grupo de Eventos *Intoxicaciones* incorporó varios cambios, entre ellos, en la modalidad de notificación del evento ***Intoxicación/exposición a Monóxido de Carbono***. Asimismo, **se actualizó la Ficha de notificación del evento.**

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El monóxido de carbono (CO) constituye una de las principales causas de muerte por envenenamiento para todas las edades, tanto en nuestro país como en el mundo. Cada año mueren en Argentina aproximadamente 200 personas como consecuencia de las intoxicaciones agudas por monóxido de carbono (CO), y se estima que ocurren 40000 casos clínicos. En su gran mayoría son el resultado de exposiciones no intencionales intradomiciliarias a diversas fuentes de combustión, y constituyen eventos prevenibles. Están relacionadas con la contaminación en el ámbito doméstico, derivada principalmente de las actividades diarias como cocinar y calefaccionarse en ambientes mal ventilados, o laboral así como también con la contaminación ambiental producto de las emisiones industriales y del parque automotor. Las personas gestantes, lactantes, niños pequeños, personas mayores y las que sufren de anemia, problemas cardíacos o respiratorios pueden ser mucho más sensibles al CO.

La morbilidad presenta un problema significativo, con secuelas cognitivas luego de una intoxicación aguda grave, así como las cefaleas persistentes y el deterioro cognitivo en exposición crónica. La vigilancia de la aparición de casos de intoxicación por estos agentes permite detectar su ocurrencia y posibilita el seguimiento de los mismos, así como la detección precoz de las posibles fuentes de emisión de dichos compuestos al ambiente con riesgos para la población. La vigilancia de la aparición de casos de intoxicación por CO permite detectar su ocurrencia y posibilita el seguimiento de los mismos, así como la detección precoz de las posibles fuentes de emisión al ambiente con riesgos para la población.

Fuentes probables de Intoxicación/Exposición

El CO es un gas inodoro, incoloro, insípido, no irritante que se produce a partir de la combustión incompleta de gas natural u otros productos que contengan carbono. Estas características hacen que no sea percibido por los sentidos y que la persona expuesta no presente ninguna reacción de defensa; facilitando el proceso de intoxicación por inhalación.

El CO se genera por la combustión incompleta de carbón, gasolina, kerosén, petróleo, propano (gas domiciliario o de garrafa) y madera. Estos elementos se utilizan en: • Motores de automóviles y otros motores nafteros o a kerosén (cortadoras de césped, motosierras, equipos electrógenos, triciclos, cuatriciclos, etc.). • Parrillas y braseros de carbón de leña utilizados para calentar las habitaciones al dormir o cocinar (frecuente causa de muerte en sectores humildes o rurales). • Sistemas de calefacción portátiles o para interiores sin tiro balanceado o sin mantenimiento. • Calefones, termotanques, calderas y otros calentadores de agua que utilicen

gas natural, en lugares cerrados no ventilados. • Incendios donde estén involucrados estos materiales.

El CO proveniente de estas fuentes puede acumularse en lugares cerrados o semicerrados. El monóxido de carbono ingresa al organismo a través de las vías respiratorias. Reduce la capacidad de la sangre para transportar oxígeno e interfiere también con la capacidad de las células para utilizar todo el oxígeno que les llega. La falta de oxígeno afecta principalmente al cerebro y al corazón. La toxicidad varía de una persona a otra, pero quienes están en mayor riesgo son los fetos durante el embarazo, los recién nacidos y niños pequeños, ancianos, personas con enfermedad cardíaca, pulmonar o anemia, personas en grandes altitudes y fumadores.

MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN

Evento SNVS	*Modalidad*	*Estrategia / Componente*	*Periodicidad*
Intoxicación/exposición a Monóxido de Carbono	Individual	Universal/Clínico/laboratorio/Epidemiología	Semanal

Definición de brote: Episodio en el cual dos o más personas presentan un cuadro clínico compatible con intoxicación aguda por monóxido de carbono en un mismo lugar o zona geográfica y donde se compruebe la exposición efectiva al agente causal.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso CO: toda persona con antecedentes de exposición a CO, que no presente síntomas al momento de la consulta.

Caso confirmado CO: toda persona con antecedentes de exposición a CO, con síntomas atribuibles, con o sin niveles de carboxihemoglobina superior a los valores de referencia, en el momento del diagnóstico.

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

Alertar en forma temprana ante la ocurrencia de casos de Intoxicación por CO para:

- Brindar tratamiento precoz a los afectados.
- Identificar la o las fuentes, buscar activamente otros casos asociados de exposición a la misma fuente, para la prevención, el monitoreo o la detección y el tratamiento precoz de los casos.
- Fomentar el cumplimiento estricto de la legislación nacional y provincial y de la normativa complementaria emitida por las autoridades de aplicación, ya sea en el ámbito laboral (Superintendencia de Riesgos del Trabajo y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social), en el ámbito doméstico (ENARGAS y normativa jurisdiccional), o en el ambiente (normativa de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable o autoridad ambiental jurisdiccional).
- Gestionar campañas de prevención para la comunidad

MEDIDAS PREVENTIVAS

Para prevenir la intoxicación por monóxido de carbono es elemental el control de las instalaciones y el buen funcionamiento de artefactos, así como es importante mantener los ambientes bien ventilados. El ENARGAS impulsa medidas tales como:

- Campañas publicitarias y educativas de prevención
- Incorporación de nuevos dispositivos de seguridad en los artefactos de gas: en los calefactores sin chimenea el piloto analizador de atmósfera y en todos los artefactos con chimenea, piloto analizador de atmósfera o sensor de temperatura en zonas de gases de combustión.

- Revisión periódica de los artefactos a gas por personal matriculado a través de diferentes resoluciones: la verificación durante las revisiones de funcionamiento de los artefactos, la calidad de la llama, los conductos de evacuación de los productos de la combustión y las aberturas para reposición de aire, además de la correcta ubicación de los artefactos.
- Inspección de seguridad en las escuelas

MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Nivel Individual:

- Ventilar el lugar inmediatamente.
- Retirar al intoxicado y trasladarlo a un espacio abierto donde pueda respirar aire fresco. - Si hay disponibilidad, colocar oxígeno por máscara de no reinhalación o por cánula lo más pronto posible.
- No dar alimentos o bebidas por el riesgo de broncoaspiración.
- El tratamiento se realiza con oxígeno al 100% o cámara hiperbárica. También se tratan las complicaciones en caso de ser necesario.

Nivel comunitario:

Una vez identificada la fuente se realizará la comunicación de los resultados y de las recomendaciones a los grupos de interés. Si se tratara de instalaciones de gas defectuosas, se dará intervención al Ente Regulador y a la distribuidora local.

- Determinar si otras personas han estado expuestas.
- Proveer información básica acerca de la intoxicación por CO a los contactos del caso

Medidas ante brotes

-Gestionar la investigación y control del brote

PARA MÁS INFORMACIÓN Y LINKS DE INTERÉS:

Ficha de recolección de datos para la notificación: https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas

Guía de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica de las intoxicaciones por monóxido de carbono (2016): https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-prevencion-diagnostico-tratamiento-y-vigilancia-epidemiologica-de-las-0

Coordinación de Salud Ambiental del MSAL: dsab@msal.gov.ar

primero la gente



Ministerio de Salud
Argentina