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



BOLETIN EPIDEMIOLOGICO NACIONAL

SEMANA EPIDEMIOLOGICA

29

NUMERO 611
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 13

Alertas y otros documentos de difusión 17

EVENTOS PRIORIZADOS 18

Vigilancia de Infecciones respiratorias agudas 19

Informes especiales 21

Vigilancia de Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) 22

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA 27

Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria 28

Actualizaciones de eventos de notificación obligatoria: Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola y doméstico 29

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
Agustina Iovane
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
Natalia Garatti

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)
Isabel Chinen y Elizabeth Miliwebsky (LNR de SUH y diarreas por STEC, INEI-ANLIS)

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: 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 Buenos Aires.

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES

VIRUELA SÍMICA

SITUACIÓN NACIONAL AL 27/07/2022

23
Casos confirmados reportados

0
Personas fallecidas en el país

- ✓ Hasta el 27 de julio se confirmaron 23 casos. Del total de casos confirmados, 20 (87%) presentaron antecedentes de viaje fuera del país previo al inicio de los síntomas. De los tres casos sin viaje, dos tuvieron contacto sexual con personas que regresaban de un viaje internacional y uno con parejas desconocidas sin poder precisar si tenían antecedente de viaje.
- ✓ El 56.5% de los casos confirmados posee residencia en CABA y el 26% en Buenos Aires.
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 36 años con un mínimo de 24 años y un máximo de 47 años. El 100% de los casos son de sexo masculino.
- ✓ Los síntomas más frecuentes fueron exantemas vesiculares, fiebre y linfoadenopatías fueron los síntomas más frecuentes.
- ✓ De los casos confirmados que tienen información (14), 11 tienen status de HIV positivo y 3 negativos.
- ✓ Del total de los casos confirmados, 17 refieren contactos sexuales con otros hombres y en los restantes 5 se desconoce el dato.

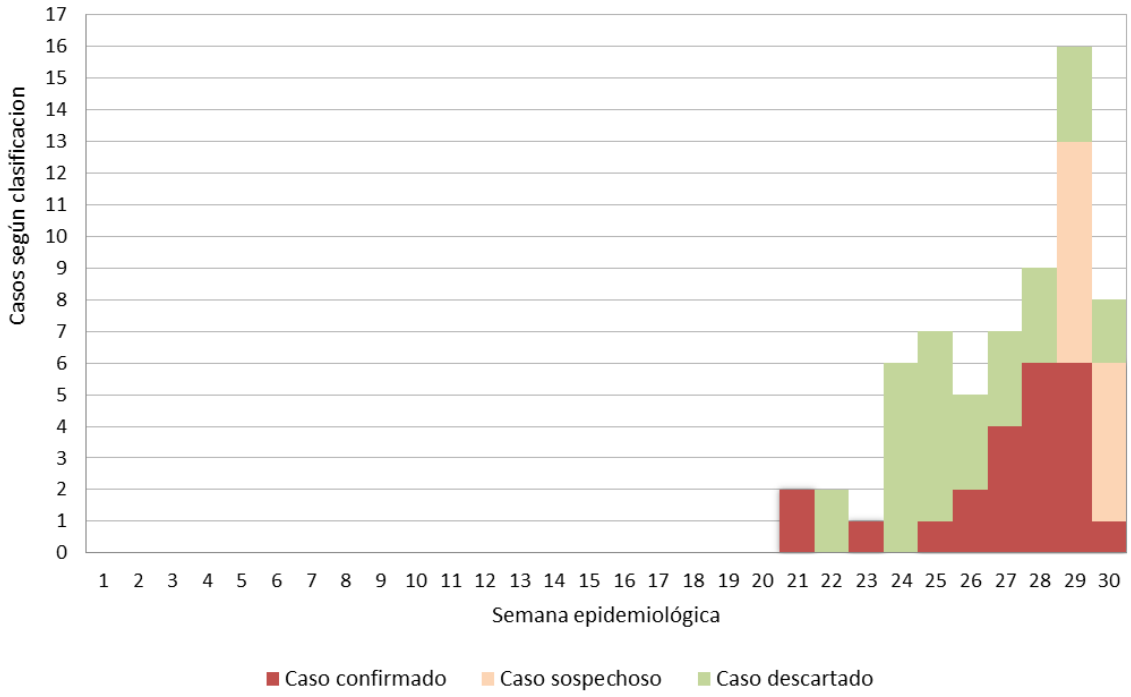
Tabla 1. Casos totales notificados según clasificación manual y provincia de residencia. Argentina. Actualizada al 27-7-22.

Provincia de residencia	Confirmado*	Sospechoso	Descartado	Total
CABA	13	4	13	30
Buenos Aires	6	5	8	19
Córdoba	3	2	1	6
Mendoza	1	-	1	2
Chaco	-	-	1	1
La Pampa	-	-	1	1
Neuquén	-	-	1	1
Río Negro	-	-	1	1
San Juan	-	-	1	1
Santa Fe	-	1	-	1
Total	**23**	**12**	**28**	**63**

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0
**Un caso fue confirmado por criterio clínico epidemiológico porque no pudo estudiarse por laboratorio y los 22 restantes por pruebas moleculares.*

El 82.5% de los casos residen de forma habitual en CABA y provincia de Buenos Aires.

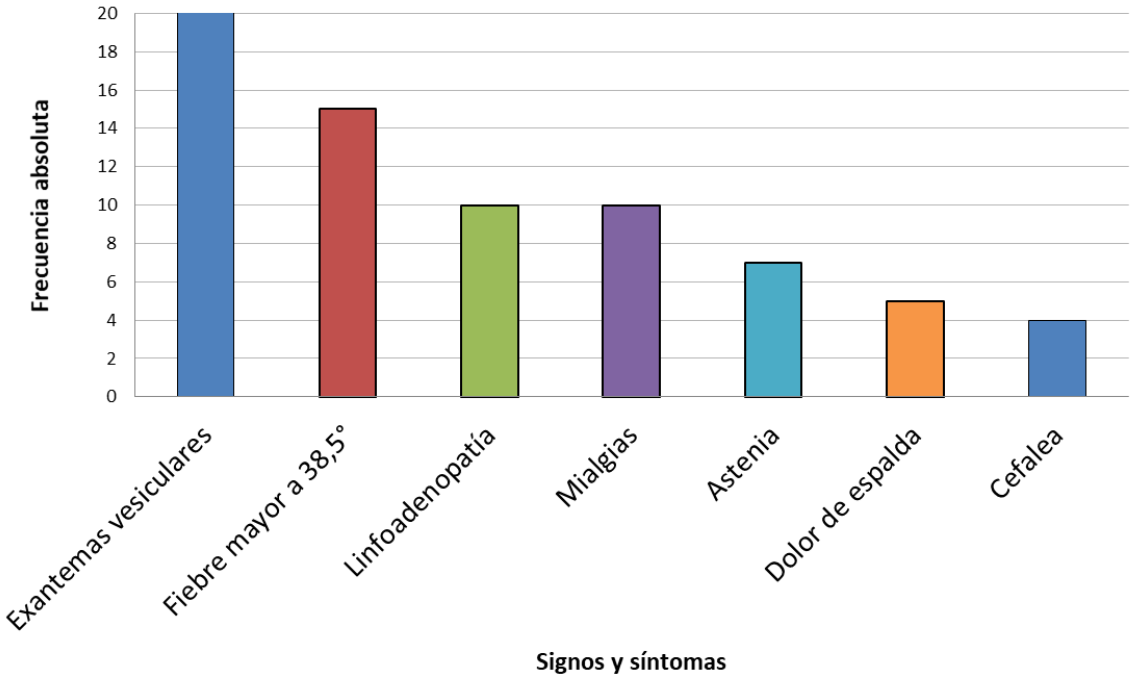
Gráfico 1. Casos notificados de viruela símica según clasificación y semana de notificación. Argentina. Actualizado al 27/7/2022 (n=63)



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

Diecisiete de los 23 casos se dieron en las últimas 4 semanas (contando la semana en curso, aún no finalizada).

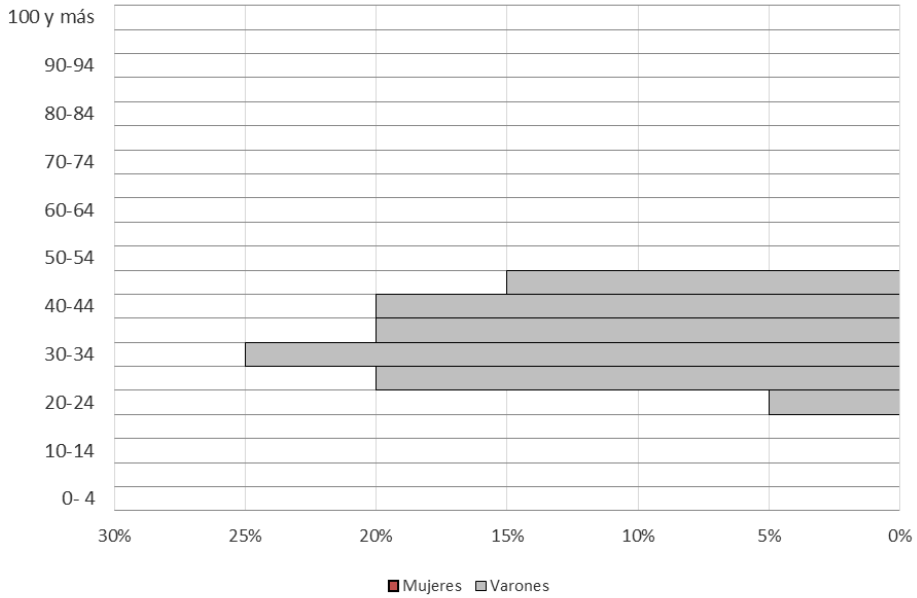
Gráfico 2. Viruela símica: frecuencia absoluta de signos y síntomas en casos confirmados (n=23) Actualizado al 27/7/2022 (n=23)



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

Los casos se caracterizaron principalmente por la presencia de exantemas vesiculares, en varios casos pocas lesiones en diferentes localizaciones incluyendo genitales, perianales, manos, torso y cara.

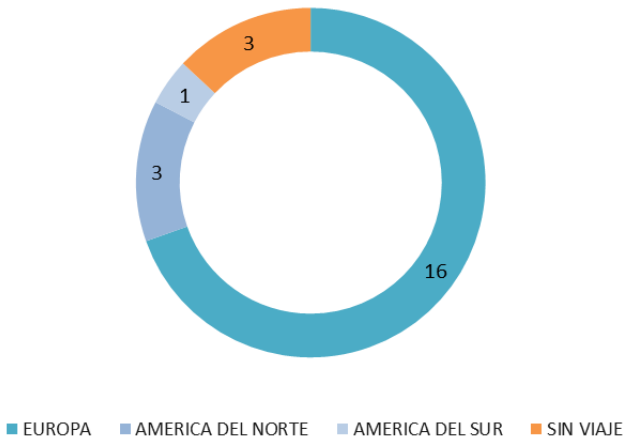
Gráfico 3. Casos confirmados de viruela símica según sexo y grupos de edad. Actualizado al 27/7/2022 (n=23)



Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del SNVS2.0

El 100% de los casos confirmados hasta el momento en Argentina se dieron en hombres con una mediana de 36 años, con un mínimo de 24 años y otro de 47 años. No obstante se recuerda que la viruela símica puede afectar a cualquier persona que entre en contacto con una persona enferma de viruela símica, principalmente si tiene contacto físico directo, o con materiales contaminados.

Gráfico 4. Casos confirmados de viruela según antecedentes epidemiológicos y región de viaje. Actualizado al 27/7/2022 (n=23).



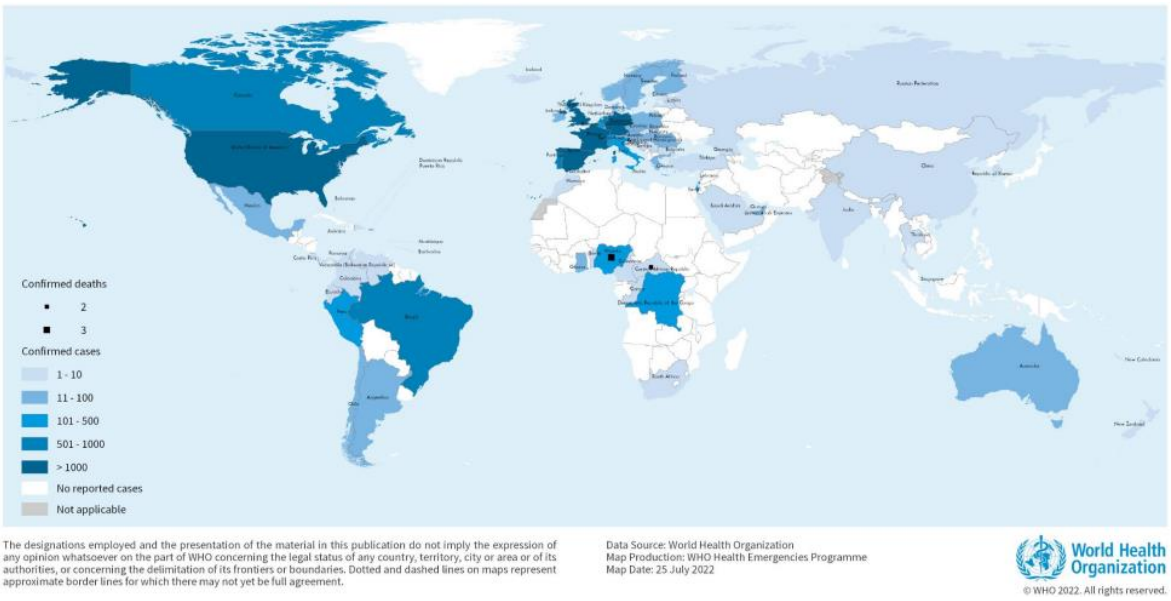
Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del SNVS2.0

De los 23 casos registrados hasta el momento, 20 refieren antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas y los tres restantes habrían tenido contacto sexual con viajeros. Hasta el momento no se registraron casos secundarios (casos entre contactos estrechos[1]).

SITUACIÓN INTERNACIONAL

16.016	75	5
Casos confirmados reportados a OMS al 22 de julio de 2022	Países afectados	Personas fallecidas
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: https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-monkeypox--external-situation-report--2---25-july-2022

Desde el 1 de enero hasta el 22 de julio de 2022, se han registrado un total de 16.016 casos de viruela símica confirmados por laboratorio y cinco muertes en 75 países/territorios/áreas en las seis Regiones de la OMS (tabla 2). La mayoría de los casos informados en las últimas cuatro semanas

[1] Un caso era contacto de otro pero se lo considero co-primario dado que estuvo expuesto al mismo riesgo durante un viaje fuera del país.

fueron notificados por la Región Europea de la OMS (72%, 8.004 de los 11.104 totales) y la Región de las Américas (26%, 2.841 de los 11.104 totales). (Grafico 3)

Al 22 de julio, los diez países que han informado el mayor número acumulado de casos a nivel mundial son España (n=3125), Estados Unidos (n=2316), Alemania (n=2268), Reino Unido Bretaña (n=2137), Francia (n=1453), Países Bajos (n=712), Canadá (n=615), Brasil (n=592), Portugal (n=588) e Italia (n=374). Juntos, estos países suman el 89% de los casos reportados a nivel mundial hasta la fecha.

Tabla 2. Casos por región reportados a OMS hasta el 22 de julio del 2022.

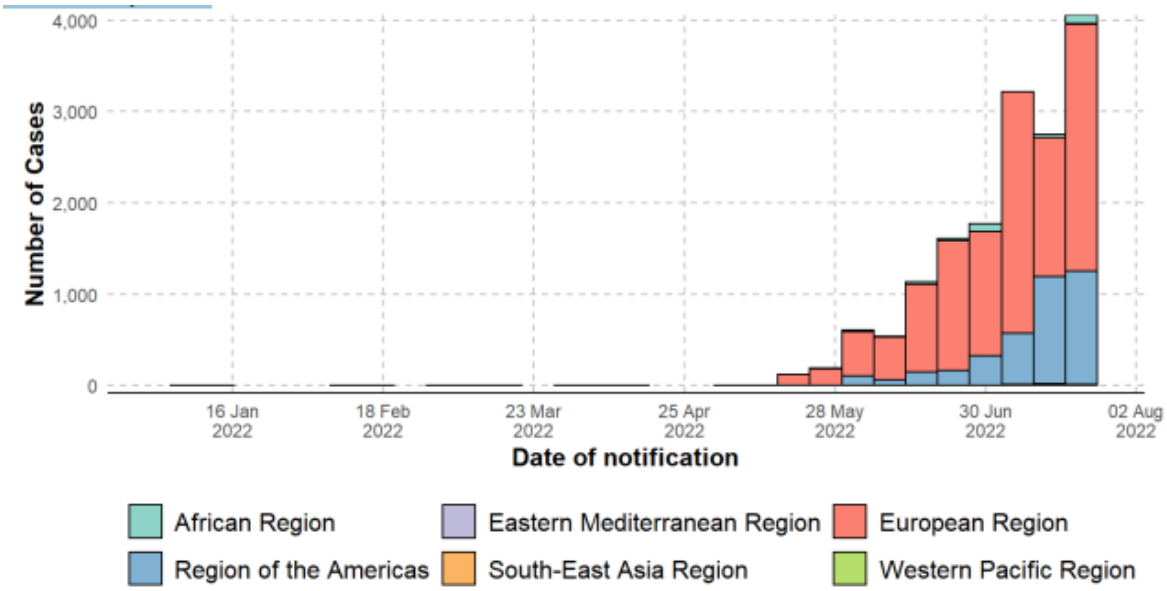
Región de la OMS	Casos	Muertes
Región de África	301	5
Región de las Américas	3 772	0
Región del MediterráneoOriental	21	0
Región de Europa	11 865	0
Región del Sudeste Asiático	3	0
Región del Pacífico Occidental	54	0
Acumulado	16 016	5

Fuente: Multi-country outbreak of monkeypox, External situation report 2

Según el reporte de la Organización Panamericana de la Salud emitido el 25 de julio del corriente año los datos sobre sexo están disponibles para el 73% (11.740/16.016) de los casos. De estos, el 99% (11.613/11.740) son hombres, y la mediana de edad: 36 años (RI: 31-43). Varones entre 18-44 años de edad: 77% de los casos. Menos del 1% (81/11.787) tienen entre 0 y 17 años.

Según OMS Entre los casos con orientación sexual informada, el 98 % (5.470/5.561) se identificó como gay, bisexual y otros hombres que tienen sexo con hombres. No obstante, toda persona que entre en contacto con una persona enferma de viruela sìmica o con puede contrar la infección 41% (1.873/4.614) de los casos con estatus de VIH informado fueron positivos para VIH. Hasta la fecha se han reportado 319 casos de trabajadores de la salud. Sin embargo, la mayoría informó estar infectado en la comunidad, y se están realizando más investigaciones para determinar si las infecciones restantes se debieron a la exposición ocupacional.

Gráfico 5. Casos confirmados de viruela símica según fecha de notificación y Región de la OMS, hasta el 22 de julio de 2022.



Fuente: Multi-country outbreak of monkeypox, External situation report 2

El día 23 de julio la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido a la rápida propagación del virus, en al menos 75 países y territorios, declaró que **el brote actual de viruela símica constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional**, según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005.

HEPATITIS AGUDA GRAVE DE ORIGEN DESCONOCIDO

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA AL 27/07/2022

6
Casos probables notificados

1
Casos probables fallecidos

2
Casos probables trasplantados

22
Casos descartados

22
Casos pendientes de notificación

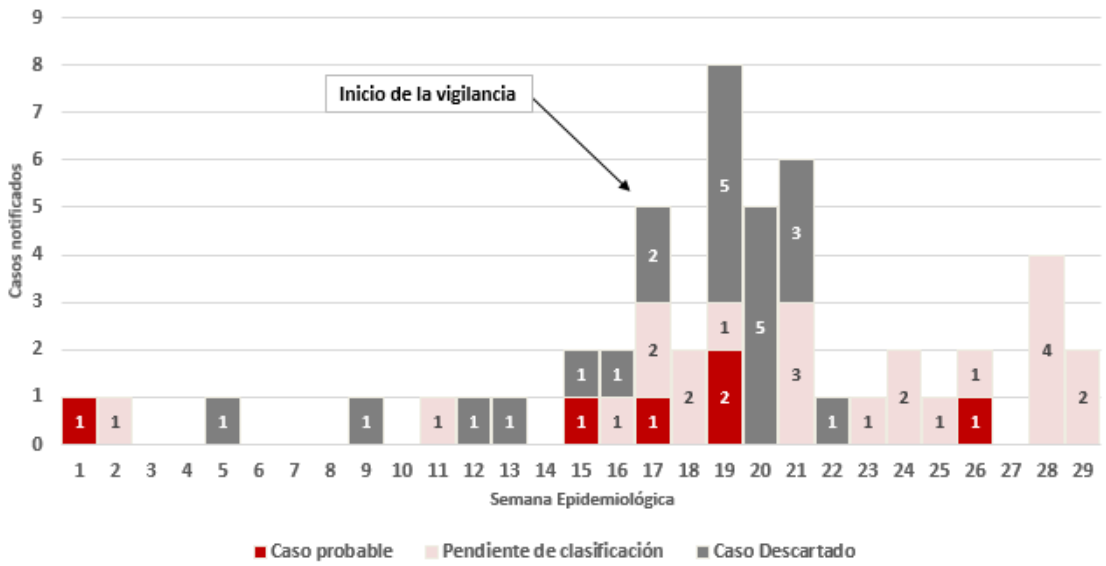
4
Media de edad (Min 0 – Max 8)

Tabla 3. 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	Pendientes de clasificación
Buenos Aires	24	1	14	9
CABA	4			4
Catamarca	1			1
Chaco	1			1
Chubut	2	1	1	
Córdoba	1		1	
Corrientes	2		2	
La Pampa	2			2
Mendoza	2	1		1
Misiones	2	1	1	
Neuquén	2		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	**50**	**6**	**22**	**22**

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 08/07/2022

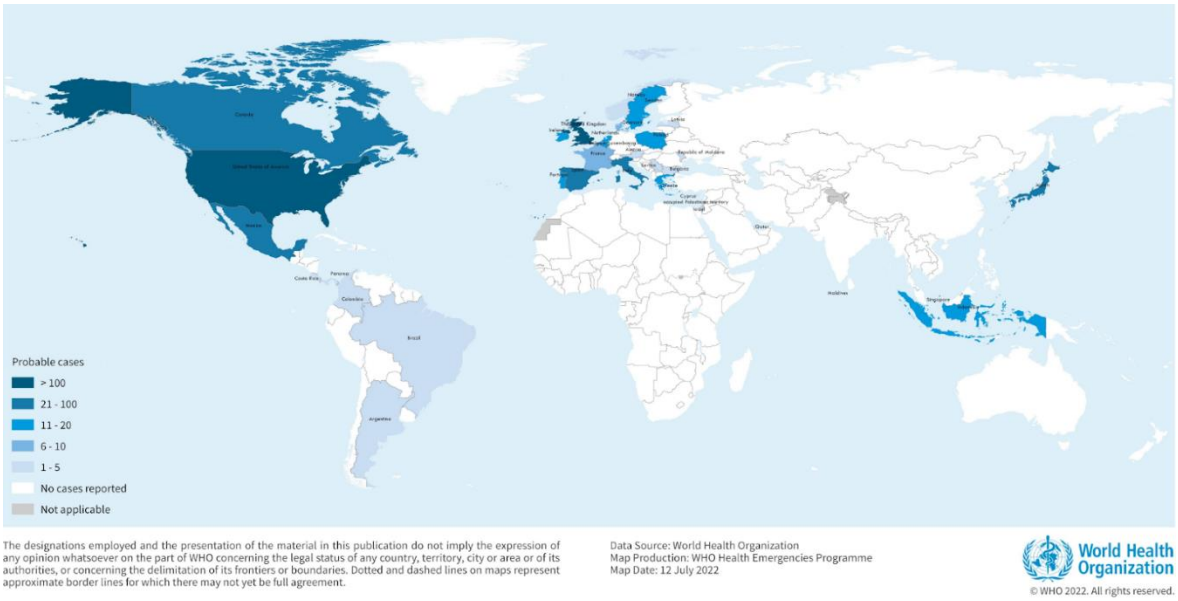
1.010
Casos probables al 8 de julio del 2022

46 (5%)
Casos probables trasplantados

22 (2%)
Fallecidos probables

35
Países en cinco regiones de OMS al 8 de julio de 2022 afectados

Mapa 2. Distribución de casos probables de hepatitis aguda de etiología desconocida en niños/as del 05/04 al 08/07. (N=1.010)

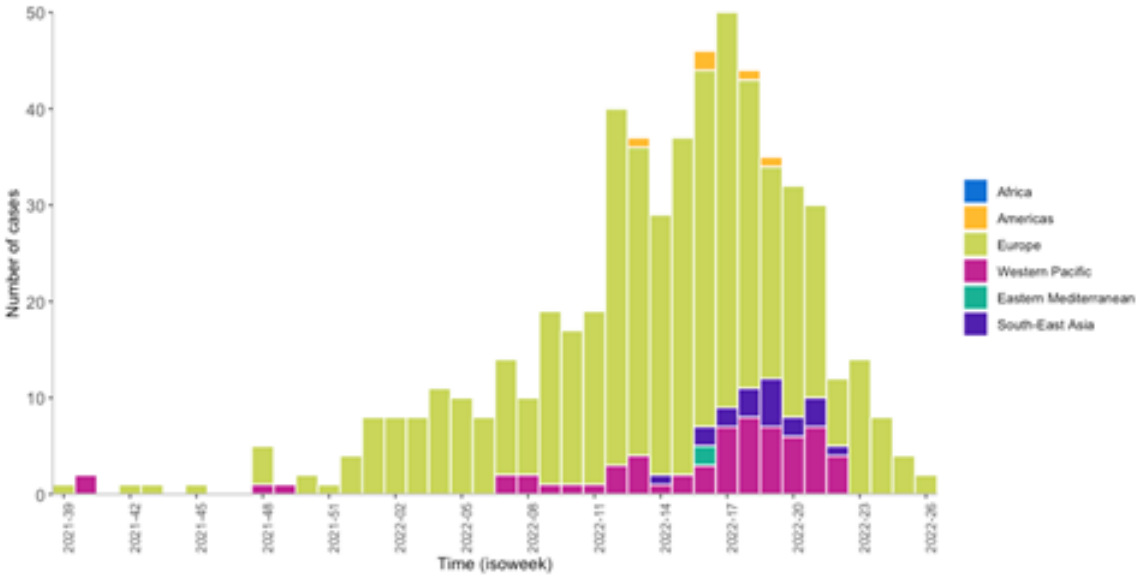


Fuente: [Severe acute hepatitis of unknown aetiology in children - Multi-country (who.int)]

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.

Casi la mitad de los casos probables notificados se notificaron en la Región Europea de la OMS (21 países que notifican 484casos), incluidos 272 casos (27% de los casos mundiales) del Reino Unido. El segundo número más alto de casos probables se notificó en la Región de las Américas (n=435, incluidos 334 casos en los Estados Unidos de América), seguida de la Región del Pacífico Occidental (n=70), la Región de Asia Sudoriental (n=19) y Región del Mediterráneo Oriental (n=2).

Gráfico 7. Curva epidemiológica por región de OMS de casos probables con información disponible al 08/07/22.



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

ACTUALIZACIÓN DEL BROTE DE SARAMPIÓN EN VICENTE LÓPEZ, PROVINCIA DE BUENOS AIRES

El 7 de julio un efector público de la provincia de Buenos Aires notificó al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud un caso de enfermedad febril exantemática, sospechoso de sarampión, iniciándose la investigación epidemiológica y acciones de control. El caso tuvo un primer estudio positivo en laboratorio de la red provincial y fue luego confirmado por el laboratorio de referencia del INEI-ANLIS el día 11 de julio a partir de la detección del genoma viral del virus del sarampión por pruebas moleculares.

Se trata de una niña de 2 años residente del partido de Vicente López, Región Sanitaria V de la provincia de Buenos Aires, que recibió una dosis de vacuna triple viral en septiembre de 2021. Las autoridades municipales, de la Región Sanitara, del nivel central provincial y nacional trabajan en conjunto en la investigación y seguimiento.

Hasta el momento no se identificaron nuevos casos.

Todos los contactos identificados se encuentran en seguimiento, Dos de ellos, compañeros del jardín, han presentado sintomatología compatible con sarampión y han sido estudiados por laboratorio. El primer caso fue descartado mediante pruebas moleculares y de anticuerpos por el laboratorio de referencia. El segundo caso había sido vacunado en las acciones de bloqueo y registra resultados negativos de PCR e IgM en muestras tempranas (se requieren estudios en muestras de más días de evolución que permitan descartar la infección).

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

39.656

Casos de COVID-19 informados durante la semana en la población general.

En la SE 28 se registra un ascenso de los casos informados de 25% respecto a la SE previa (ascenso de 7.811 casos).

16%

Descenso de los fallecimientos en comparación a la semana previa (según fecha de fallecimiento)[1].

11.774

Casos de COVID-19 registrados en la última semana en población de 50 años y más (según fecha de inicio del caso[2]).

En la SE 28 se registra un aumento de 4% respecto a la SE previa[3] (aumento de 495 casos).

25,45%

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

57

Fallecidos informados la última semana

6.76%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio.

26

Fallecimientos acontecidos en la última semana.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 27/2022

- ✓ Entre la SE01-27 de 2022 se registraron 580.205 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 89.519 casos de Neumonía, 97.501 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 20.959 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ Hasta la SE28 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

[2] La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

[3] Para el cálculo se consideraron los datos correspondientes a la semana previa registrados a la SE del presente informe. Cabe destacar que los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones debido a la demora en el proceso de diagnóstico y notificación de los casos.

de 21.57%, 10.17% y 6.82%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, desciende para influenza y VSR.

- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE23-28 el porcentaje de positividad para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 13.99%, 3.40% y 37.76%, respectivamente. Se observa un ascenso de la positividad para influenza y VSR, en comparación con la semana previa.
- ✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de VSR, influenza, metapneumovirus, adenovirus y parainfluenza.
- ✓ Hasta la SE 28 de 2022 se registraron 95 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

9.465.827

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 16 de julio de 2022

129.202

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 16 de julio de 2022.

92,1%

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

82,2%

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

45,1%

De la población argentina recibió el primer refuerzo. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 56,8% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es del 70,3%.

90,4%

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

92,3%

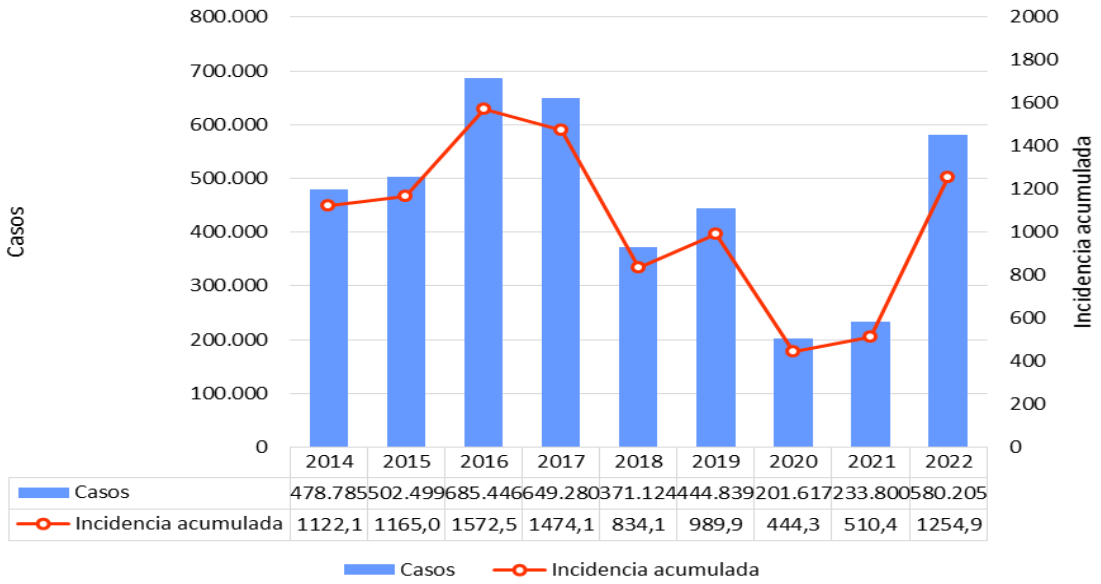
De la población de 50 y más años recibió dos dosis contra la COVID-19.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En las 27 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 580.205 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1254,9 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 27 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 7).

Gráfico 7: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 27 – Año 2014-2022 Argentina.



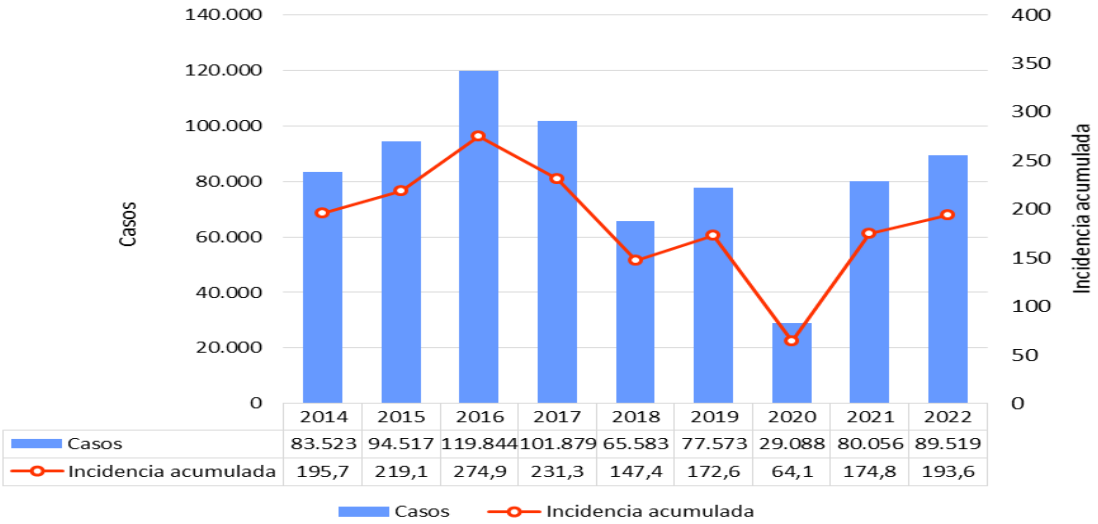
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

En las 27 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 89.519 casos de Neumonía, con una tasa de incidencia acumulada de 193,6 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 27 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 8).

Gráfico 8: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a SE27– Año 2014-2022. Argentina. [4]



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Casos	83.523	94.517	119.844	101.879	65.583	77.573	29.088	80.056	89.519
Incidencia acumulada	195,7	219,1	274,9	231,3	147,4	172,6	64,1	174,8	193,6

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 (SNVS) C2 y SNVS 2.0

BRONQUIOLITIS

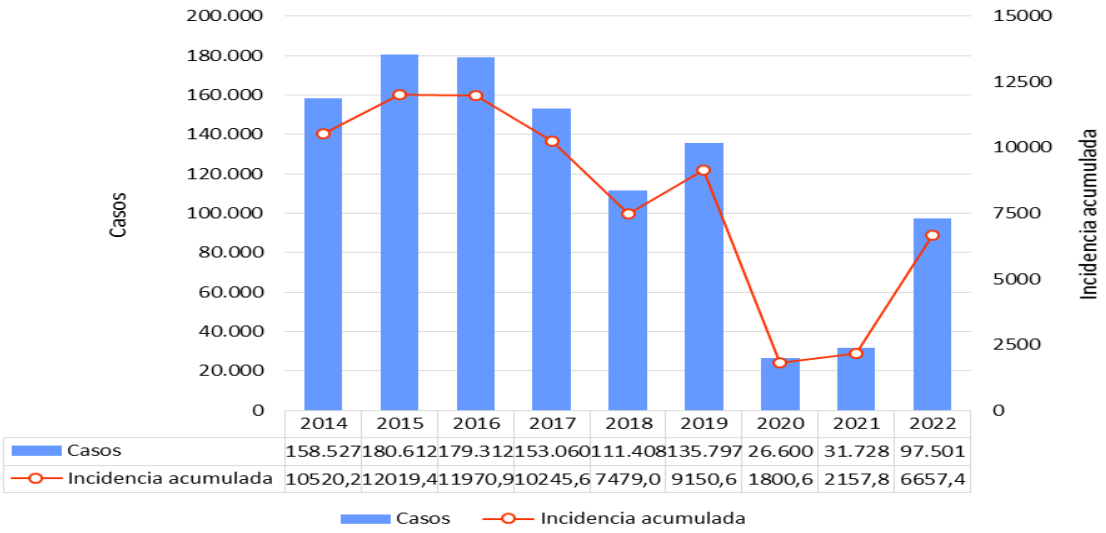
En las 27 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 97.501 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 6657,4 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 27 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 9).

Gráfico 9: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 27 – Año 2014-2022 Argentina.[5]

[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 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.

[5] 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.



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 SE28 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.

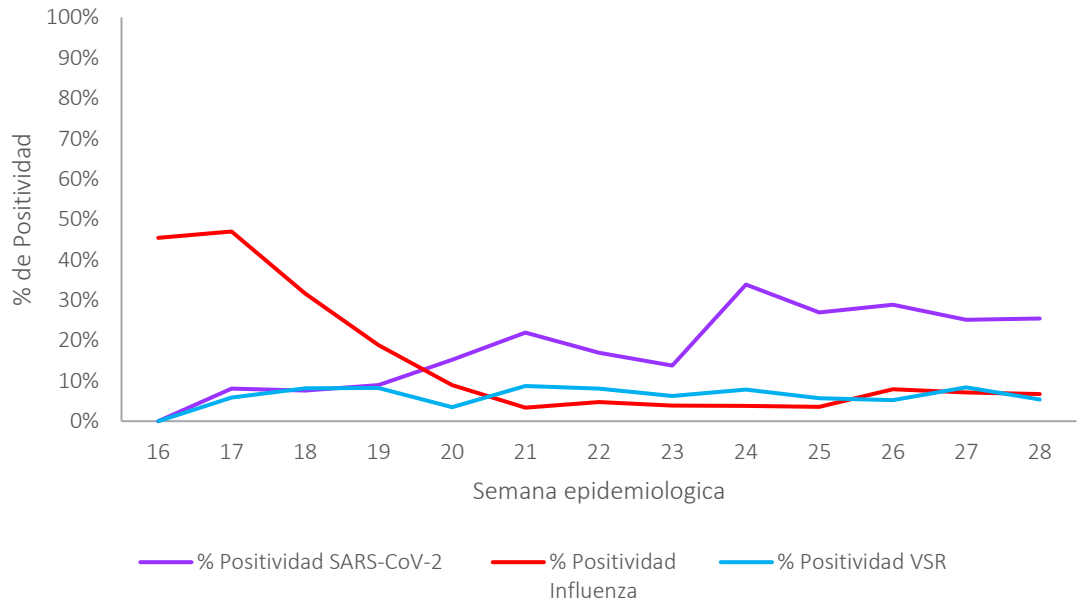
Desde el inicio de la estrategia de vigilancia de las UMAs se analizaron por rt-PCR 4.779, 2.832 y 2.054 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente. El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 por PCR asciende a un 33.84% en SE24 y 28.84% en SE26, descendiendo a un 25.45% en SE28. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE16-17 con un descenso posterior. En SE26 vuelve a ascender, situándose en un 6.76% en SE28. A partir de la SE21 el porcentaje de positividad para VSR fue en ascenso, manteniéndose estable entre las SE21-24 disminuyendo en SE25. En SE27 vuelve a incrementarse y desciende a 5.35% en la última semana analizada. (Tabla 4- Gráfico 10).

Tabla 4: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16-28 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina[6].

	Última semana			SE16 - SE28		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	4.099	1.766	43,08%	37.796	11.118	29,42%
SARS-CoV-2 por PCR	609	155	25,45%	4.779	1.031	21,57%
Influenza	74	5	6,76%	2.832	288	10,17%
VSR	56	3	5,36%	2.054	140	6,82%

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 10. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16-28 Año 2022[7]



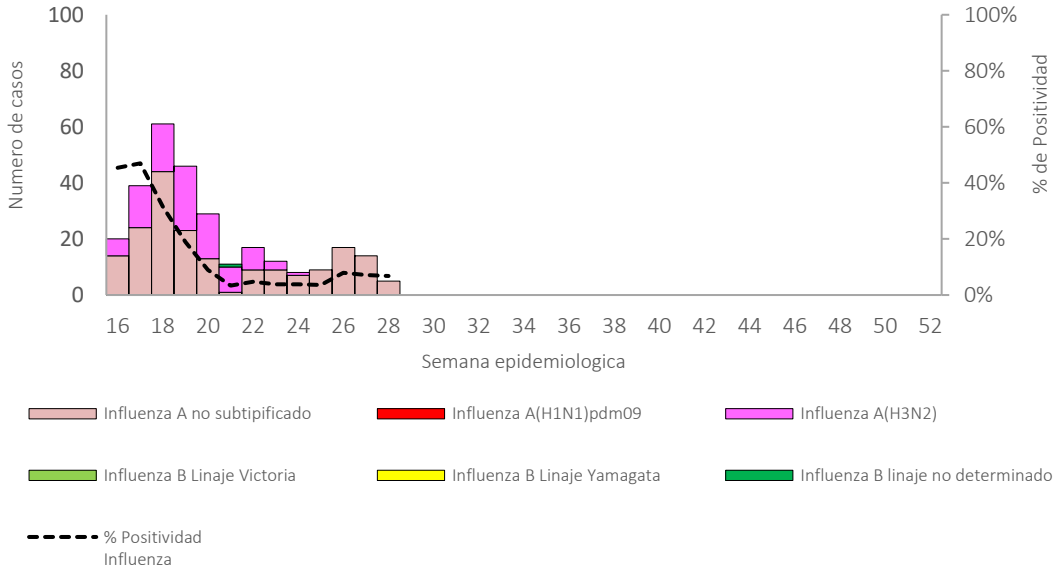
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En relación a las muestras positivas para virus Influenza (n=288), 287 (99.6%) fueron positivas para Influenza A y 1 (0.4%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 98 muestras cuentan con subtipificación, detectándose influenza A H3N2. (Gráfico 11).

[6] 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.

[7] 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

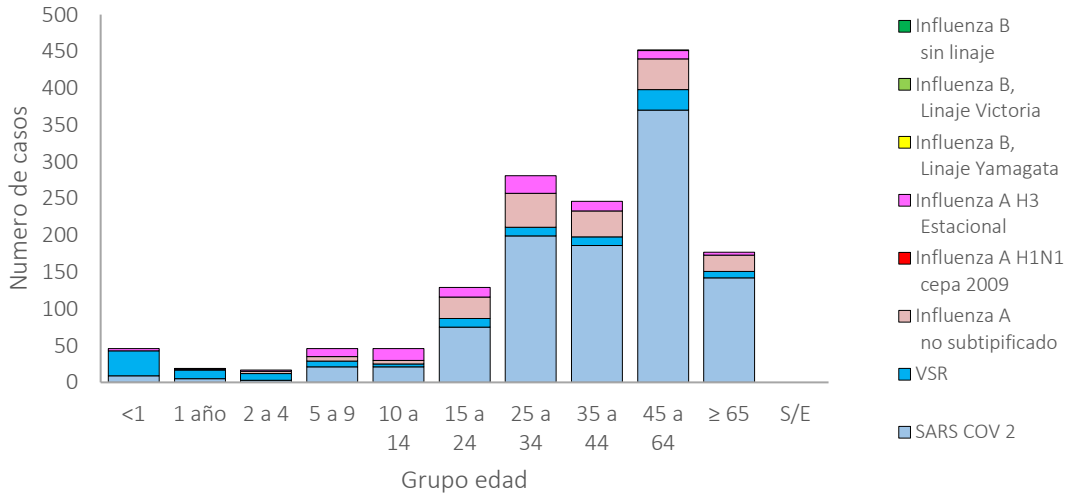
Gráfico 11. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-28 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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 12)

Gráfico 12. Distribución absoluta de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados a SE28 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".

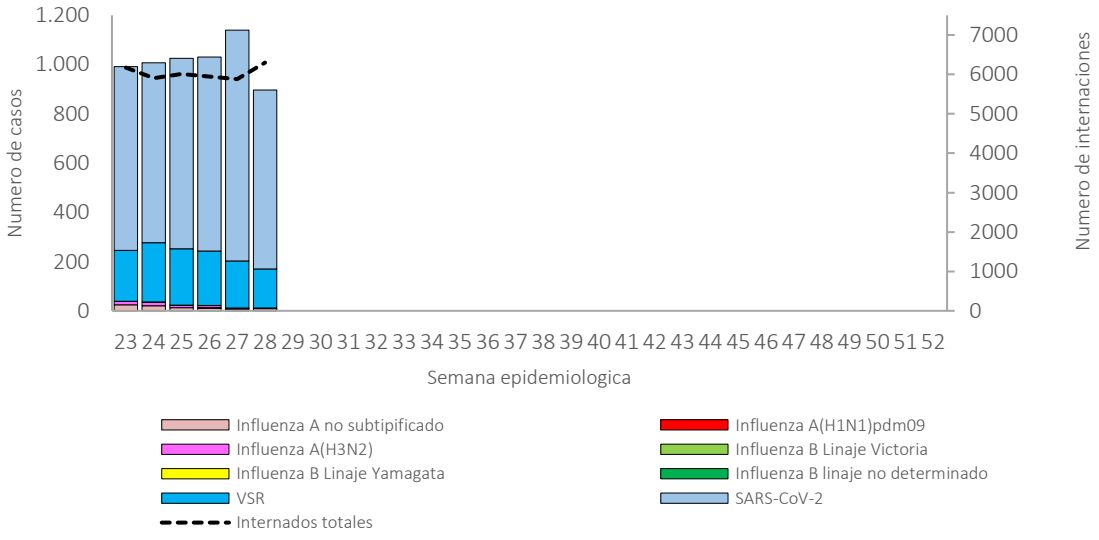
Entre la SE23-28, se notificaron 33.583 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 4.700 fueron positivas (porcentaje de positividad 13.99%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 4.139 muestras para virus influenza con 141 detecciones positivas (porcentaje de positividad 3.40%), de las mismas 137 fueron influenza A y 4 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 52 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 47 (90.38%) son influenza A H3N2 y 5 (9.62%) son influenza A H1N1. En relación a influenza B, corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje.

Durante el mismo periodo, se estudiaron 3.310 muestras para VSR registrándose 1.250 con resultado positivo (porcentaje de positividad 37.76%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS.2.0 en SE28 asciende respecto a la semana previa (Gráfico 13).

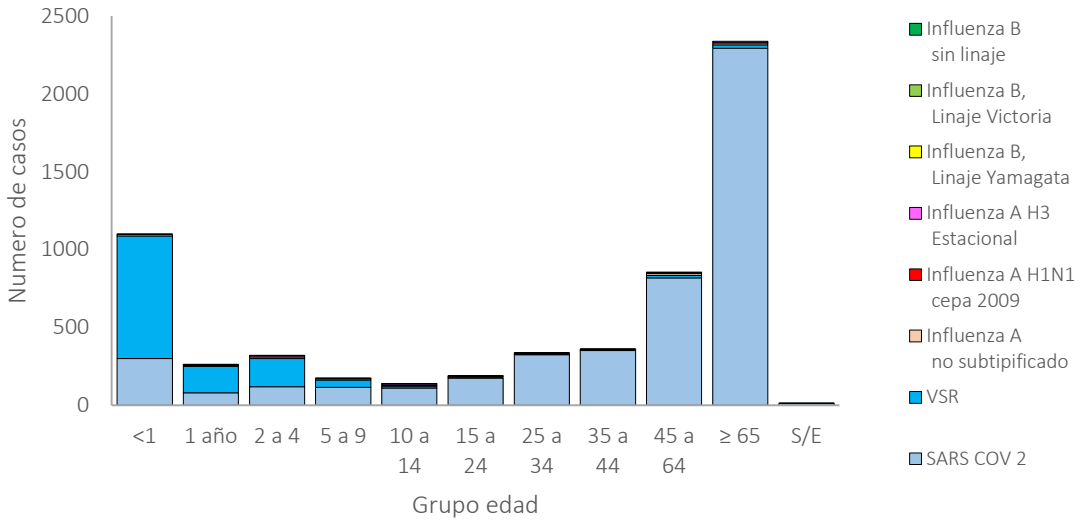
Gráfico 13. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23-28 Año 2022



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 SNVS2.0.

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 14).

Gráfico 14. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23-28 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].

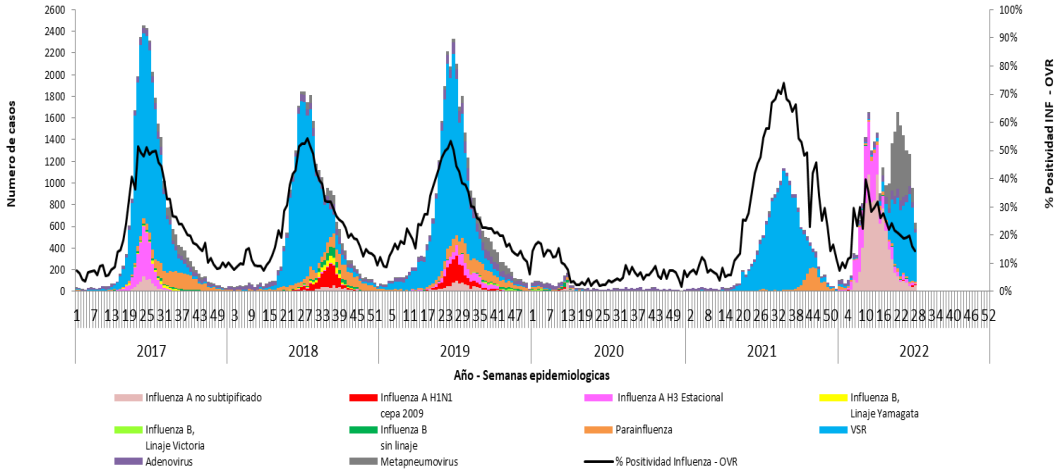
Hasta la SE28 de 2022, se registraron 95 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

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 15).

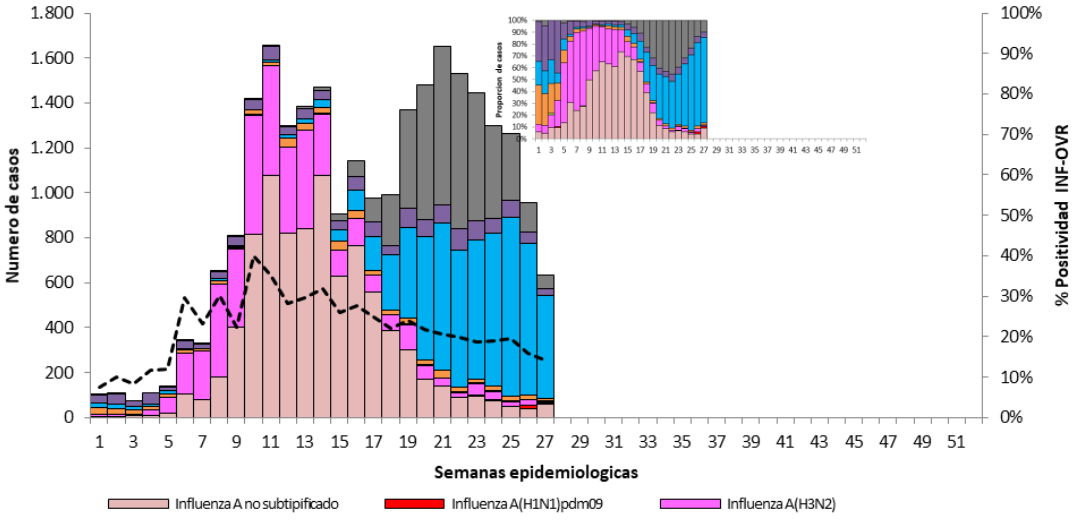
Gráfico 15. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2021. SE01-SE27 2022



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.

En SE27 se detecta circulación de otros virus respiratorios, en orden de frecuencia, VSR, influenza, metapneumovirus, adenovirus y parainfluenza (Gráfico 16). 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 11 semanas.

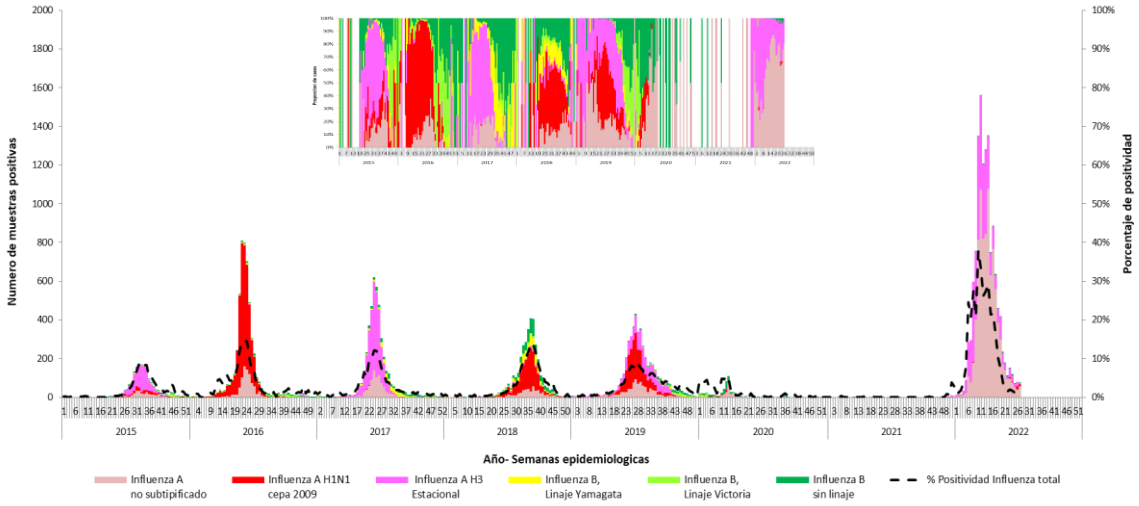
Gráfico 16. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01- SE27 de 2022. Argentina. (n=25.537)



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 1.64% durante la SE27.

Gráfico 17. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica, SE 01 de 2015 a SE27 de 2022. Argentina.



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

VIGILANCIA DE COVID-19

En Argentina, desde el inicio de la pandemia hasta el 16 de julio de 2022, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 9.465.827 casos confirmados de Covid-19 y 129.202 fallecimientos. En la SE 28 se notificaron 39.656 casos de COVID-19, 25% más que la SE previa (incremento de 7.811 casos).

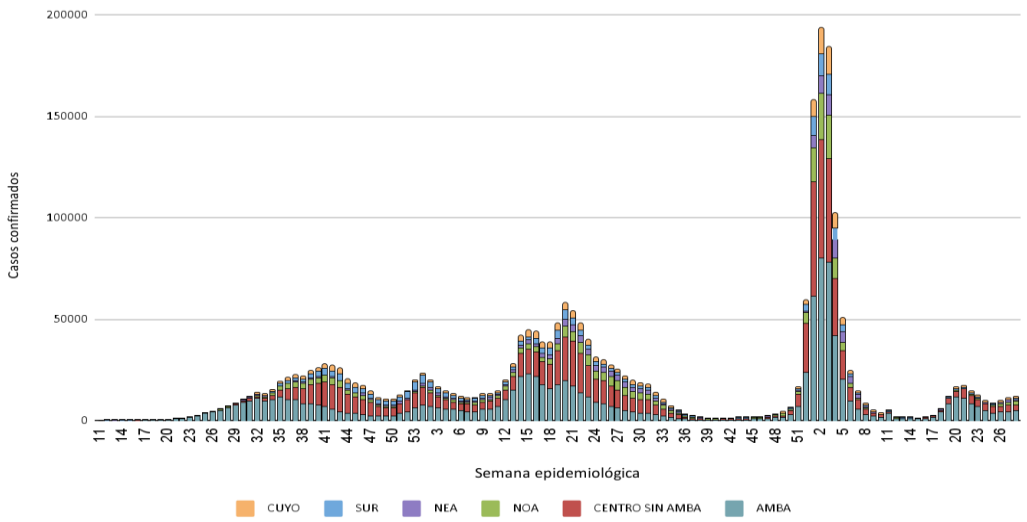
Respecto a la población de 50 y más años, desde el inicio de la pandemia hasta el 16 de julio de 2022, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 2.397.152 casos confirmados de Covid-19 y 116.857 fallecimientos. Durante la SE 28 (considerando la fecha de inicio del caso[8]) se registraron 11.774 casos de COVID-19, 4% más en relación a la SE 27[9] (aumento de 495 casos) (Gráfico 18).

En cuanto a los fallecimientos, se notificaron 57 durante la SE 28, de los cuales 26 corresponden a fallecimientos acontecidos en dicha semana y el resto a semanas previas. En relación a la SE 27, la disminución es de 16% (5 fallecimientos menos). Se destaca que desde la SE 12/2022 se observa la cantidad de fallecidos por semana más baja desde el comienzo de la pandemia (Gráfico 19).

[8] La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

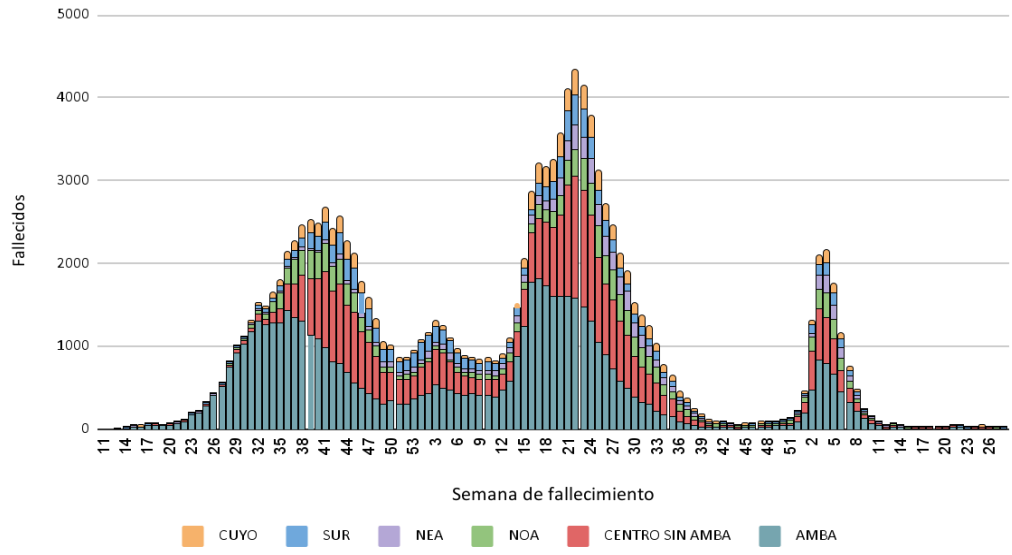
[9] Para el cálculo se consideraron los datos correspondientes a la semana previa registrados a la SE del presente informe. Cabe destacar que los datos de las últimas semanas están sujetos a modificaciones debido a la demora en el proceso de diagnóstico y notificación de los casos.

Gráfico 18. Casos confirmados en población de 50 años y más por semana epidemiológica[10] según región del país. SE 10/2020 - SE 28/2022, Argentina



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

Gráfico 19. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE1/2020 a SE 28/2022, Argentina según regiones.

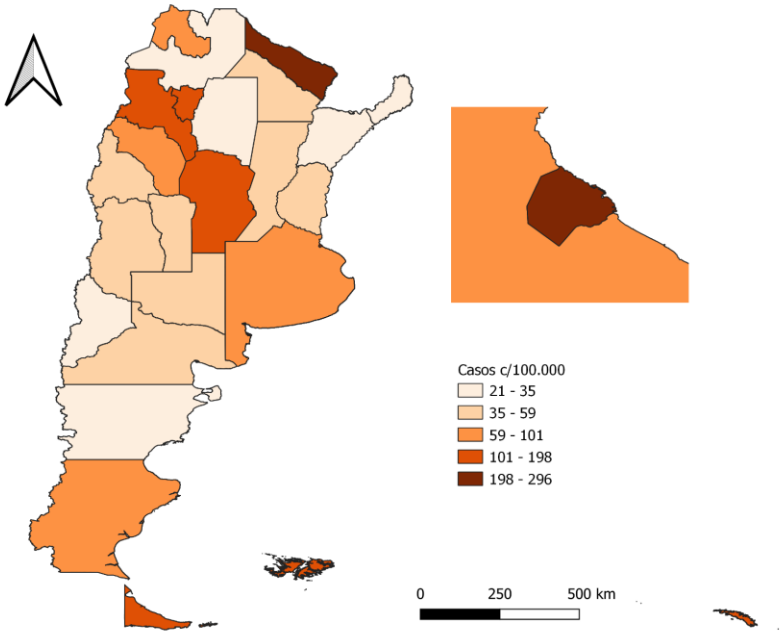


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS[2.0].

[10] 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 25 a SE 28/2022) fue de 90,8 casos cada 100.000 habitantes. Las jurisdicciones que presentaron las tasas más elevadas fueron CABA y Formosa (Mapa 3).

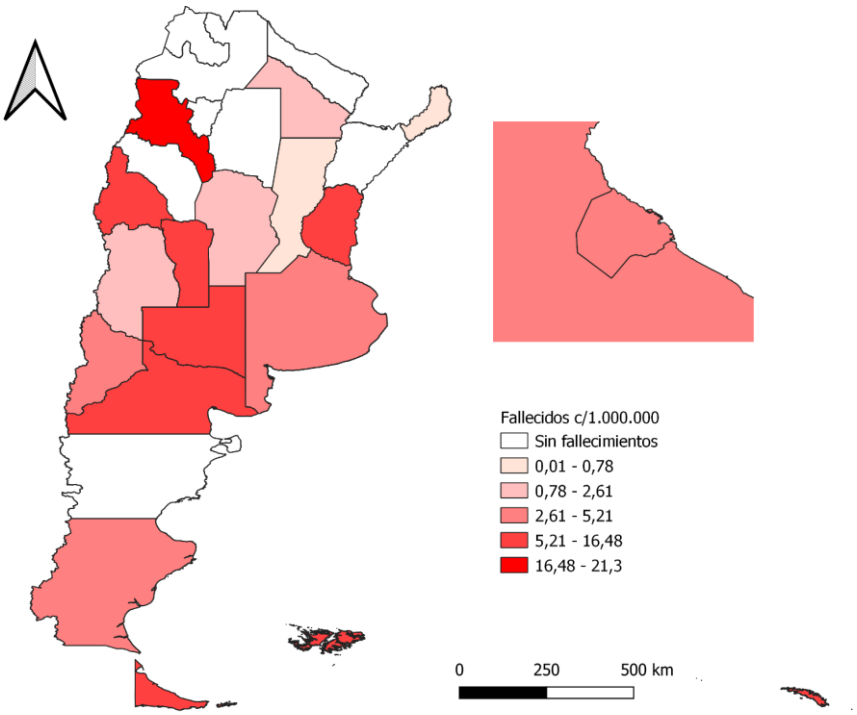
Mapa 3. Incidencia en población de 50 y más años cada 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 25 a 28/2022, Argentina. N=42.016.



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 3,2 fallecidos por cada millón de habitantes considerando el período comprendido en las últimas 4 semanas (SE 25 a 28). Las provincias con las mayores tasas para el período fueron Catamarca, Tierra del Fuego, La Pampa y Entre Ríos.

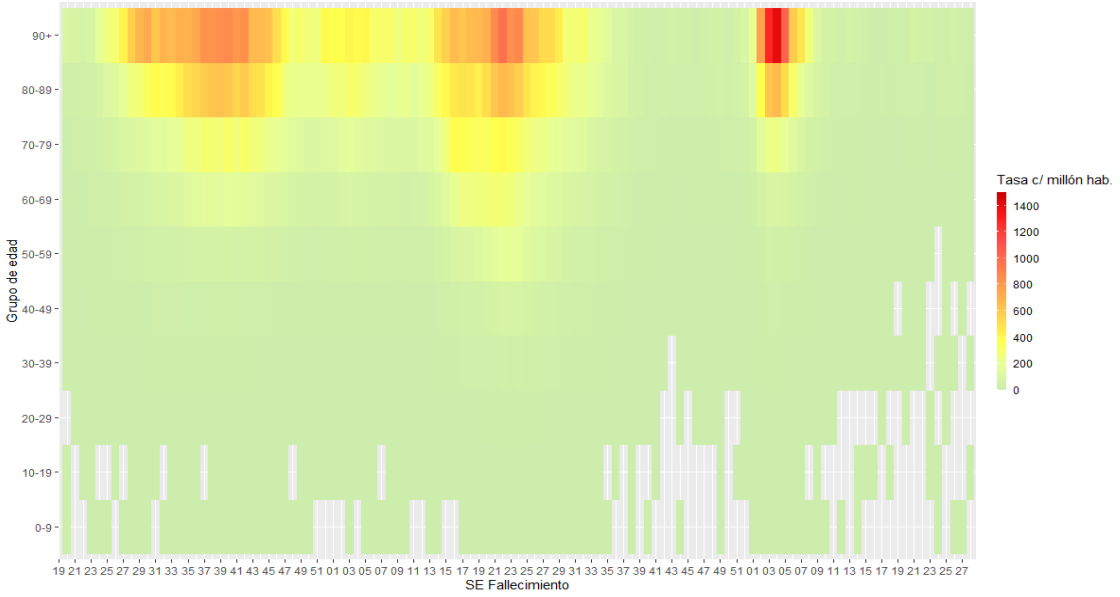
Mapa 4. Tasa de mortalidad acumulada por 1.000.000 de habitantes por jurisdicción de residencia. SE 25 a 28/2022, Argentina. Argentina. N=151.



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).

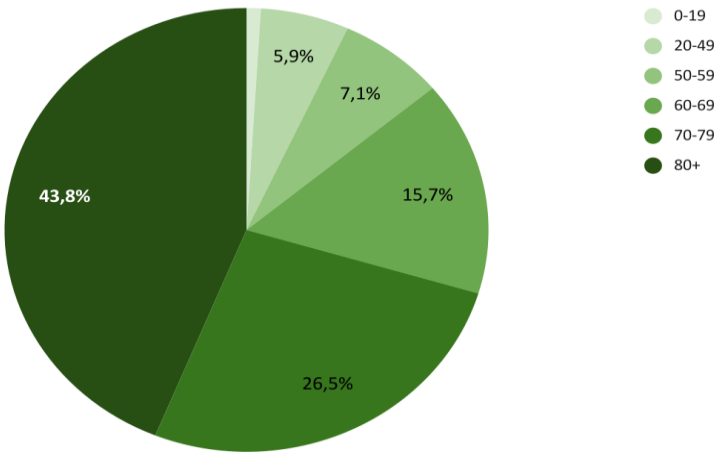
Gráfico 20. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/20 a 28/22.



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 20. Fallecidos por grupo edad. Total País, SE 01 a 28/22. N=11.543*



**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 - 19/07/22 SE 28.

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.

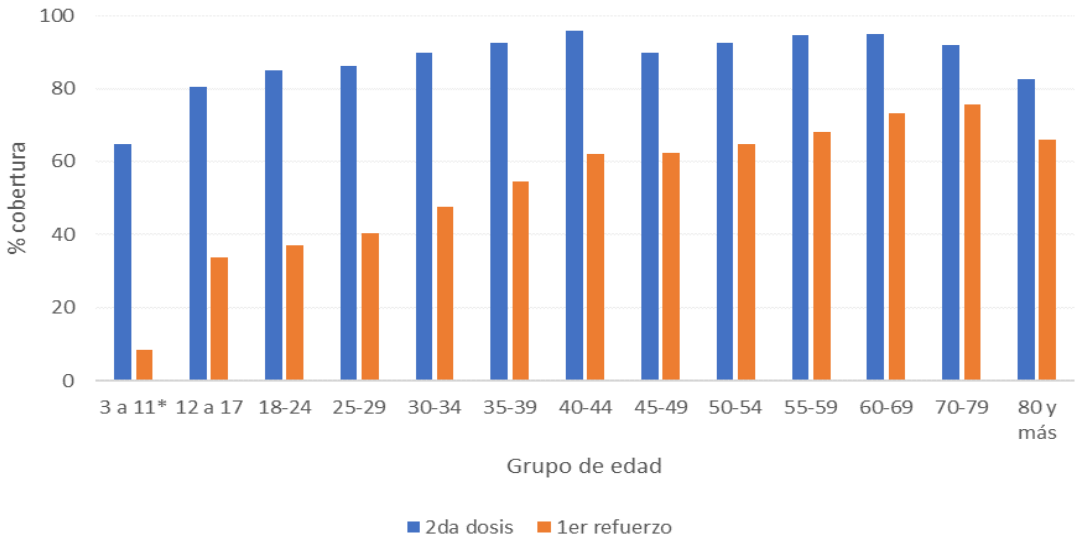
Para más información, consultar la Sala de situación covid y otros virus respiratorios - 19/07/22 SE 28 y el Informe de Vigilancia Genómica SE 27.

INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas de segunda dosis, el 82,2% de la población argentina recibió dos dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 90,4% 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 92,3%. Con respecto al grupo de entre 12 y 17 años, entre el inicio del plan de vacunación en la SE30, hasta la SE28, la cobertura alcanzó el 80,4%. En el grupo de 3 a 11 años, entre el inicio del plan de vacunación en la SE41 hasta la SE28, la cobertura alcanzó el 64,7%.

Respecto de las coberturas del primer refuerzo, el 45,1% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 56,8% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura de la segunda dosis es del 70,3%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años la cobertura alcanzó el 33,9% y en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 8,5%.

Gráfico 21. Coberturas de 2da dosis y 1er refuerzo por grupo de edad. SE 28**

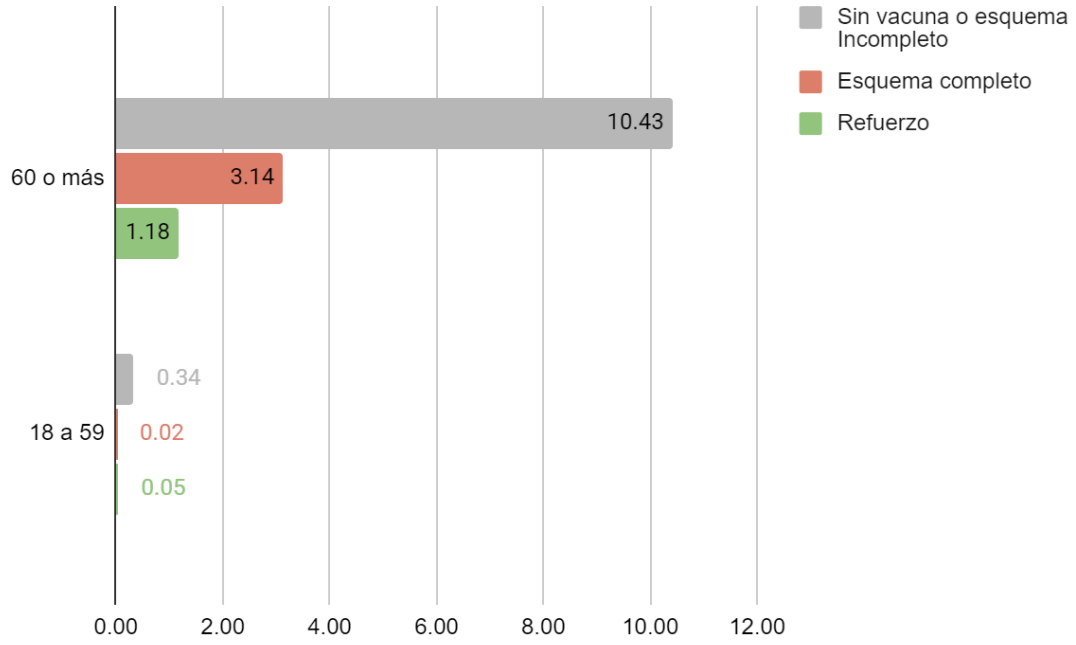


Fuente: Informe de avance vacunación contra Covid-19. DICEI. Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NoMiVac).

**El 1er refuerzo se aplica en el grupo de 5 a 11 años.*
*** Se actualizaron las proyecciones de población utilizadas como denominadores al año 2022.*

En cuanto a los casos fallecidos según condición de vacunación, entre las SE25-SE28 se registraron 10,43 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o con esquema incompleto. Se produjeron 3,14 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 1,18 muertes cada 100.000 habitantes.

Gráfico 22. Tasas de mortalidad c/100.000 hab según grupo de edad y estado de vacunación. SE 25 - SE 28/2022, 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[11]

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 se mantuvo en niveles de intensidad moderada mientras que la actividad de la IRAG ascendió a niveles de intensidad altos, en ambos casos a expensas de la circulación de SARS-CoV-2. En los Estados Unidos, la actividad de la influenza fue baja, predominando los virus influenza A(H3N2). La actividad del VRS se mantuvo estable respecto a la semanas previas mientras que la actividad del

[11] Tomado de: Reporte de Influenza SE27 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS, disponible en https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza

SARS-CoV-2 continuó en aumento con un mayor número de hospitalizaciones asociadas a la COVID-19.

Caribe: la actividad de la influenza se mantuvo muy baja, con predominio del virus influenza A(H3N2). Belice, la República Dominicana, Haití, Jamaica y Santa Lucia notificaron un aumento de la actividad del SARS-CoV-2, con un aumento de los casos de IRAG, sin superar los umbrales epidémicos, excepto en Haití donde los niveles se sitúan por encima del promedio para esta época del año. En la República Dominicana, la actividad del VRS se mantuvo elevada en niveles observados en el periodo previo a la pandemia, aunque en descenso.

América Central: la actividad de la influenza continuó en descenso en la subregión, predominó el virus influenza A(H3N2). En El Salvador y Nicaragua la actividad de la influenza descendió en niveles de intensidad moderados con predominio del virus A(H3N2). La actividad del SARS CoV-2 continuó en aumento en toda la subregión con niveles elevados en El Salvador y Panamá. En Guatemala los recuentos de casos de ETI se mantuvieron en niveles moderados aunque en descenso mientras que los casos de IRAG presentaron un aumento en niveles moderados.

Países Andinos: 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 Bolivia, Colombia y Perú, la actividad del SARS-CoV-2 siguió aumentando.

Brasil y Cono Sur: en general, la actividad de la influenza se mantuvo en niveles bajos, a expensas de la circulación en Chile y Uruguay; 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 actividad 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 el SARS-CoV-2, seguido de influenza.

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19[12]

559.880.323

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

6.363.296

Personas fallecidas en el mundo.

6.296.457

Casos nuevos reportados en la última semana.

11.000

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

0% =

A nivel global en la última semana el número de casos nuevos se mantuvo igual que en la semana anterior.

1% ⬇

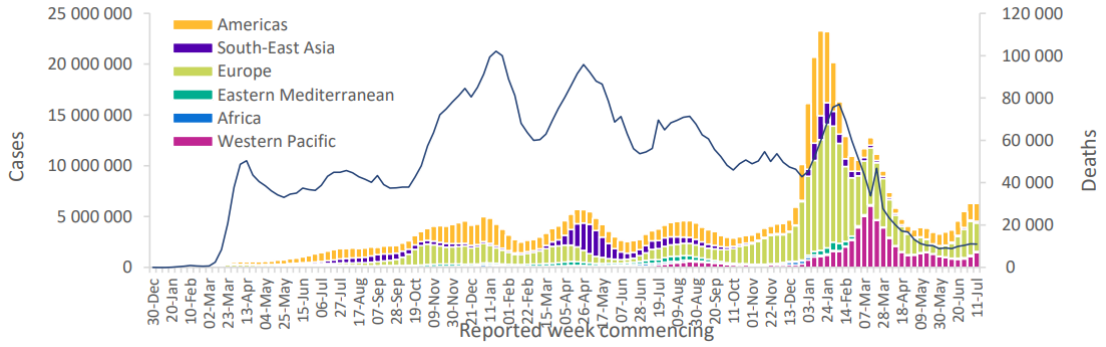
Disminuyeron los fallecidos nuevos en comparación con la semana anterior.

A nivel mundial, **el número de casos semanales se estabilizó** luego de cinco semanas consecutivas de aumento, mientras que el número de fallecimientos evidencia una leve disminución.

- ✓ 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, BA.2.12.1 y BA.4 de Omicron muestran tendencias decrecientes, mientras que BA.5 muestra una tendencia creciente. Según muestras estudiadas de 100 países en las SE 27, la proporción de secuencias notificadas de BA.5 aumentó del 52% al 54% respecto de la semana previa.

[12] Tomado de: Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update, disponible en https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports

Gráfico 23. 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

INFORMES ESPECIALES

VIGILANCIA DE SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)

INTRODUCCIÓN

El síndrome urémico hemolítico (SUH) es una entidad clínica y anatomopatológica caracterizada por insuficiencia renal aguda, trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática. Afecta fundamentalmente el riñón, comprometiendo en ocasiones otros parénquimas como intestino, sistema nervioso central, corazón y páncreas. Es una enfermedad severa que hasta el momento no tiene tratamiento específico. Afecta principalmente a niños entre 2 meses y 5 años, y a adultos mayores de 65 años. Se observa con mayor frecuencia en los meses de verano. Existen dos formas: **SUH típico de tipo infeccioso, principalmente asociado a diarrea por infección por *Escherichia coli* productor de toxina Shiga (STEC),** que comprende el 95% de los casos; y **SUH atípico** (5% de los casos) asociado a afecciones de diferentes etiologías (genética, inmunológica y tóxica).

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS CASOS DE SUH

Propósito:

Contribuir con acciones oportunas que permitan disminuir la incidencia de SUH, enfermedad severa de alto impacto en la Salud Pública en Argentina.

Objetivos generales:

- Detectar en forma temprana los casos de SUH e infecciones por STEC.
- Realizar la investigación en forma inmediata tendiente a identificar e interrumpir la fuente de transmisión.

Objetivos específicos:

- Monitorear la tendencia espacial y temporal de las infecciones por STEC.
- Identificar las principales fuentes y vehículos de transmisión.
- Conocer las características epidemiológicas de cada evento en forma oportuna (población afectada, modalidades de presentación; factores de riesgo y características de los agentes involucrados).
- Caracterizar la gravedad de los casos de acuerdo a la evolución (secuelas, letalidad).

Es importante mantener una vigilancia de alta calidad tanto de casos humanos y la investigación epidemiológica completa y oportuna derivada de ellos, como una vigilancia rutinaria y sistemática de los alimentos, realizar y documentar de forma completa la investigación de casos y brotes, (incluyendo la aplicación exhaustiva de la encuesta epidemiológica) así como considerar la vigilancia genómica (secuenciación de genoma completo -SGC), herramienta que permite establecer con alta precisión la asociación entre los casos, y también entre casos fuente o vehículos de infección. PARA MAYOR INFORMACIÓN: NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA Y CONTROL– 2022.

El objetivo del presente informe es caracterizar la situación epidemiológica de SUH a partir de casos notificados en el SNVS [2.0] desde la S1 a la semana S22 y para el año 2021.

SITUACIÓN ACTUAL DESDE SE 1 HASTA SE22 DE 2022

141

Casos de SUH en todo el país, inferior a la mediana y al promedio de los últimos 5 años (2017-2021) para el mismo período que fue de 182 y 183 casos respectivamente.

71% y 14%

Casos de la región Centro y región Sur respectivamente.

102

Casos en menores de 5 años.

56%

Casos del sexo femenino.

0,3 y 2,8

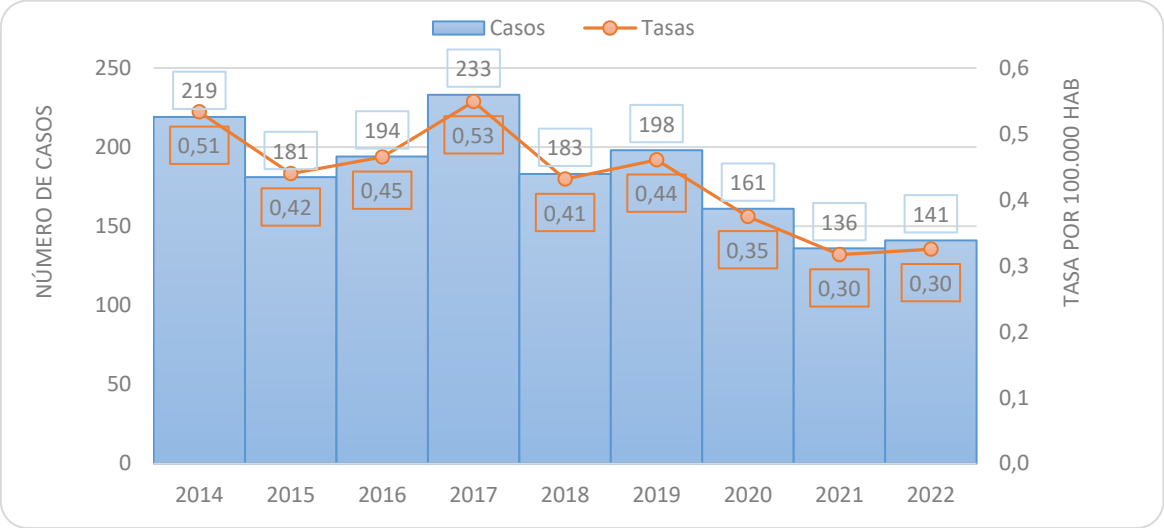
Casos cada 100 mil hab. en población general y en menores de 5 años respectivamente.

78%

Casos que requirieron internación

- ✓ La cantidad de casos notificados de SUH registran una tendencia al descenso sostenida desde el 2011 hasta el 2022 para el período analizado (SE 1 a SE 22)
- ✓ Las notificaciones de SUH del total país del corriente año hasta la SE22 son similares a las registradas en el 2021 para el mismo periodo.
- ✓ El corredor endémico cuatrisemanal (CS) transcurrió dentro de lo esperado desde la CS 1 hasta la CS 6, con excepción de la CS 4 (27/03 al 23/4) en la que se observó un aumento de notificaciones alcanzando la zona de Alerta.
- ✓ El corredor endémico acumulado (que muestra la cantidad de casos acumulados para cada cuatrisemana del año en curso, en relación a registros de casos acumulados de los años previos) permite observar que el número de casos acumulados a nivel nacional en las distintas cuatrisemanas se encontró dentro de lo esperado (zona de éxito y seguridad) durante todo período analizado.

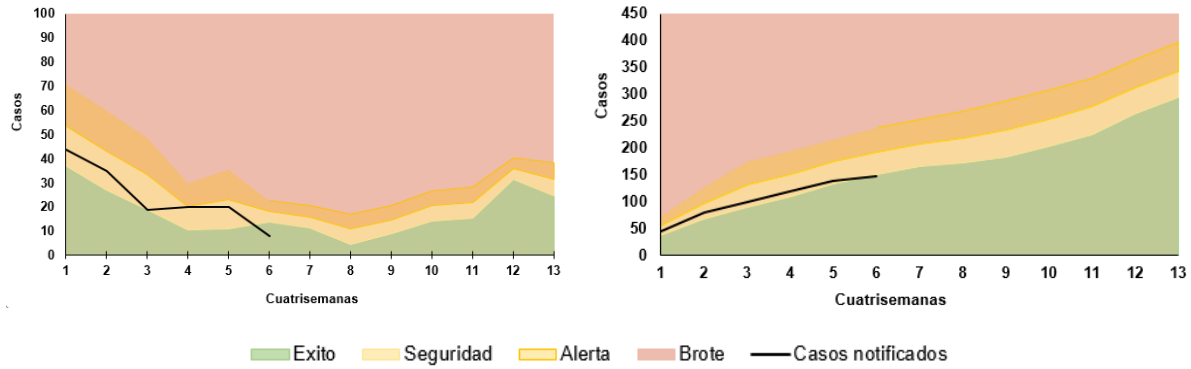
Gráfico 24: Casos y tasas de SUH (cada 100.000 habitantes). Argentina. Años 2014-2022 hasta SE22.



Fuente*: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0*

Gráfico 25: Corredor endémico cuatrisemanal de SUH. 2022 hasta CS 6 (N=141). Total País. Históricos 2017 a 2021.

Gráfico 26: Corredor endémico acumulado de SUH. 2022 hasta CS 6 (N=141). Total País. Históricos 2017 a 2021.



***Fuente**: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0.*

Para el mismo periodo de análisis, desde SE1 a SE22, la cantidad de casos de SUH en 2022 en comparación al promedio de casos de 2017-2022 da como resultado un Índice Epidémico de 0,77 que se encuentra dentro del rango de lo esperado (0.75 < IE < 1.25) (Tabla 5).

Tabla 5: Promedio de casos y casos de SUH según provincia de residencia. Argentina. Años 2017-2022 hasta la SE 22.

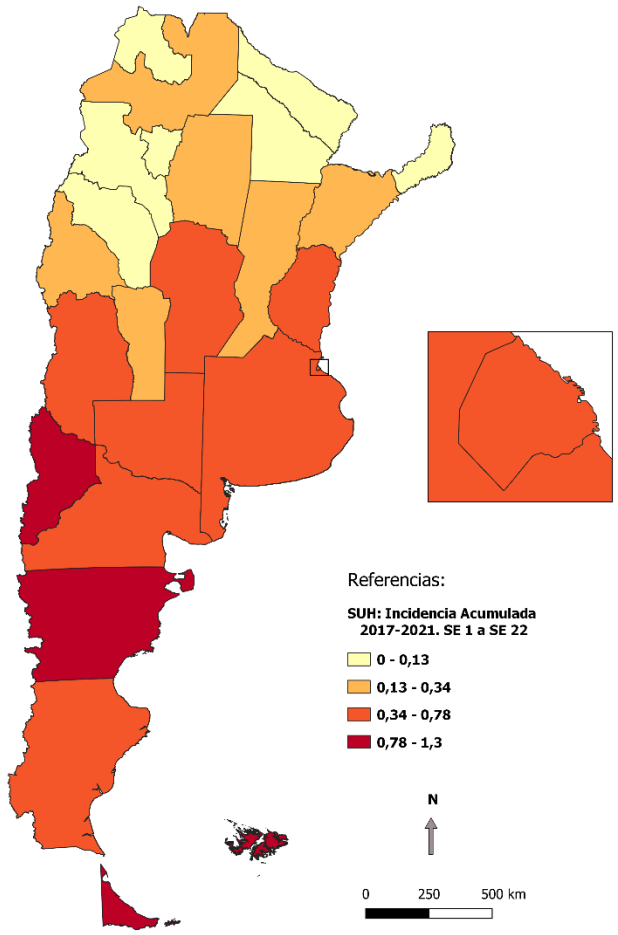
Provincia / Región	Promedio 2017-2021	Casos 2022
BUENOS AIRES	79	61
CABA	19	10
CORDOBA	18	9
ENTRE RIOS	5	4
SANTA FE	11	16
CENTRO	**132**	**100**
MENDOZA	11	6
SAN JUAN	2	1
SAN LUIS	1	3
CUYO	**14**	**10**
CHACO	1	3
CORRIENTES	2	2
FORMOSA	1	0
MISIONES	1	0
NEA	**4**	**5**
CATAMARCA	0	3
JUJUY	0	1
LA RIOJA	0	0
SALTA	3	0
SGO. DEL ESTERO	2	0
TUCUMAN	2	1
NOA	**8**	**5**
CHUBUT	8	3
LA PAMPA	2	2
NEUQUEN	6	2
RIO NEGRO	4	10
SANTA CRUZ	2	3
TIERRA DEL FUEGO	2	0
SUR	**25**	**20**
Total PAIS	**182**	**140**

Fuente*: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0*

En cuanto al análisis por regiones se observa que .más del 70% de los casos se presentan en la región Centro mientras que la región Sur aporta cerca del 14%. Las regiones NOA y NEA sumadas aportan solo el 7% de los casos, aproximadamente.

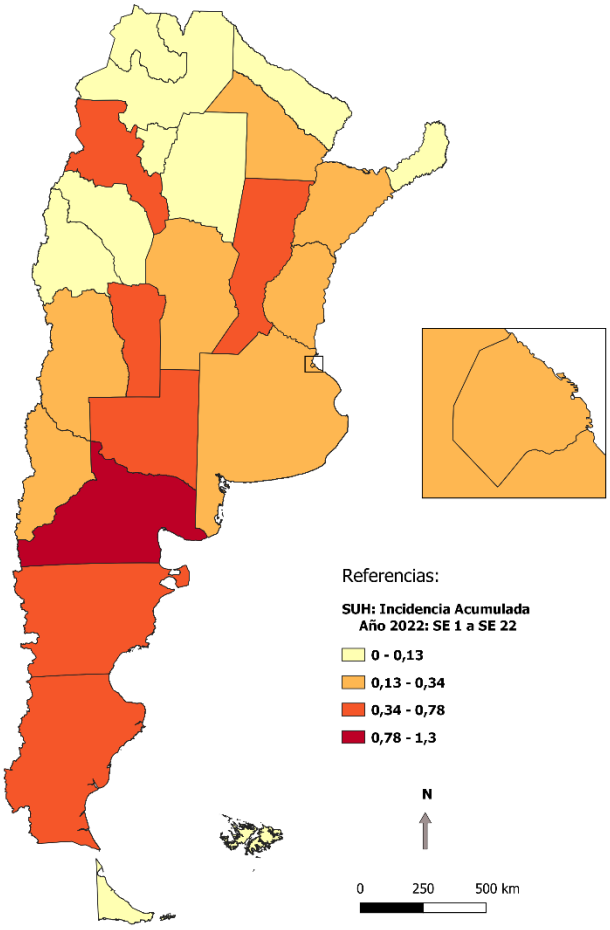
En los siguientes mapas pueden observarse las incidencias acumuladas por provincia de SE1 a 22 en el período 2017/2021 y en 2022. (Mapa 5 y 6).

Mapa 5. Incidencia cada 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia. 2017-2021. SE 1 a 22, 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 proyecciones 2017-2021.

Mapa 6. Incidencia cada 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 1 a 22/2022, 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.

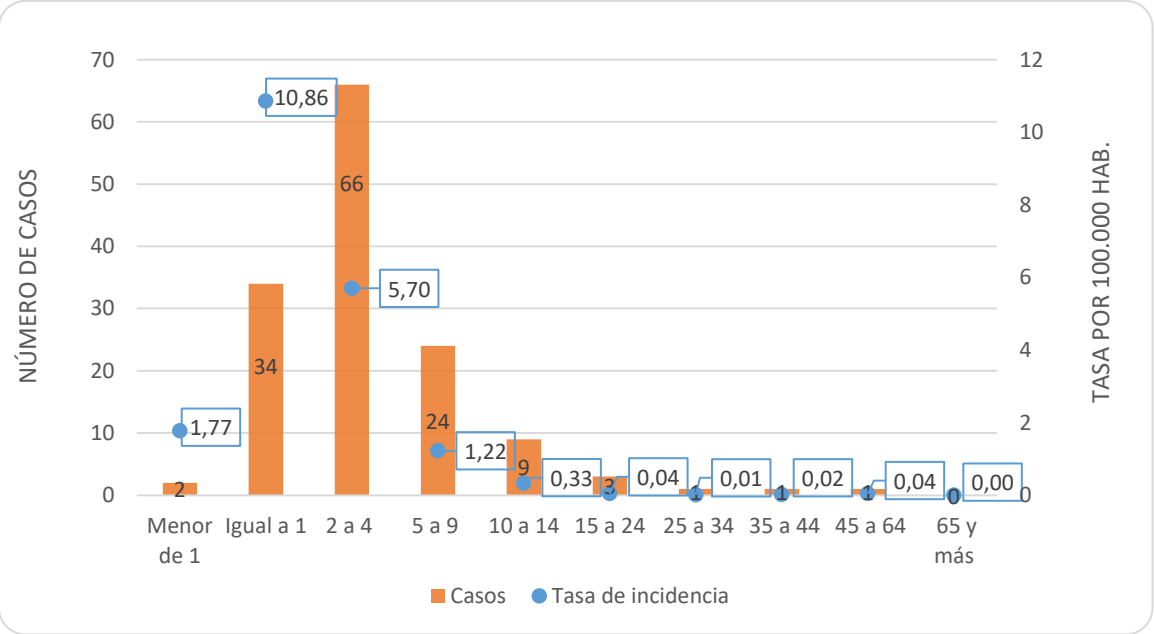
Con respecto a la distribución según edad, el 47% de los casos se concentró en el grupo de 2 a 4 años y la tasa más elevada se observó en el grupo de 1 año con 4,6 casos por cada 100.000 niños de 1 año de edad (Gráfico 27). El 56% de los casos correspondieron al sexo femenino.

Según el registro de información en el SNVS al menos 110 casos requirieron internación y 45 de ellos requirieron cuidados intensivos.

Respecto al tratamiento, 19 casos recibieron diálisis peritoneal y en 2 pacientes se realizaron cirugías abdominales.

Se notificaron entre las semanas 1 y 22 3 casos fallecidos con diagnóstico de SUH, pertenecientes al grupo de edad de 2 a 4 años, número que coincide con el número de casos fallecidos notificados para el mismo período de los años 2019, 2020 y 2021 respectivamente.

Gráfico 27: Casos y tasa de incidencia de SUH (cada 100.000 hab.) según grupo de edad. Argentina. Año 2022 SE1 a SE 22.

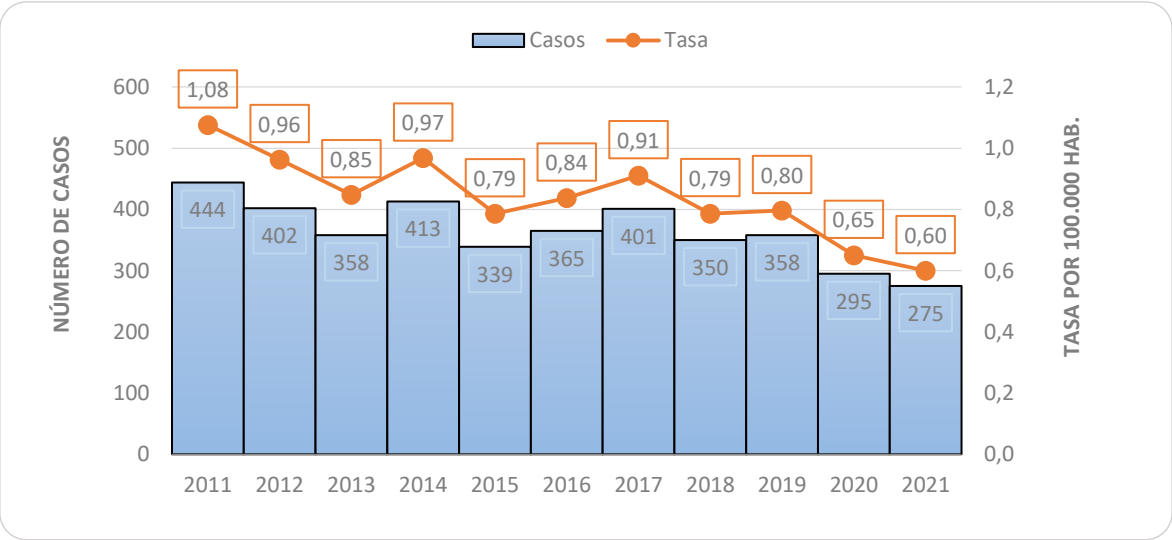


Fuente*: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).*

ANÁLISIS DESCRIPTIVO AÑOS 2019, 2020 y 2021

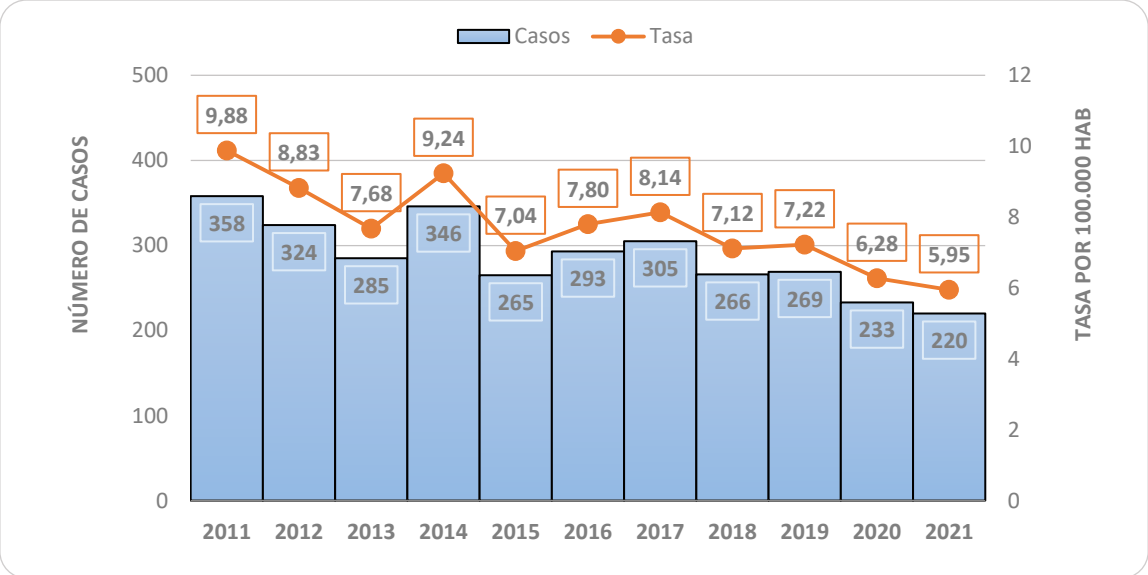
Los casos y tasas de notificación de SUH para el total país muestran una fluctuación temporal con leves ascensos en algunos años y leves descensos en otros, observándose para el periodo 2011 a 2021 una tendencia descendente, con una mediana de 358 casos anuales con un mínimo de 275 y un máximo de 444 (tasa mínima de 0,6 casos c/100.000hab. en 2021 y una máxima de 1,08 en 2011) (Gráfico 28). En menores de 5 años también se observa una tendencia descendente de casos y tasas en el período, con una mediana de 285 casos anuales con un mínimo de 220 y un máximo de 458 (tasa mínima de 5,95 casos c/100.000 menores de 5 años en 2021 y una máxima de 9,88 en 2011) (Gráfico 29). Cabe destacar que la tendencia descendente se sostiene a lo largo de toda la seria incluyendo los años pandémicos.

Gráfico 28: Casos y tasas de SUH (cada 100.000 habitantes). Argentina. Años 2011-2021, SE1 a SE52.



Fuente*: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0*

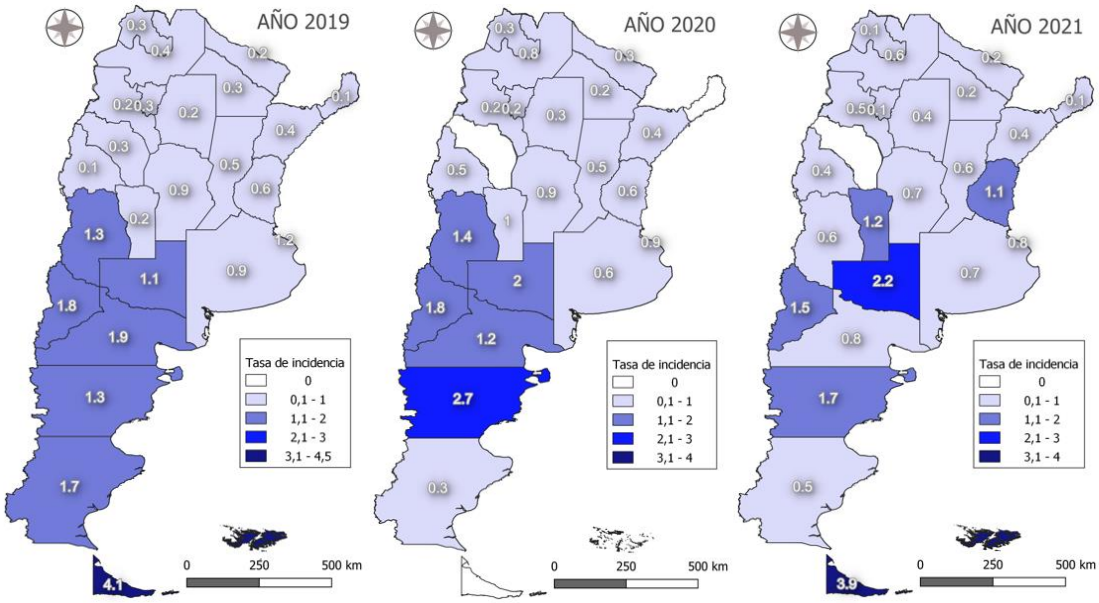
Gráfico 29: Casos y tasas de SUH (cada 100.000 menores de 5 años) en menores de 5 años de edad. Argentina. Años 2011-2021, SE1 a SE52.



Fuente*: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0*

Las tasas por provincia y año muestran que en 2021 se registró una tendencia estable o al descenso en la mayoría de ellas. Es importante advertir que las tasas en jurisdicciones con baja población las fluctuaciones pequeñas en el número de casos generan fluctuaciones muy marcadas en las tasas, por lo cual es importante tomar este dato con precaución.

Mapa 7, 8 y 9: Tasa de incidencia de SUH por provincia de residencia cada 100.000 habitantes. Argentina, 2019-2021*.



***El año utilizado se construye con la información de la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está presente se utiliza la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación del caso.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y proyecciones poblacionales de los años 2019 a 2021 del Censo INDEC 2010.

En cuanto al análisis de los casos por regiones y provincias, se observó que entre 2019 y 2021 la región Centro concentró la mayor cantidad de casos en la población general y en menores de 5 años en particular (70% y 69% respectivamente), Además, se observó que la región del NEA presentó las tasas más bajas durante el período en estudio y la región Sur, las más elevadas (Tabla 6 y 7).

Entre 2019 y 2021 se verifica a nivel país un descenso en el número de casos y las tasas tanto en población general como en menores de 5 años. En 2021 se registra un descenso en todas las regiones respecto del año previo a excepción de la región Centro que registró el mismo número de casos en población general y 5 casos más en menores de 5 años que en el año anterior.

Tabla 6: Casos y tasas de SUH por 100.000 habitantes según provincia de residencia en población general. Argentina. Años 2019-2021.

Provincia	2019		2020		2021	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
BUENOS AIRES	151	0,87	108	0,62	113	0,64
CABA	36	1,17	28	0,91	26	0,84
CORDOBA	37	0,99	35	0,93	24	0,63
ENTRE RIOS	9	0,66	8	0,58	14	1,00
SANTA FE	19	0,54	18	0,51	20	0,56
CENTRO	**252**	**0,87**	**197**	**0,67**	**197**	**0,67**
MENDOZA	25	1,27	28	1,41	15	0,75
SAN JUAN	1	0,13	3	0,38	3	0,38
SAN LUIS	1	0,20	5	0,98	6	1,17
CUYO	**36**	**1,11**	**24**	**0,73**	**14**	**0,42**
CHACO	3	0,25	2	0,17	0	0,00
CORRIENTES	4	0,36	5	0,45	4	0,35
FORMOSA	1	0,17	2	0,33	1	0,16
MISIONES	1	0,08	0	0,00	1	0,08
NEA	**9**	**0,22**	**9**	**0,21**	**6**	**0,14**
CATAMARCA	1	0,24	1	0,24	2	0,48
JUJUY	1	0,13	2	0,26	1	0,13
LA RIOJA	1	0,26	0	0,00	0	0,00
SALTA	6	0,43	12	0,84	8	0,55
SGO. DEL ESTERO	1	0,10	1	0,10	3	0,30
TUCUMAN	4	0,24	4	0,24	2	0,12
NOA	**14**	**0,25**	**20**	**0,35**	**16**	**0,28**
CHUBUT	9	1,48	17	2,75	11	1,75
LA PAMPA	4	1,13	6	1,67	8	2,21
NEUQUEN	10	1,53	13	1,96	10	1,49
RIO NEGRO	12	1,63	8	1,07	5	0,66
SANTA CRUZ	6	1,68	1	0,27	2	0,53
TIERRA DEL FUEGO	6	3,55	0	0,00	6	3,38
SUR	**47**	**1,63**	**45**	**1,54**	**42**	**1,41**
Total general	**358**	**0,80**	**295**	**0,65**	**275**	**0,60**

Fuente*: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).*

Tabla 7: Casos y tasas de SUH por 100.000 habitantes según provincia de residencia en menores de 5 años. Argentina. Años 2019-2021.

Provincia	2019		2020		2021	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
BUENOS AIRES	119	8,36	77	5,44	83	5,90
CABA	26	12,65	19	9,31	16	7,91
CORDOBA	29	9,80	28	9,47	24	8,12
ENTRE RIOS	9	8,09	8	7,20	11	9,91
SANTA FE	14	5,21	15	5,60	18	6,74
CENTRO	**197**	**8,55**	**147**	**6,41**	**152**	**6,66**
MENDOZA	19	11,36	20	12,00	12	7,23
SAN JUAN	1	1,50	3	4,49	2	2,99
SAN LUIS	0	0,00	5	12,14	3	7,26
CUYO	**20**	**7,27**	**28**	**10,19**	**17**	**6,20**
CHACO	2	1,77	2	1,78	0	0,00
CORRIENTES	4	3,94	4	3,95	4	3,97
FORMOSA	1	1,75	2	3,52	1	1,77
MISIONES	0	0,00	0	0,00	1	0,84
NEA	**7**	**1,79**	**8**	**2,05**	**6**	**1,54**
CATAMARCA	1	2,91	0	0,00	2	5,83
JUJUY	1	1,49	2	2,99	1	1,50
LA RIOJA	1	3,04	0	0,00	0	0,00
SALTA	3	2,19	10	7,32	7	5,14
SGO. DEL ESTERO	1	1,11	1	1,11	3	3,33
TUCUMAN	2	1,33	4	2,66	2	1,33
NOA	**9**	**1,76**	**17**	**3,32**	**15**	**2,94**
CHUBUT	6	11,72	9	17,58	9	17,58
LA PAMPA	4	14,63	6	21,98	8	29,34
NEUQUEN	6	10,55	11	19,46	5	8,90
RIO NEGRO	9	14,92	6	9,96	3	4,98
SANTA CRUZ	5	15,34	1	3,05	1	3,02
TIERRA DEL FUEGO	6	42,60	0	0,00	4	27,61
SUR	**36**	**14,85**	**33**	**13,61**	**30**	**12,37**
Total general	**269**	**7,22**	**233**	**6,28**	**220**	**5,95**

Fuente*: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).*

En cuanto al comportamiento de la notificación a lo largo del año para los años 2020 y 2021 puede observarse que los casos acumulados estuvieron durante 2020 y 2021 casi todo el tiempo en zona de éxito respecto a lo esperado, con excepción del período SE5 a SE15/2020 en que se encontró en zona de seguridad y en la semana 8/9 tocando la zona de alerta. (Gráficos 30 y 31).

Gráfico 30: Corredor endémico acumulativo de SUH. Argentina, 2015-2019 e incidencia acumulada del año 2020.

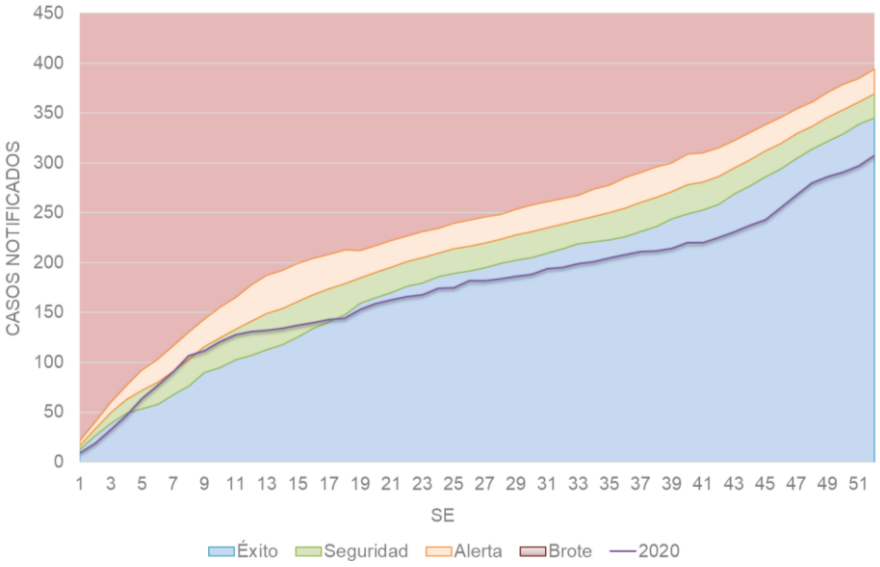
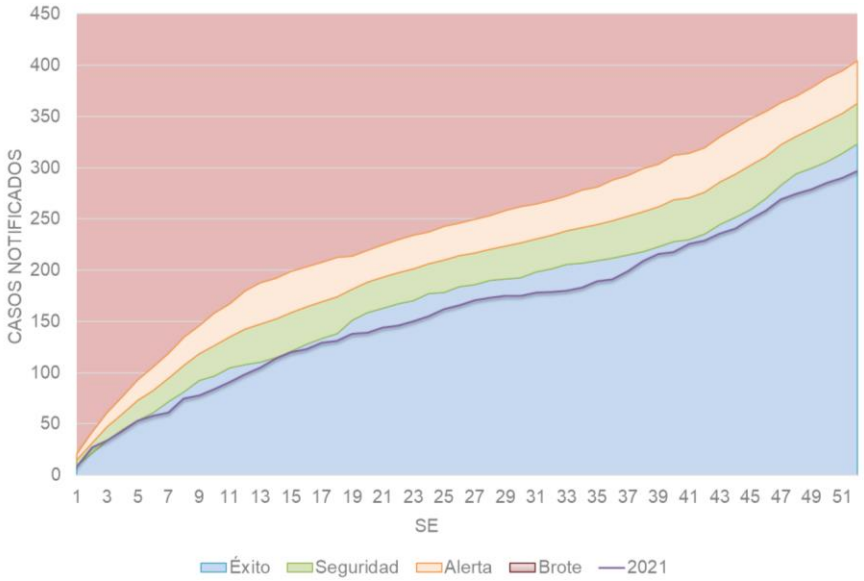


Gráfico 31: Corredor endémico acumulativo de SUH. Argentina, 2016-2020 e incidencia acumulada del año 2021.



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:



ACTUALIZACIONES DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA: INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS DE USO AGRÍCOLA Y DOMÉSTICO

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 de los eventos ***Intoxicación/exposición a Plaguicidas de Uso Agrícola y Plaguicidas de uso doméstico***. Asimismo, se creó una ***Ficha de recolección de datos y notificación del evento.***

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El amplio uso de los plaguicidas, tanto en el ámbito agrícola como en el doméstico, y las prácticas no sustentables asociadas han ocasionado un impacto ecológico y deterioro de la salud que en los últimos años se ha extendido. Las intoxicaciones por plaguicidas son causa de enfermedad y muerte como consecuencia de exposiciones intencionales y no intencionales, intradomiciliarias o en ambientes de trabajo, en áreas urbanas o rurales, a agentes utilizados para el control de plagas agrícolas, de jardín o de vectores de enfermedades humanas o veterinarias, entre otras, y constituyen eventos prevenibles.

La vigilancia de la aparición de casos de intoxicación por estos agentes permite detectar su ocurrencia y posibilita el seguimiento de los mismos, evaluar tendencias y planificar las intervenciones, así como la identificación de factores de riesgo y necesidades de mejores controles en la aplicación o modificaciones del marco regulatorio, entre otras medidas. La notificación a través del sistema de vigilancia de la salud cumple un papel fundamental en la mitigación y la prevención de nuevos casos, así como la detección de demanda oculta.

Fuentes probables de Intoxicación/Exposición

Se denomina plaguicida[13] o pesticida, a cualquier sustancia o mezcla destinada a prevenir, destruir o controlar cualquier plaga (insectos, artrópodos, animales transmisores de enfermedades, hongos y especies vegetales). Son sustancias comercializadas en todo el mundo y utilizadas tanto de forma industrial como doméstica, en la agricultura para el control de las diferentes plagas, así como en la ganadería, en el control de roedores y vectores transmisores de enfermedades como los mosquitos; en sanidad ambiental para tratamientos en locales ocupados por personas; en jardinería; etc.

Es importante conocer el grupo químico desde el punto de vista toxicológico, ya que los productos de un mismo grupo producen intoxicaciones análogas y con similares tratamientos. Normalmente son de origen químico, pero en algunos pocos casos pueden ser de origen

[13] Definiciones compatibles con Intoxicación por Plaguicidas en el registro clínico: Agroquímicos, Herbicidas, Acaricidas, Insecticidas con Fosforados, Insecticidas con Carbamatos, Insecticidas Clorados, Fumigantes, Fosfuros, Fungicidas, Cofa, Curasemillas, Insecticidas, Insecticidas Fosforados, Antipolillas, Raticidas, Rodenticidas, Dicumarínicos, Insecticida con Piretrinas /Piretroides, Líquidos o tabletas termoevaporables, Naftalina, Repelentes de insectos, mosquitos, Matababosas, Hormiguicidas.Fungicidas.

biológico o, inclusive, mineral. La exposición a los plaguicidas puede presentarse tanto por el uso en actividades agrícolas e industriales, como por su uso doméstico y puede ser aguda o crónica.

Con respecto a la formulación del plaguicida, se debe tener en cuenta que además del principio activo (el/los compuesto/s que ejerce el efecto pesticida) incluyen sustancias transportadoras y/o diluyentes como agua o solventes orgánicos, aditivos e impurezas, y, en muchos casos, el potencial tóxico de estas sustancias en sí mismas puede resultar de semejante o mayor toxicidad que el propio principio activo. Además, luego de cada aplicación, es posible la persistencia de residuos (con distintas estructuras químicas) que también pueden ser tóxicos.

Respecto a plaguicidas de uso doméstico, es aquel de venta libre que está disponible en aerosoles, líquidos o tabletas termoevaporables, espirales, cremas o geles; generalmente se comercializan listos para su uso aunque algunos requieren su dilución en agua. Está pensado para ser aplicado por el consumidor que lo adquiere con las precauciones que se explican en la etiqueta, cuyas indicaciones en cuanto a aplicación y condiciones de almacenamiento deben ser prolijamente seguidas. La exposición a los plaguicidas de uso doméstico generalmente ocurre en el interior de las viviendas, escuelas, jardines, huertas domiciliarias, etc. y es más frecuente de presentación aguda aunque también puede ser crónica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica a los plaguicidas de acuerdo a su toxicidad aguda, en base a estudios con animales[14]. Los plaguicidas se clasifican en las siguientes clases: extremadamente peligrosos (Ia), altamente peligrosos (Ib), moderadamente peligrosos (II), poco peligrosos (III), normalmente no ofrecen peligro bajo uso adecuado (IV). Las consecuencias de la exposición a plaguicidas para la salud humana dependen de numerosos factores: su formulación, la concentración (cantidad de plaguicida suministrada/absorbida), la duración de la exposición y la vía de exposición/ingreso (ingestión, inhalación o contacto con la piel), así como la susceptibilidad individual.

MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN

Evento SNVS	*Modalidad*	*Estrategia / Componente*	*Periodicidad*
Intoxicación/exposición a Plaguicidas de Uso Agrícola	Individual	Universal/Clínico/laboratorio/Epidemiología	Semanal
Intoxicación/exposición a Plaguicidas de Uso Doméstico	Individua	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 exposición a Plaguicidas en un mismo lugar o zona geográfica y donde se compruebe la exposición efectiva al agente causal.

Se promueve que los Centros de Información, Asistencia y Asesoramiento Toxicológico (CIAATs), en tanto fuente de información para la toxicovigilancia, se constituyan como *Unidades Centinela* del SNVS[2.0], para la caracterización de las intoxicaciones por plaguicidas de uso agrícola y doméstico. Asimismo, se promueve la vigilancia centinela en aquellos sitios donde el uso de plaguicidas en zonas de cultivos extensivos y frutihortícolas, aunque no cuenten con CIAATs.

---

[14] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44271/9789241547963_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIONES DE CASO

Intoxicación/exposición a plaguicidas de uso agrícola:

Caso sospechoso: Toda persona con antecedentes de exposición a plaguicidas de uso agrícola aguda o crónica, que no presente signos ni síntomas de enfermedad atribuible a dichos compuestos en el momento de la consulta.

Caso probable: Toda persona con antecedentes confirmados de exposición crónica a plaguicidas de uso agrícola (Criterio epidemiológico), con signos y síntomas de enfermedad atribuible (Criterio Clínico).

Caso confirmado: Toda persona con antecedentes confirmados de exposición aguda a plaguicidas de uso agrícola (Criterio epidemiológico), con signos y síntomas de enfermedad atribuible (Criterio Clínico). O toda persona con signos y síntomas de enfermedad atribuible (Criterio Clínico) y con concentraciones de compuestos o sus metabolitos superiores a los valores de referencia en muestras biológicas o alteraciones bioquímicas características (Criterio laboratorial).

Caso descartado: Caso sospechoso en el que se confirma otra etiología para el cuadro clínico presentado

Intoxicación/exposición a plaguicidas de uso doméstico:

Caso sospechoso: Toda persona con antecedentes de exposición a plaguicidas de uso doméstico, que no presente signos ni síntomas de enfermedad atribuible a dichos compuestos en el momento de la consulta.

Caso confirmado: Toda persona con antecedentes de exposición a plaguicidas de uso doméstico (Criterio epidemiológico), con signos y síntomas de enfermedad atribuible (Criterio Clínico). O toda persona con signos y síntomas de enfermedad atribuible (Criterio Clínico) y con concentraciones de compuestos o sus metabolitos superiores a los valores de referencia en muestras biológicas o alteraciones bioquímicas características (Criterio laboratorial).

Caso descartado: Caso sospechoso al que no se confirme el antecedente de exposición a plaguicidas de uso doméstico, y con resultados de biomarcadores de exposición inferior a los valores de referencia o sin alteraciones bioquímicas características.

Interpretación de resultados de laboratorio:

Los resultados del laboratorio serán analizados e informados conforme con las determinaciones disponibles, antecedentes epidemiológicos y los valores de referencia vigentes al momento del diagnóstico.

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Alertar en forma temprana ante la ocurrencia de casos de intoxicaciones por plaguicidas de uso agrícola o doméstico, para generar una investigación acerca del o los posibles determinantes del evento.
- Unificar y sistematizar un espacio único de registro para los diferentes niveles y usuarios de la información sobre intoxicaciones.
- Evaluar la tendencia en la notificación y determinar la aparición de agrupamientos de personas o lugares.
- Optimizar el proceso de notificación y flujo de información de los casos de intoxicación aguda y crónica por plaguicidas.
- Identificar en forma oportuna la ocurrencia de casos para direccionar las intervenciones a desarrollar en la atención del evento y evitar la ocurrencia de nuevos casos.
- Orientar al personal de salud en el diagnóstico de la intoxicación aguda y crónica por plaguicidas.

- Detectar las situaciones de alerta que propicien la realización de acciones eficaces y oportunas en salud pública para minimizar las consecuencias negativas de este tipo de intoxicaciones.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Estricto cumplimiento de la legislación nacional[15] 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, Empleo y Seguridad Social), en el ámbito doméstico (normativa sobre productos de uso doméstico - ANMAT), en el ambiente (normativa del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sustentable o autoridad ambiental jurisdiccional), cumplimiento de la receta agronómica - SENASA -, así como la realización de la buenas prácticas agrícolas (BPA).

- Respetar las indicaciones de uso del fabricante descritas en la etiqueta del producto.

- Capacitación a los equipos de salud en relación a los efectos tóxicos de los plaguicidas, medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento.

- Los aplicadores deben usar EPP para protegerse adecuadamente, y quienes no participan directamente en esas actividades no deben permanecer en la zona durante la aplicación y en el periodo inmediatamente posterior.

- Los alimentos para consumo deben cumplir con los reglamentos sobre cantidad máxima de residuo de un plaguicida permitida legalmente (LMR). Las personas que cultivan para el autoconsumo deben seguir las instrucciones de uso de los plaguicidas y protegerse con EPP siempre que sea necesario.

- Los consumidores pueden reducir la ingesta de residuos de plaguicidas pelando y lavando con agua segura las frutas y hortalizas.

- Precauciones al usar plaguicidas: leer previamente la etiqueta. Respetar las indicaciones de uso y seguridad. Usar EPP. Desechar adecuadamente los envases y productos preparados.

- Los trabajadores expuestos deben recibir capacitación y elementos de protección adecuados y control periódico de salud.

- Monitoreo ambiente laboral

- Cumplimiento de No aplicación en las Zonas de Exclusión, así como las zonas buffer.

- Promover el adecuado uso de los plaguicidas en el marco de la Buenas Prácticas Agrícolas

MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

A nivel individual:

- Manejo hospitalario o ambulatorio del caso.
- Notificación del caso individual en el SNVS[2.0]
- Definir nombre del producto o grupo y uso.
- Estudio por laboratorio.
- Visita domiciliaria a través de agente sanitario o técnico comunitario de salud.

A nivel comunitario:

[15] Ver Ley 27.279 de presupuestos mínimos de protección ambiental para la gestión de los envases vacíos de fitosanitarios, en virtud de la toxicidad del producto que contuvieron, requiriendo una gestión diferenciada y condicionada

- Control y/o eliminación de fuentes de exposición, de emisiones y efluentes industriales.
- Aporte de agua segura.
- Capacitación a los equipos de salud en relación a los efectos tóxicos de los plaguicidas, medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Educar a la población, y sobre todo a los trabajadores potencialmente expuestos, acerca de medidas de protección personal para evitar tanto su intoxicación como la de sus familias
- Alerta e investigación ambiental o de brote si corresponde.
- Vigilancia epidemiológica de poblaciones de riesgo.

Medidas ante brotes

- Identificar a las personas en riesgo de exposición.
- Reconocer y controlar las fuentes de la intoxicación.
- Recolectar muestras de envases y o el producto en cuestión para análisis por laboratorio.
- Recomendar medidas para controlar el brote y prevenir la aparición futura de eventos similares.
- Determinar la fuente y el modo mediante los cuales ocurrió la contaminación, así como los procesos o prácticas que lo permitieron.
- Alertar a los organismos involucrados en el control de la fuente. Gestionar el acceso a asistencia técnica.
- Gestionar la provisión de medicación específica y el acceso a la salud de las personas afectadas.

PARA MÁS INFORMACIÓN Y LINKS DE INTERÉS:

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

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

primero
la gente



Ministerio de Salud
Argentina