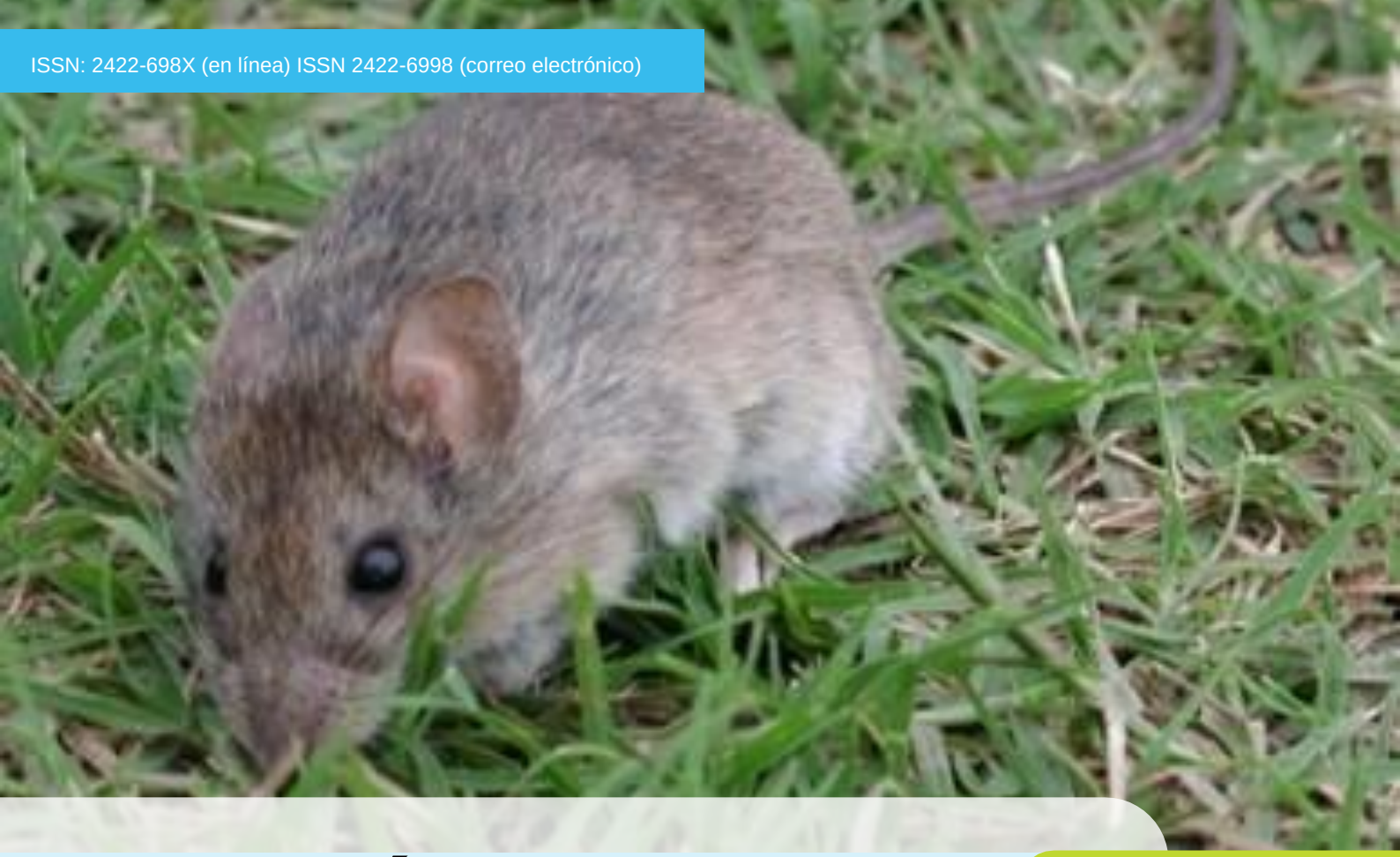
ISSN: 2422-698X (en línea) ISSN 2422-6998 (correo electrónico)



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA
30

NÚMERO 612
AÑO 2022

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Ministerio de Salud
Argentina

AUTORIDADES

PRESIDENTE DE LA NACIÓN
DR. ALBERTO ÁNGEL FERNÁNDEZ

MINISTRA DE SALUD DE LA NACIÓN
DRA. CARLA VIZZOTTI

JEFA DE GABINETE
LIC. SONIA GABRIELA TARRAGONA

SECRETARIA DE ACCESO A LA SALUD
DRA. SANDRA MARCELA TIRADO

SUBSECRETARIA DE MEDICAMENTOS E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA
DRA. NATALIA GRINBLAT

DIRECTORA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA
DRA. ANALÍA REARTE

DIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA
MG. CARLOS GIOVACCHINI

CONTENIDO

Staff 4

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES 5

Viruela símica 6

Hepatitis aguda grave de origen desconocido 11

EVENTOS PRIORIZADOS 13

Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 14

INFORMES ESPECIALES 40

Fiebre Hemorrágica Argentina 41

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA 50

Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria 51

Actualizaciones de eventos de notificación obligatoria: intoxicación/exposición a metales y metaloides 52

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
María Pía Buyayisqui
Karina Martinez
Ezequiel Travin
Dalila Rueda
Analí López Almeyda
Laura Bidart
Mariel Caparelli
Mercedes Paz
Mariana Mauriño
Georgina Martino
Alexia Echenique
Estefanía Cáceres
Silvina Moisés

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

- 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)
- Anabel Sinchi, Julia Marina Brignone, María Laura Martín, María de los Ángeles Conti y Laura Riera (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).
- Natalia Casas (Coord. de Zoonosis, Ministerio de Salud de la Nación).
- Soledad Alonso, Emma Coronel y Roxana Aquino (Coordinación de Hepatitis Virales, Ministerio de Salud de la Nación).
- María del Valle Juarez y Marcela López Yunes (Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de la Nación).

Imagen de tapa: Roedor de la especie *Calomys musculinus*, reservorio del virus de la Fiebre Hemorrágica Argentina. Proporcionada por María Laura Martín del INEVH Julio Maiztegui.

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.

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES

VIRUELA SÍMICA

SITUACIÓN NACIONAL AL 03/08/2022

37

Casos confirmados reportados

0

Personas fallecidas en el país

- ✓ Hasta el 03 de agosto se confirmaron 37 casos. Del total de casos confirmados 26 presentaron antecedentes de viaje fuera del país previo al inicio de los síntomas. De los 11 casos sin antecedente de viaje, varios refieren contacto sexual con viajeros o desconocidos o contacto estrecho con un caso confirmado.
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 36 años con un mínimo de 24 años y un máximo de 48 años.
- ✓ El 73% de los casos confirmados fueron diagnosticados en las últimas 4 semanas (SE 28 a SE 31)
- ✓ Todos los casos correspondieron al sexo masculino.
- ✓ A la fecha no se han notificado casos graves, internaciones, ni fallecidos por esta causa.

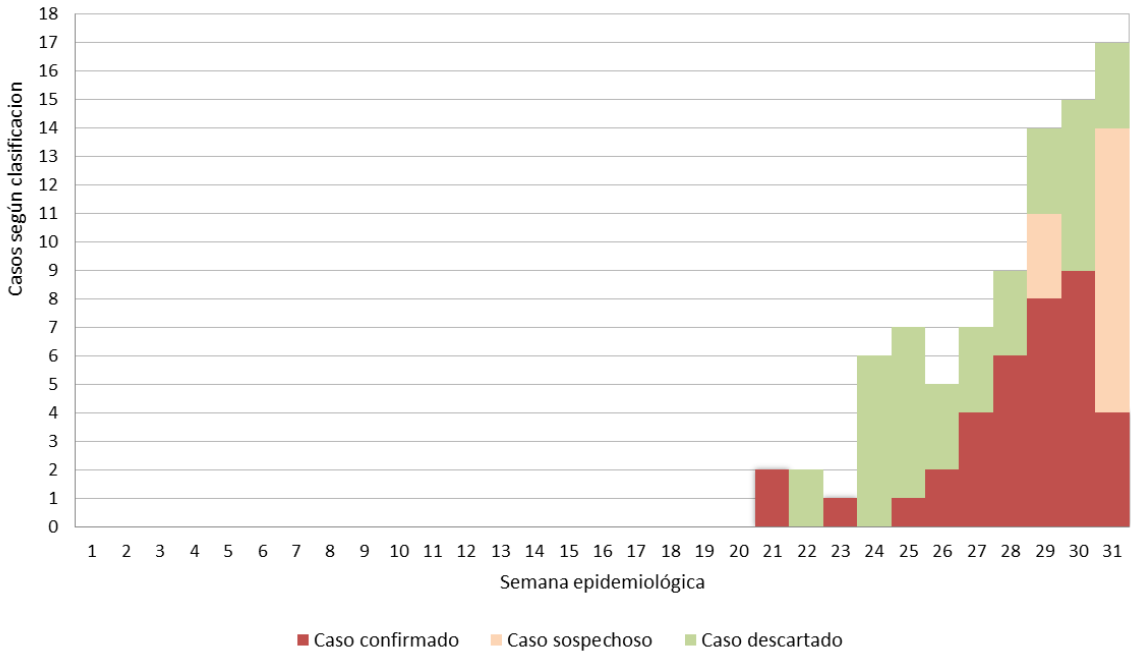
Tabla 1. Casos totales notificados según clasificación manual y provincia de residencia. Argentina. Actualizada al 03-8-22.

Provincia de residencia	Confirmado	Sospechoso	Descartado	Total
CABA	22	6	16	44
Buenos Aires	8	2	12	22
Córdoba	5	1	1	7
Santa Fe	1	3	-	4
Mendoza	1	1	1	3
Chaco	-	-	1	1
La Pampa	-	-	1	1
Neuquén	-	-	1	1
Río Negro	-	-	1	1
San Juan	-	-	1	1
Total	**37**	**13**	**35**	**85**

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0
**Tres casos fueron confirmados por criterio clínico epidemiológico.*

Con respecto a la jurisdicción de residencia de los casos confirmados, el 59% reside en CABA y 21% en la provincia de Buenos Aires, 13 % en Córdoba.

Gráfico 1. Casos notificados de viruela símica según clasificación y semana de notificación. Argentina. Actualizado al 03/08/2022 (n=85)

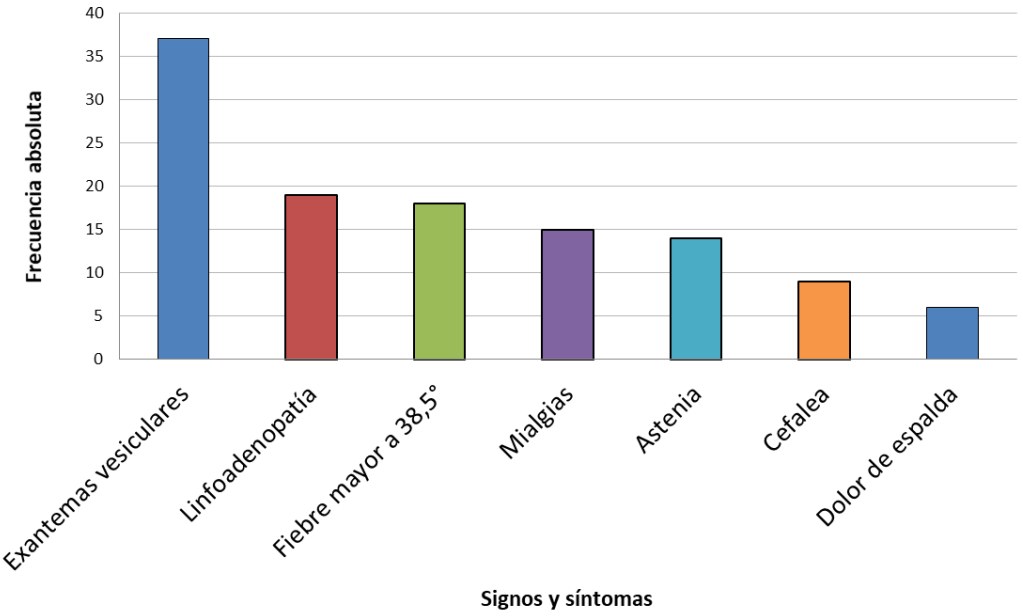


Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del SNVS[2.0]

La mayoría de los casos en el brote actual han presentado síntomas leves de la enfermedad (grafico 2), sin embargo, puede causar una enfermedad grave en ciertos grupos de riesgo (niños pequeños, personas gestantes y personas inmunodeprimidas).

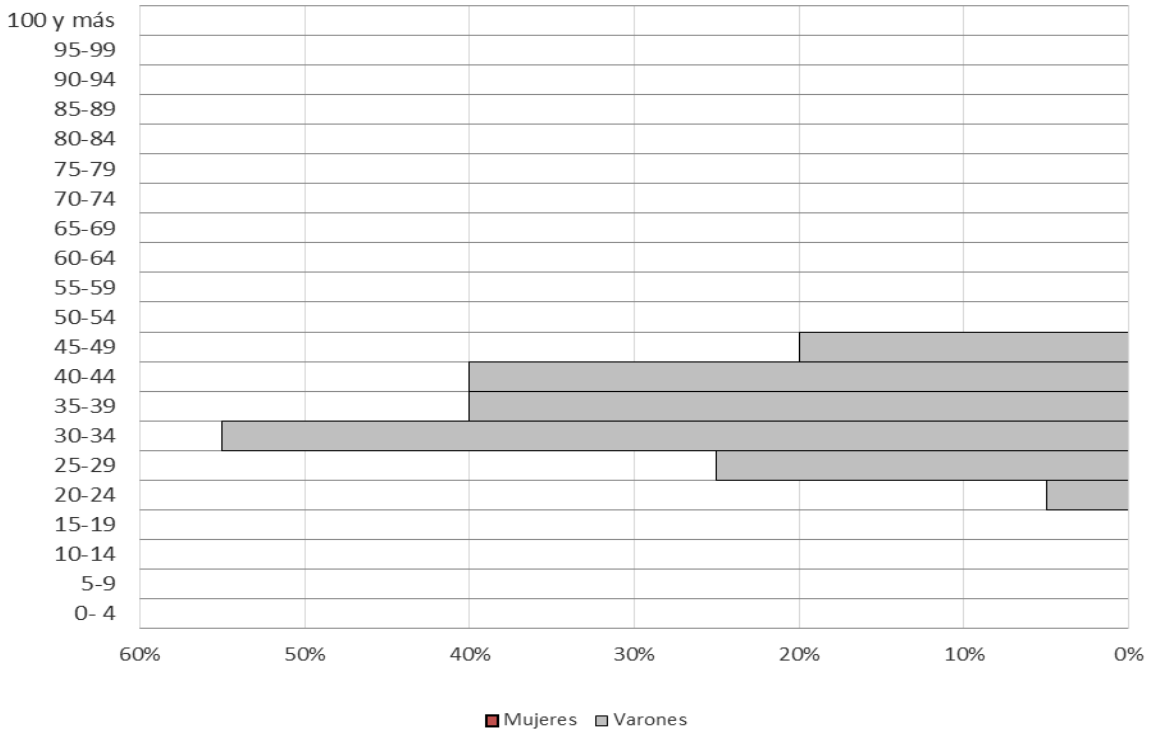
Los casos se caracterizaron principalmente por la presencia de exantemas vesiculares, en varios casos pocas lesiones en diferentes localizaciones incluyendo genitales, perianales, manos, torso y cara.

Gráfico 2. Viruela símica: frecuencia absoluta de signos y síntomas en casos confirmados (n=37)



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

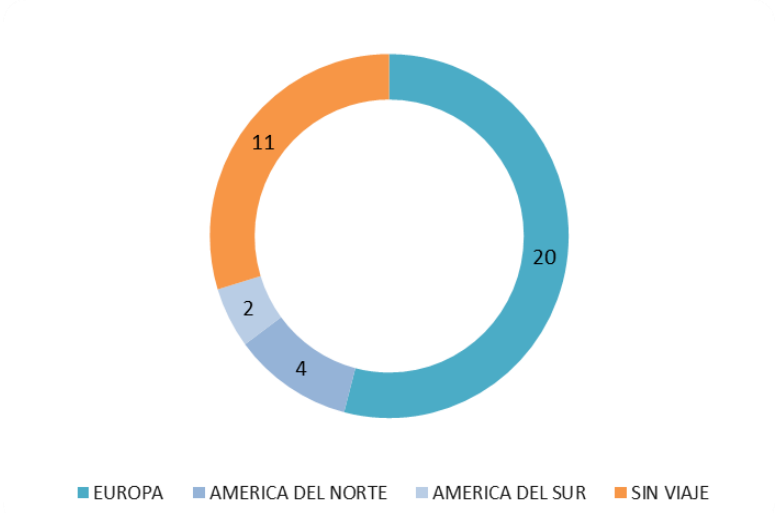
Gráfico 3. Distribución por edad y sexo informado en los casos confirmados (n=37)



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

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 un máximo de 48 años. Hasta el momento la población más afectada está compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres (23 de los 37 casos registrados hasta ahora lo refieren y para el resto de los casos no se cuenta con el dato) **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 5. Casos confirmados por antecedente de viaje (n=37)



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

De los 37 casos registrados hasta el momento, 26 refieren antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas y los 11 restantes se distribuyen entre casos que tuvieron contacto sexual con viajeros, o con personas que desconocen si viajaron y contactos de casos confirmados previamente.

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

---

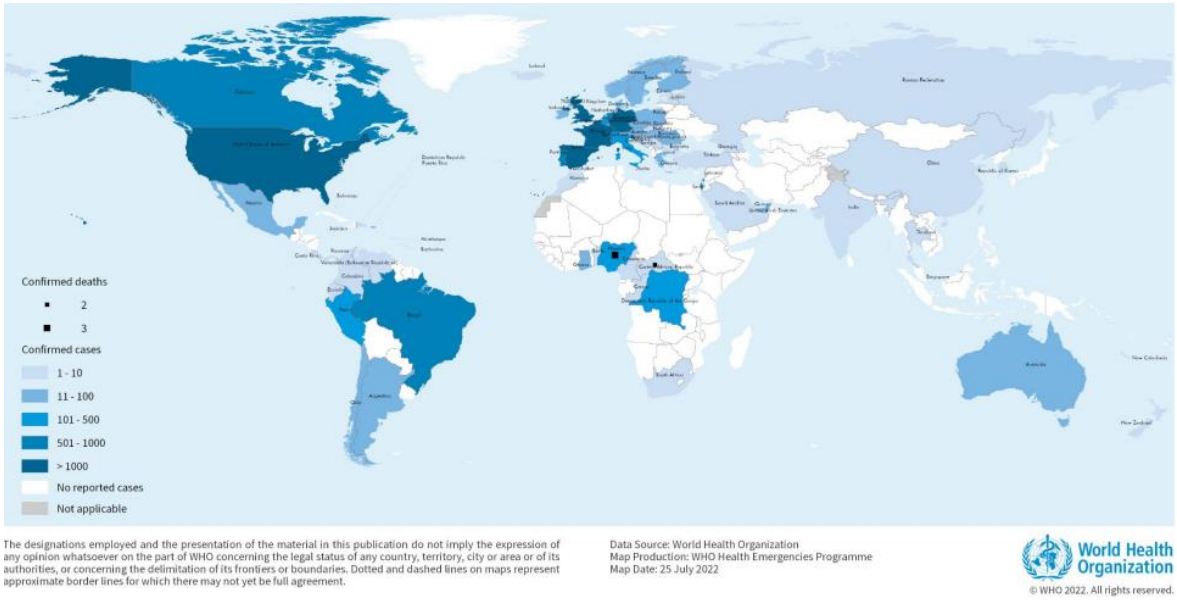
SITUACIÓN INTERNACIONAL

21.064
Casos confirmados reportados a OMS al 28 de julio de 2022

78
Países afectados

5
Personas fallecidas reportadas a OMS al 22 de julio

Mapa 1. Distribución geográfica de casos de viruela símica reportados a OMS entre el 01/01 y el 22/07.



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 28 de julio de 2022, se han registrado un total de 21.064 casos de viruela símica confirmados por laboratorio y cinco muertes en 78 países/territorios/áreas en las seis Regiones de la OMS. La Región Europea representa el 66% de los casos totales, la Región de las Américas representa el 32%, África el 2% y el resto de las Regiones menos del 1%.

En la Región de las Américas los casos informados en los últimos 7 días fueron 6.785 en 19 países o territorios. EE.UU., Brasil y Canadá son los países con más casos poseen y se encuentran dentro de los 10 países con mayor cantidad de casos a nivel mundial. Los casos confirmados nuevos representaron un 79.9% de aumento en una semana.

A su vez, Brasil informó la primera muerte regional el 29/07 (hombre de 41 con enfermedad oncológica).

Por último, para nuestra región el 99,2% de los casos son hombres, el 81% de 1.019 casos tienen entre 25 y 45 años y la mayoría se identifica como HSH.

El día 23 de julio de 2022 y debido a la rápida propagación del virus en al menos 75 países y territorios la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote actual de viruela símica constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005) (más información disponible en https://www.who.int/news/item/23-07-2022-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr)-emergency-committee-regarding-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox

HEPATITIS AGUDA GRAVE DE ORIGEN DESCONOCIDO

SITUACIÓN NACIONAL AL 03/08/2022

7
Casos probables notificados

1
Casos probables fallecidos

3
Casos probables trasplantados

23
Casos descartados

23
Casos pendientes de notificación

4
Mediana de edad probables (Min 0 – Max 8)

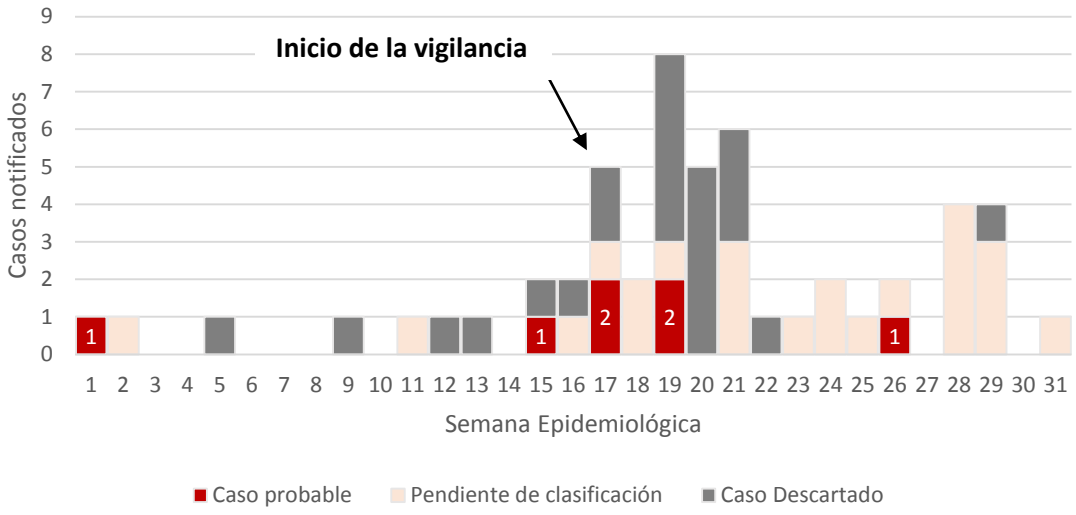
Tabla 2. Casos de hepatitis aguda grave de origen desconocido en pediatría, según jurisdicción de residencia y clasificación del caso.

Jurisdicción de residencia	Casos notificados	Casos probables	Casos Descartados	Pendientes de clasificación
Buenos Aires	25	2	14	9
CABA	4		1	3
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	3	1	1	1
Neuquén	2		1	1
Rio Negro	1		1	
San Juan	1			1
San Luis	1	1		
Santa Cruz	1			1
Santa Fe	3	1		2
Tucumán	1		1	
Total general	**53**	**7**	**23**	**23**

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

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 29/2022

41.735

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

En la SE 29 se registra un ascenso de los casos informados de 5% respecto a la SE previa (ascenso de 2.079 casos).

17%

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

13.275

Casos de COVID-19 registrados en la última semana en población de 50 años y más (según fecha de inicio del caso[1]).

En la SE 29 se registra una disminución de 11% respecto a la SE previa[2] (disminución de 1.565 casos).

31,25%

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

76

Fallecidos informados la última semana.

12%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio.

38

Fallecimientos acontecidos en la última semana.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 29/2022

- ✓ Entre la SE01-28 de 2022 se registraron 604.490 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 93.074 casos de Neumonía, 103.481 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 21.796 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).

- ✓ Hasta la SE29 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

[1] 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.

[2] 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.

es de 23.27%, 10.01% y 6.53%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, asciende para influenza y VSR.

- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE23-29 el porcentaje de positividad para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 15.05%, 3.70% y 39.11%, respectivamente. Se observa un descenso de la positividad para influenza y un ascenso para 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 29 de 2022 se registraron 97 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

9.507.562

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 23 de julio de 2022

129.278

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 16 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 27 corresponden a variante Ómicron en todas las regiones del país. Entre la SE25 y SE27 se observa que BA.4 y BA.5 se encuentran en ascenso mientras que la proporción de BA.2 disminuye.

45,4%

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%.

90,5%

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

92,3%

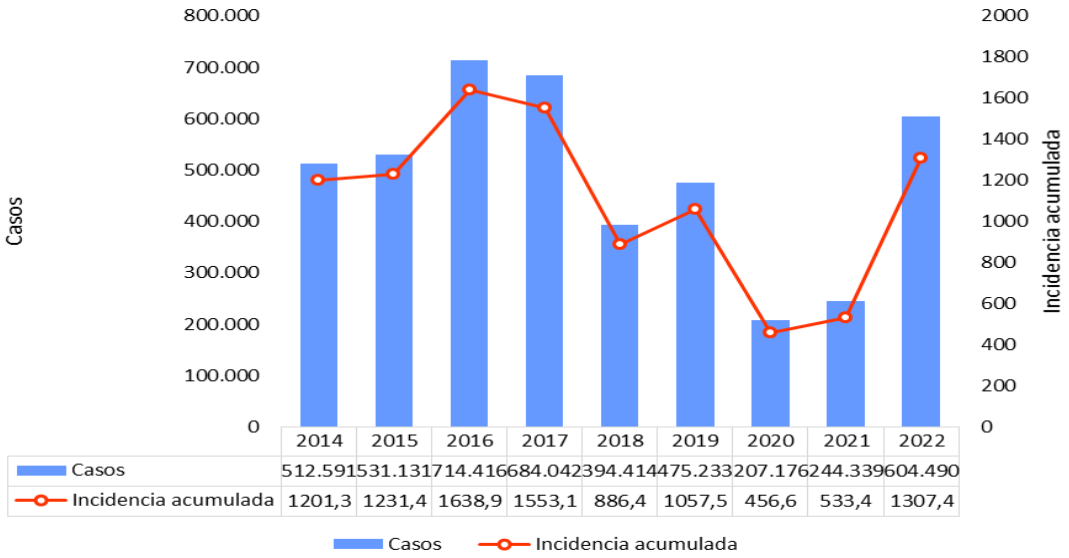
De la población de 50 y más años recibió dos dosis contra la COVID-19.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En las 28 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 604.490 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1307,4 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 28 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 28 – Año 2014-2022 Argentina.



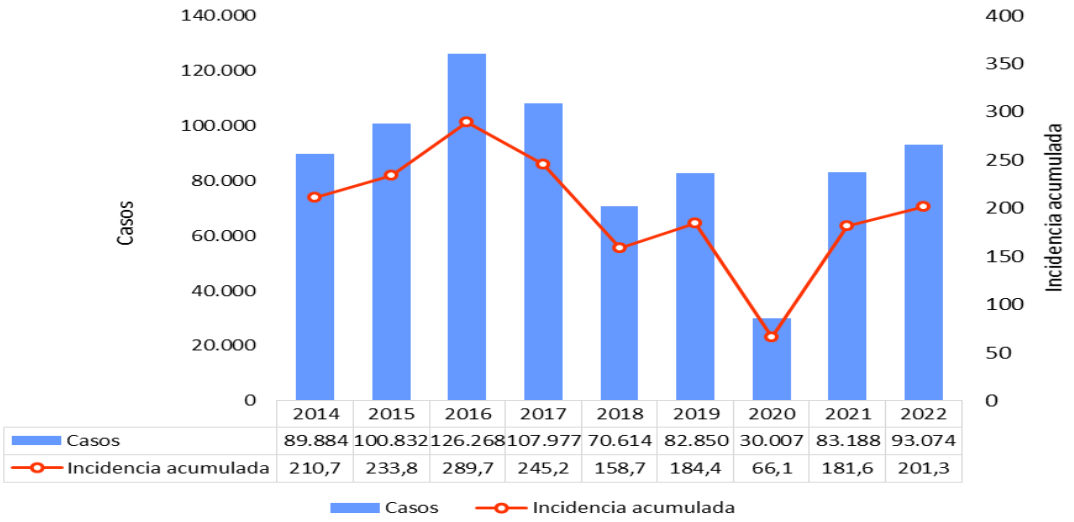
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

En las 28 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 93.074 casos de Neumonía, con una tasa de incidencia acumulada de 201,3 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 28 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 SE28– Año 2014-2022. Argentina. [3]



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Casos	89.884	100.832	126.268	107.977	70.614	82.850	30.007	83.188	93.074
Incidencia acumulada	210,7	233,8	289,7	245,2	158,7	184,4	66,1	181,6	201,3

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

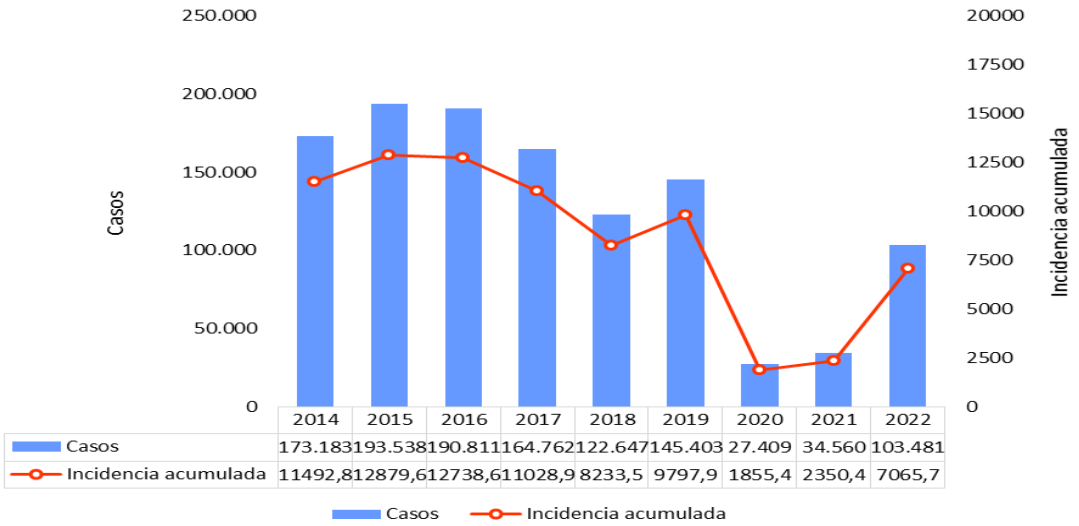
BRONQUIOLITIS

En las 28 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 103.481 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 7065,7 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 28 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).

[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 9: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 28 – 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 SE29 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 5.375, 3.037 y 2.205 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, descendiendo en las 3 semanas posteriores. En SE28 vuelve a ascender a 30.33% alcanzando el 31.25% en SE29. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE16-17 con un descenso posterior. En SE26 vuelve a ascender, situándose en un 12% en SE29. 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 4.55% en la última semana analizada.

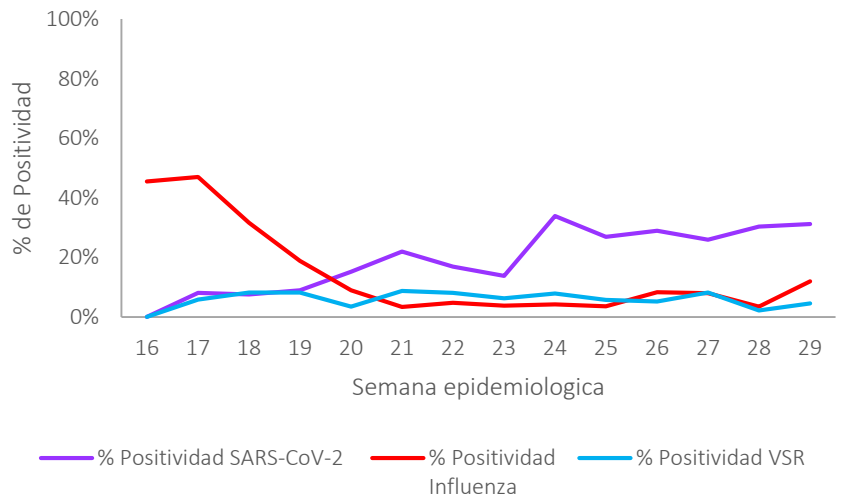
[4] Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las bronquiolitis en casos ambulatorios registradas con modalidad 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 – SE16-29 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina[5].

	Última semana			SE16 - SE29		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	4.482	2.047	45,67%	44.213	13.938	31,52%
SARS-CoV-2 por PCR	416	130	31,25%	5.375	1.251	23,27%
Influenza	75	9	12,00%	3.037	304	10,01%
VSR	44	2	4,55%	2.205	144	6,53%

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.

Gráfico 10. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16-29 Año 2022[6]



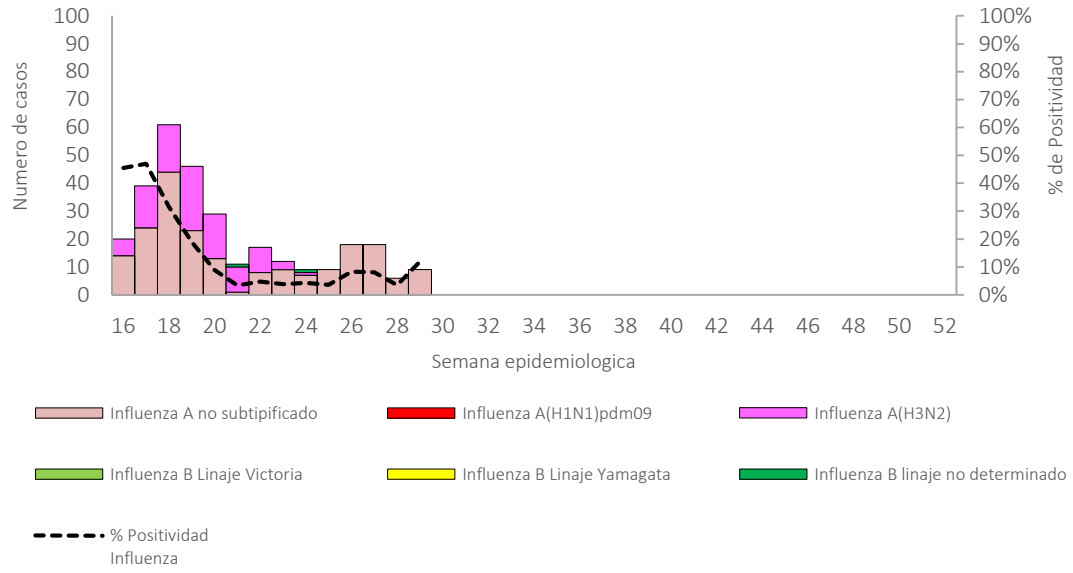
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En relación a las muestras positivas para virus Influenza (n=304), 302 (99.3%) fueron positivas para Influenza A y 2 (0.7%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 99 muestras cuentan con subtipificación, detectándose influenza A H3N2 (Gráfico 11).

[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

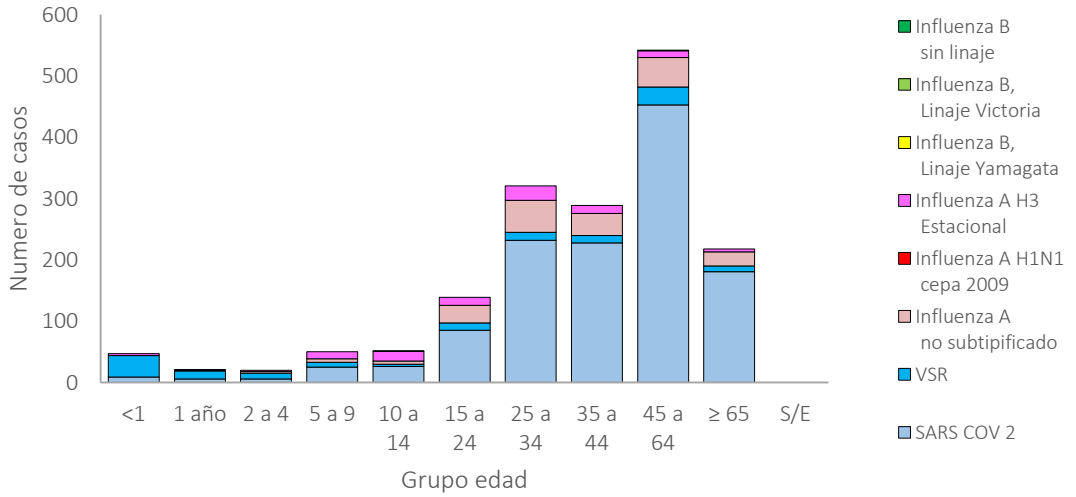
Gráfico 11. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-29 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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 SE 29 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".

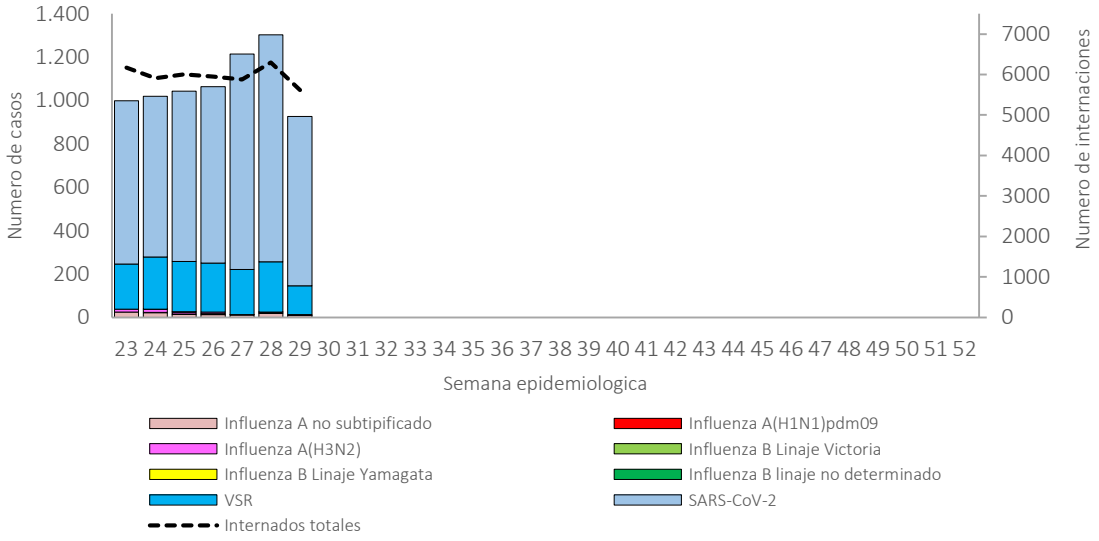
Entre la SE23-29, se notificaron 39.308 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 5.915 fueron positivas (porcentaje de positividad 15.05%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 4.806 muestras para virus influenza con 178 detecciones positivas (porcentaje de positividad 3.70%), de las mismas 173 fueron influenza A y 5 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 65 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 54 (83.07%) son influenza A H3N2 y 11 (16.93%) son influenza A H1N1. En relación a influenza B, corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje.

Durante el mismo periodo, hubo 3.779 muestras estudiadas para VSR registrándose 1.478 con resultado positivo (porcentaje de positividad 39.11%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS.2.0 en SE29 desciende respecto a la semana previa (Gráfico 13).

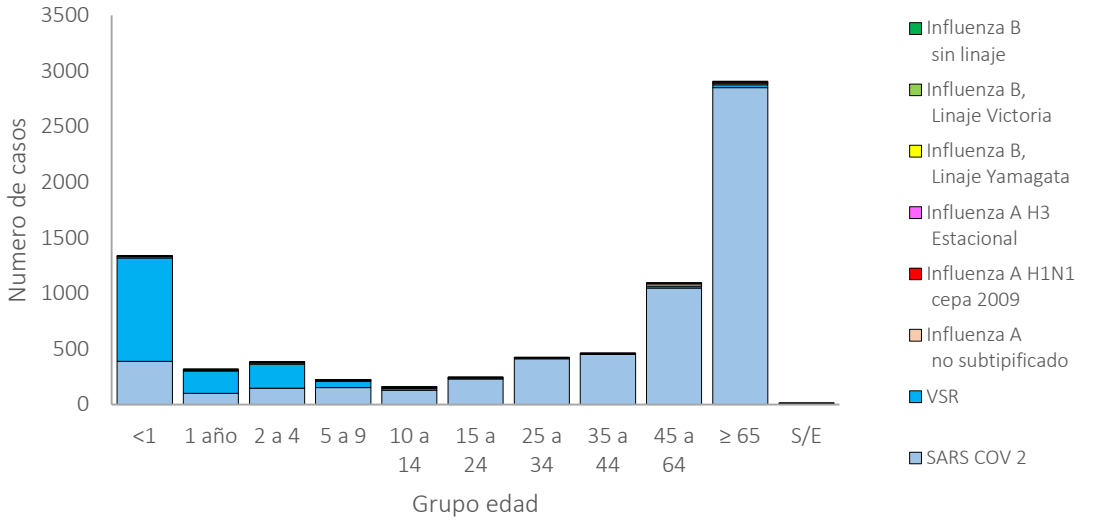
Gráfico 13. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23-28 Año 2022



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 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, ≥ 65 años y 45 a 64 en el periodo analizado (Gráfico 14).

Gráfico 14. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23-29 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.

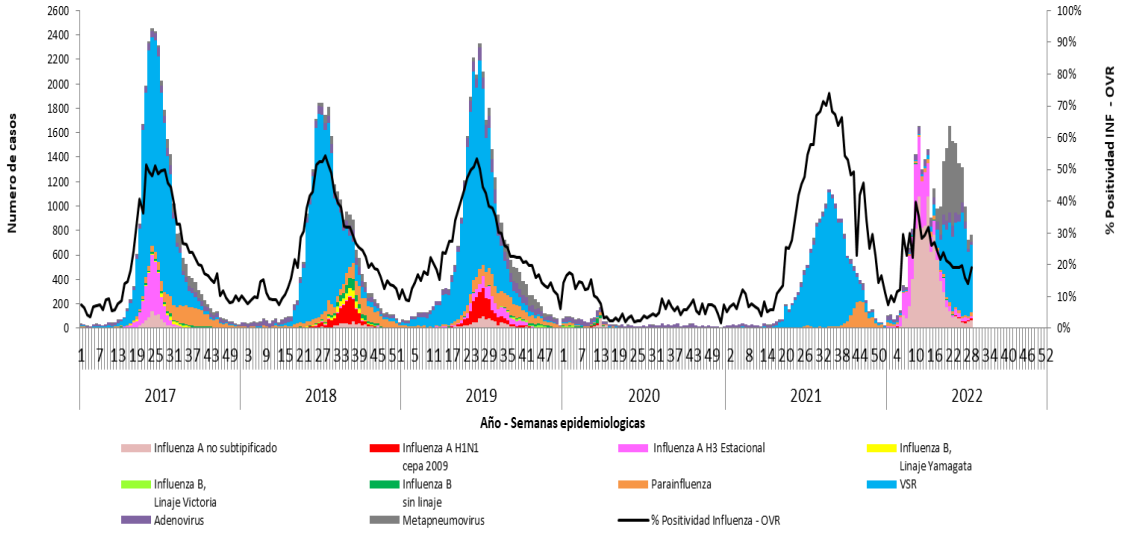
Hasta la SE29 de 2022, se registraron 97 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

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).

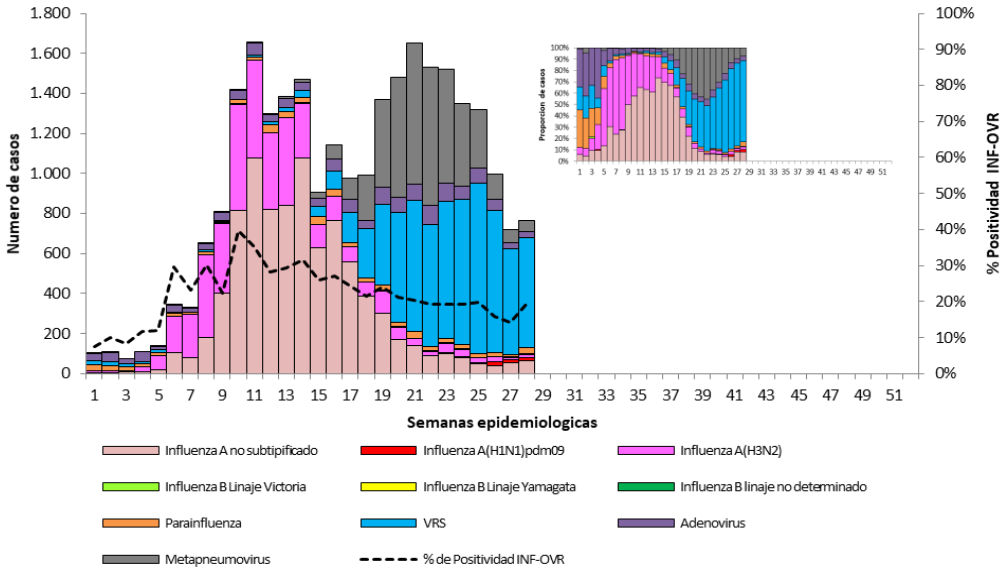
Gráfico 15. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2021. SE01-SE28 2022



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 SE28 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 de virus Influenza en las últimas 11 semanas, con un aumento en SE28 respecto a la semana previa.

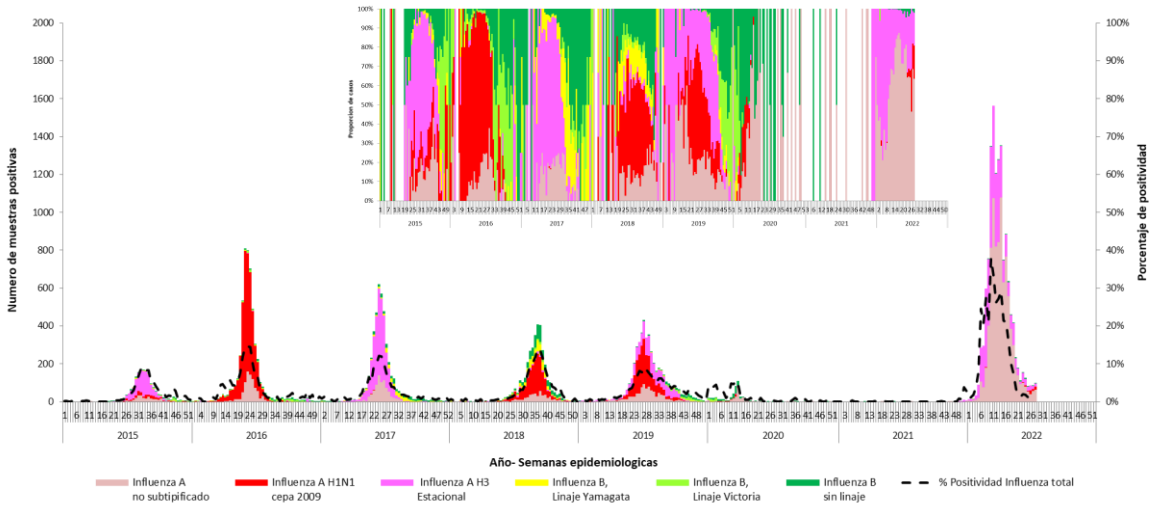
Gráfico 16. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01- SE28 de 2022. Argentina. (n=26.613)



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 2.46% durante la SE28.

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 SE28 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 23 de julio de 2022, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 9.507.506 casos confirmados de Covid-19 y 129.278 fallecimientos. En la SE 29 se notificaron 41.735 casos de COVID-19, 5% más que la SE previa (incremento de 2.079 casos).

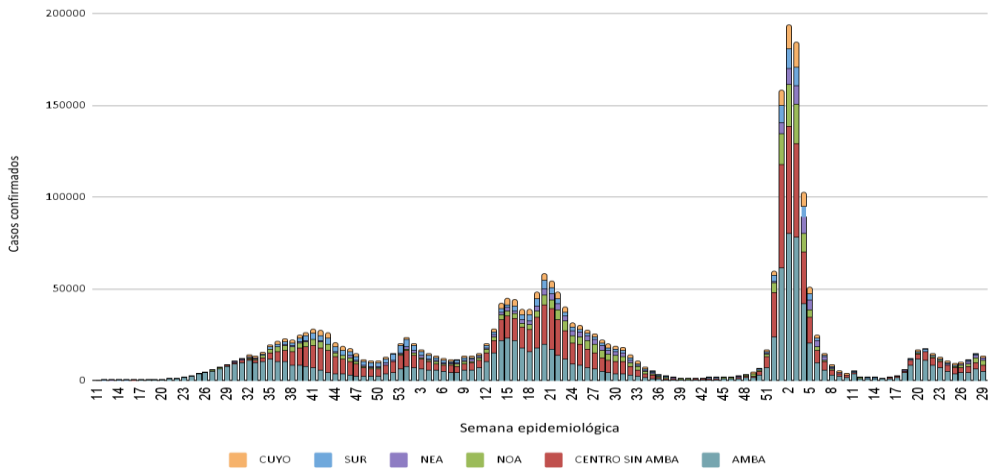
Respecto a la población de 50 y más años, desde el inicio de la pandemia hasta el 23 de julio de 2022, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 2.414.093 casos confirmados de COVID-19 y 116.925 fallecimientos. Durante la SE 29 (considerando la fecha de inicio del caso[7]) se registraron 13.275 casos de COVID-19, 11% menos en relación a la SE 28[8] con una disminución de 1565 casos (Gráfico 18).

[7] 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.

[8] 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.

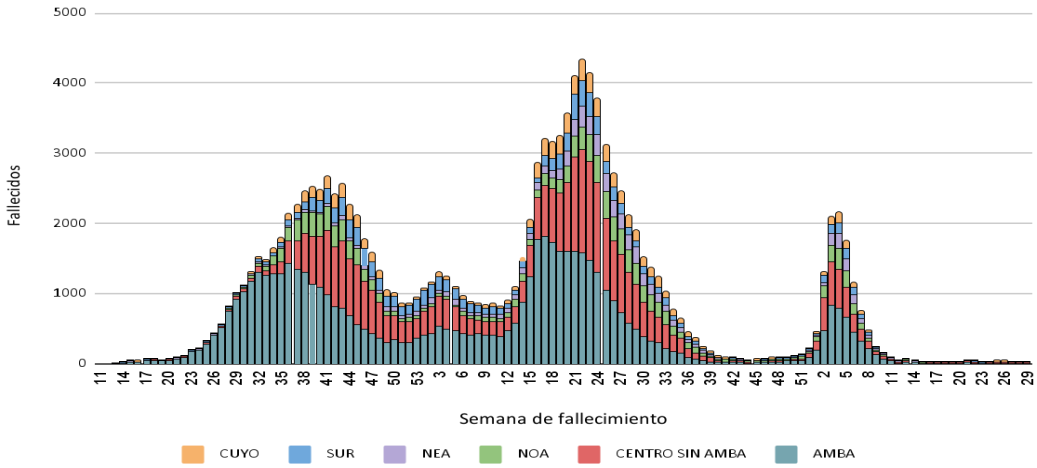
En cuanto a los fallecimientos, se notificaron 76 durante la SE 29, de los cuales 38 corresponden a fallecimientos acontecidos en dicha semana y el resto a semanas previas. En relación a la SE 28, la disminución es de 17% (8 fallecimientos menos). Se destaca que desde la SE 12/2022 se observa la cantidad de fallecidos por semana más baja desde el comienzo de la pandemia (Gráfico 19).

Gráfico 18. Casos confirmados en población de 50 años y más por semana epidemiológica[9] según región del país. SE 10/2020 - SE 29/2022, 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 29/2022, Argentina según regiones.

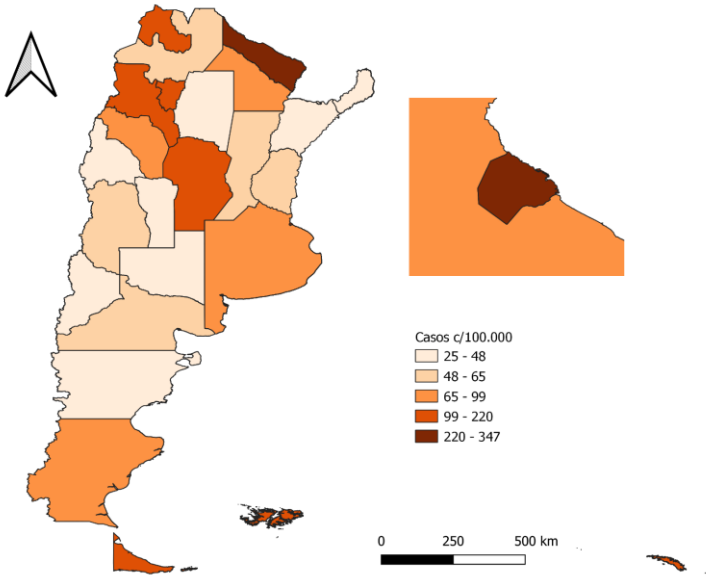


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS[2.0].

[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 26 a SE 29/2022) fue de 107,7 casos cada 100.000 habitantes. Las jurisdicciones que presentaron las tasas más elevadas fueron Formosa, CABA y Catamarca (Mapa 2).

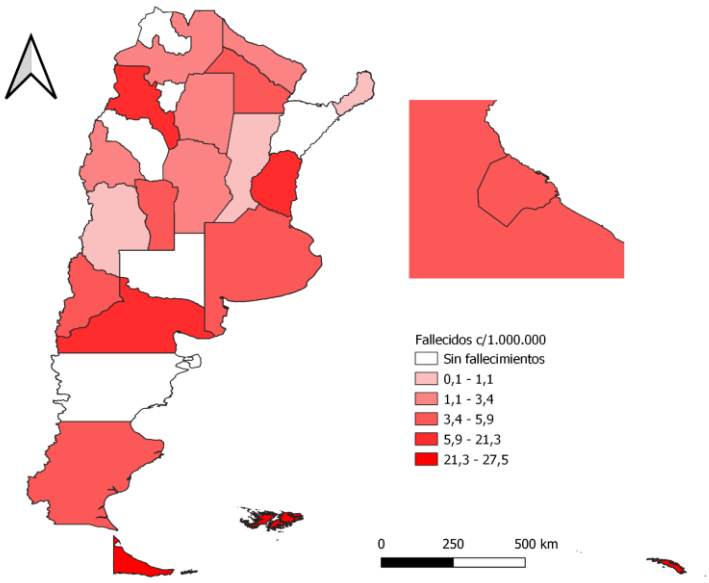
Mapa 2. Incidencia en población de 50 y más años cada 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 26 a 29/2022, Argentina. N=49.809.



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 3), a nivel nacional esta fue 3,7 fallecidos por cada millón de habitantes considerando el período comprendido en las últimas 4 semanas (SE 26 a 29). Las provincias con las mayores tasas para el período fueron Catamarca, Tierra del Fuego, Catamarca y Entre Ríos.

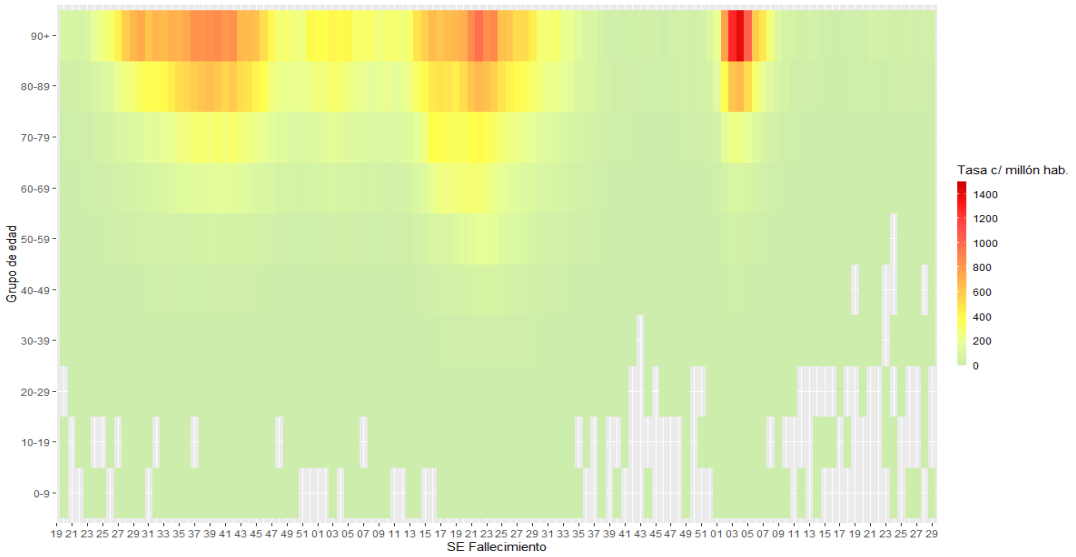
Mapa 3. Tasa de mortalidad acumulada por 1.000.000 de habitantes por jurisdicción de residencia. SE 26 a 29/2022, Argentina. Argentina. N=171.



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). A partir de la SE 12 del año en curso y a nivel país, se registran de manera sostenida las tasas de mortalidad por semana más bajas de la pandemia.

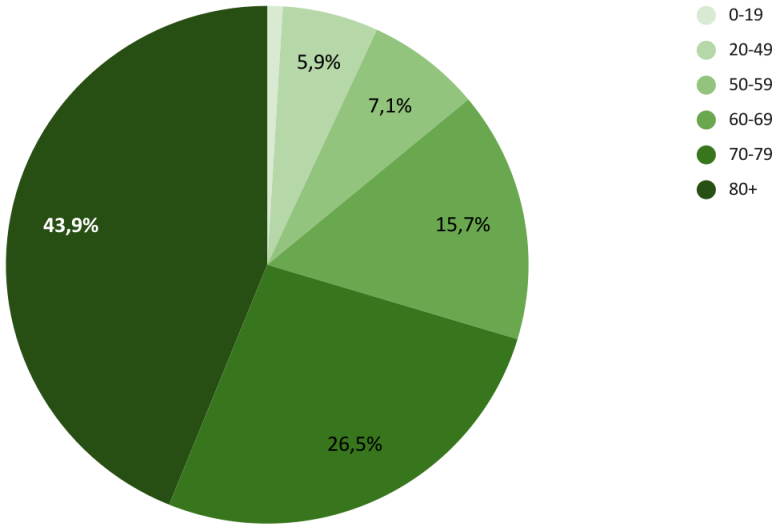
Gráfico 20. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/20 a 29/22.



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 21. Fallecidos por grupo edad. Total País, SE 01 a 29/22. N=11.619*



**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 - 26/07/22 SE 29.

INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

Ómicron es actualmente la variante dominante que circula a nivel mundial. El patrón de alta transmisión observado para Ómicron ha facilitado la aparición de mutaciones adicionales que definen diferentes sublinajes clasificados dentro la misma variante. A la fecha, se han reportado globalmente 5 diferentes linajes principales de Ómicron: BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 y BA.5 y sus linajes descendientes (BA.1.1, BA.2.12.1, entre otros). En la actualidad, las proporciones de BA.5 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 cuanto a los linajes, entre la SE25 y SE27 se observa que BA.4 y BA.5 se encuentran en ascenso mientras que la proporción de BA.2 disminuye: la proporción de BA.4 aumenta de 9.2% a 13.6% (y a 15.5% si se consideran solo las muestras con identificación de linaje), BA.5 se incrementa de 8.5% a 14.8% (y a 16.9% si se consideran solo las muestras con identificación de linaje), Ómicron compatible con BA.4/BA.5 aumenta de 10% a 20.9% (y a 23.9% si se consideran solo las muestras con identificación de linaje), y la proporción de BA.2 desciende de 55.4% a 24.7% (y a 28.2% si se consideran solo las muestras con identificación de linaje).

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

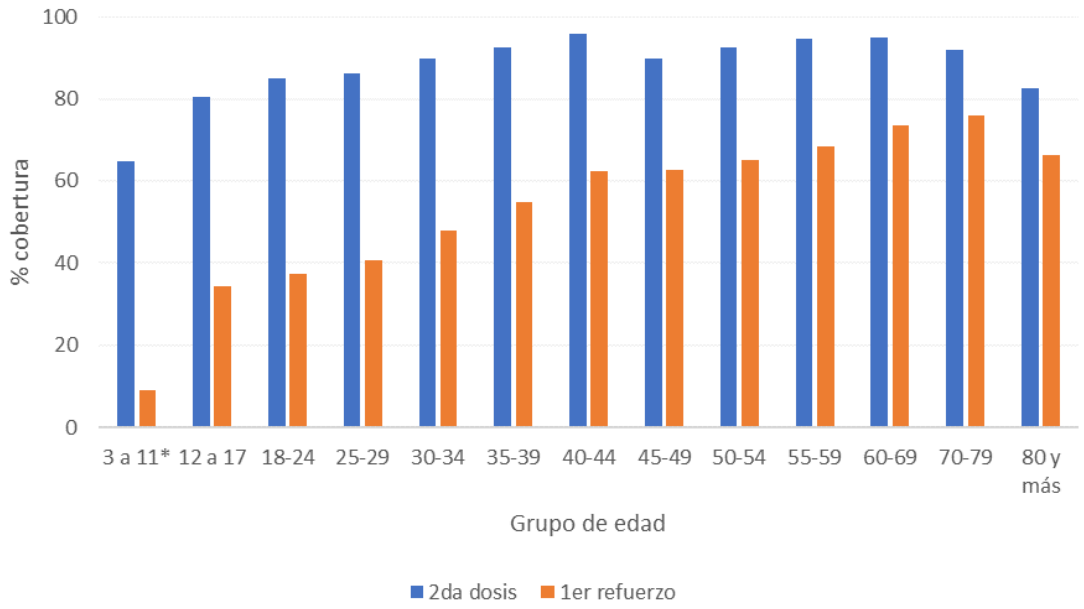
Para más información, consultar la Sala de situación covid y otros virus respiratorios - 26/07/22 SE 29 y el Informe de Vigilancia Genómica SE 30.

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 90,5% 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 SE29, la cobertura alcanzó el 80,5%. En el grupo de 3 a 11 años, entre el inicio del plan de vacunación en la SE41 hasta la SE29, la cobertura alcanzó el 64,9%.

Respecto de las coberturas del primer refuerzo, el 45,4% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 57,1% 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 70,6%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años la cobertura alcanzó el 34,4% y en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 9,1%.

Gráfico 22. Coberturas de 2da dosis y 1er refuerzo por grupo de edad. SE 29**



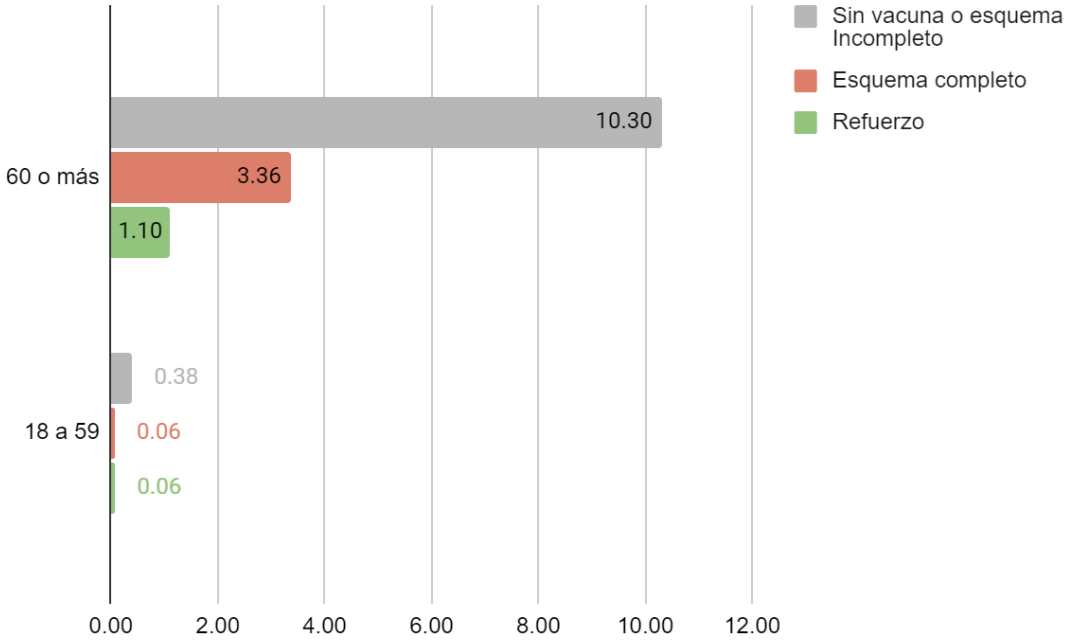
Fuente: Informe de avance vacunación contra Covid-19. DICEI. Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NoMiVac).

**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 SE26-SE29 se registraron 10,30 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o

con esquema incompleto. Se produjeron 3,36 muertes cada 100.000 habitantes en personas de 60 años y más años con esquema completo, mientras que en personas de este mismo grupo etario vacunadas con dosis de refuerzo la mortalidad fue de 1,10 muertes cada 100.000 habitantes.

Gráfico 23. Tasas de mortalidad c/100.000 hab según grupo de edad y estado de vacunación. SE 26 - SE 29/2022, 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 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 las semanas previas mientras que la actividad del 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 y Santa Lucía 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 período previo a la pandemia con circulación concurrente de SARS-CoV-2.

América Central: la actividad de la influenza continuó en descenso en la subregión, con predominio de 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, Guatemala y Panamá. En Guatemala los recuentos de casos de ETI asociados con influenza y SARS-CoV-2 se mantuvieron en niveles moderados con niveles de IRAG en ascenso en Guatemala.

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 con predominio de influenza A (H3N2) y a expensas de la circulación en Chile y Uruguay. 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 elevada sobre los niveles promedio para esta época del año, con predominio de VRS y SARS-CoV-2 en Chile, mientras que en Paraguay y Uruguay, predominaron el SARS-CoV-2, seguido de influenza.

Global: la actividad de influenza ha disminuido de forma constante, desde el pico observado en marzo de 2022. En las zonas templadas del hemisferio sur, en general la actividad de la influenza parece que ha disminuido levemente durante este período. En Oceanía, las detecciones de influenza parecen haber alcanzado su punto máximo en algunas regiones de Australia y Nueva Zelanda, con detecciones continuas predominantemente de virus influenza A (H3N2). En el sur de África, la actividad de la influenza disminuyó levemente con detecciones continuas de influenza A (H1N1) pdm09, seguida de algunos virus influenza A (H3N2) y algunos virus influenza B. En África tropical, la actividad de la influenza continuó disminuyendo. Los virus de la influenza A predominaron entre las detecciones reportadas. En el sur de Asia, las detecciones de influenza

[10]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

predominantemente A (H3N2) aumentaron en algunos de los países que informaron, pero se mantuvieron en niveles bajos en general. En el sudeste asiático, aumentaron las detecciones del virus de la influenza con predominio de la influenza A (H3N2). En Europa, en general la actividad de la influenza se mantuvo en niveles interestacionales bajos, con influenza A(H3N2) predominante entre los virus a los que se les determinó el subtipo. En Asia central y el norte de África no se informaron detecciones de influenza. En el este de Asia, la actividad de la influenza, predominantemente la influenza A(H3N2) y la enfermedad tipo influenza (ETI), aumentó en las provincias del sur de China. En otros lugares, los indicadores y la actividad de la enfermedad gripal permanecieron bajos. En Asia occidental, se informó un bajo número de detecciones de los virus de influenza A(H1N1)pdm09, A(H3N2) y B.

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19[11]

567.312.625

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS el 24 de julio de 2022

6.378.748

Personas fallecidas en el mundo.

6.607.653

Casos nuevos reportados en la última semana.

12.689

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

3%⬇

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

0% =

La cantidad de fallecidos nuevos fue similar a la de la semana anterior.

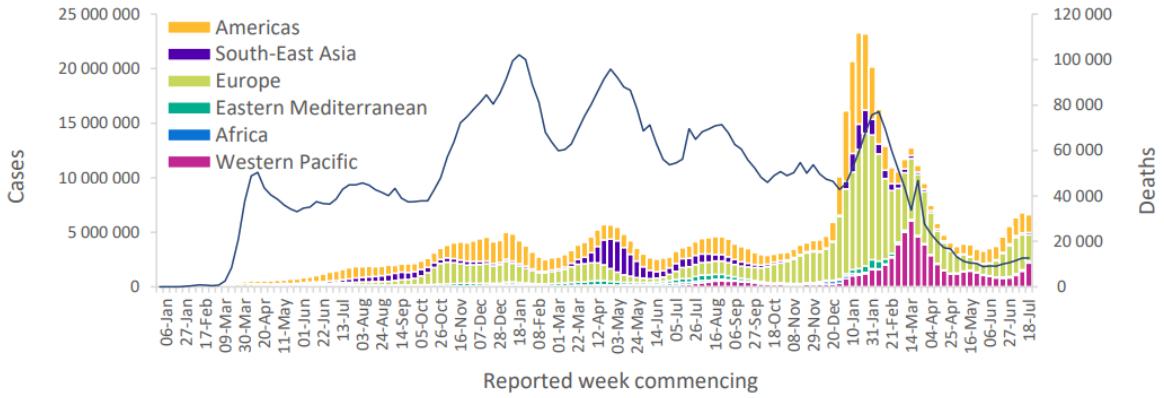
A nivel mundial, **el número de casos nuevos de la última semana disminuyó levemente con respecto a la semana previa**, mientras que el número de fallecimientos se mantuvo similar. En la Región de las Américas el número de casos nuevos disminuyó en un 12% y el número de nuevos fallecidos se mantuvo igual.

- ✓ 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.

[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

✓ Respecto de las variantes circulantes, a nivel mundial, los linajes predominantes de la variante Omicron son BA.4 y BA.5. Según muestras estudiadas en la SE 28, la proporción de secuencias notificadas de BA.5 fue del 52% y de BA.4 el 11%.

Gráfico 24. Casos y fallecidos de COVID-19 reportados semanalmente, por región de OMS.



Fuente: Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Reports (who.int)

Las recomendaciones para la comunidad y el equipo de salud para la prevención de COVID-19 y otros virus respiratorios se encuentran disponibles en: https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19

INFORMES ESPECIALES

FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA

SITUACIÓN NACIONAL A LA SE 30

42	6
Casos confirmados reportados	Personas fallecidas en el país

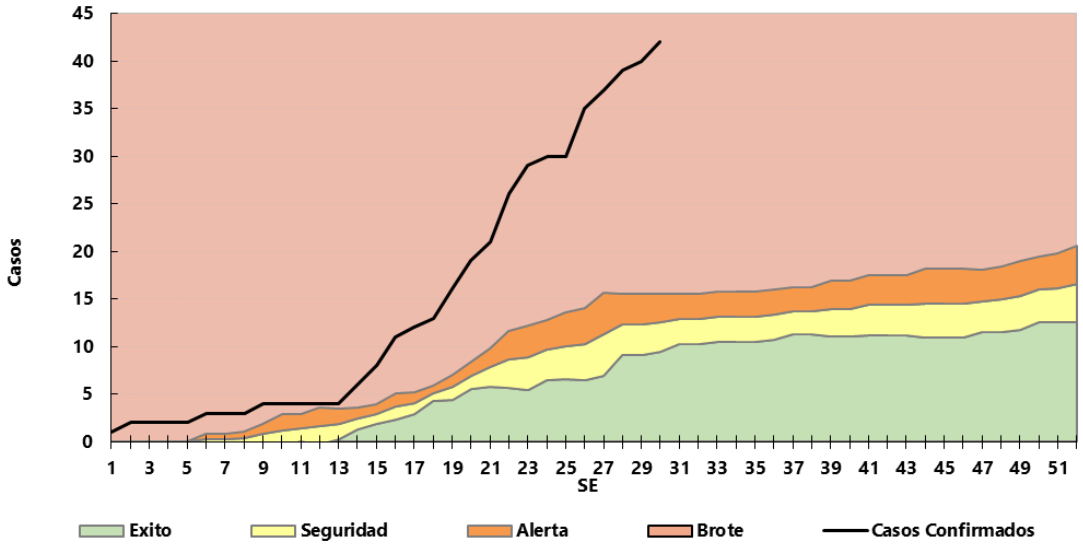
- ✓ Desde la SE1 a SE30 de 2022 se confirmaron 42 casos de Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) y 6 casos fallecidos.
- ✓ Los casos acumulados hasta la SE 30 se encuentran por encima de lo esperado para el mismo período respecto a los últimos años.
- ✓ El 95% registra residencia en departamentos del área endémica (40 casos).
- ✓ El 59,5% (25) de los casos corresponde al sexo legal masculino y el restante 40,5% femenino.
- ✓ La mediana de edad es de 37 años, con un mínimo de 2 y un máximo de 75. Tres casos corresponden a menores de 15 años.

A la semana epidemiológica 30 (SE 30) del año 2022 se han notificado un total de 245 casos sospechosos de FHA, de los cuales 42 casos se confirmaron por laboratorio y 6 de ellos fallecieron.

En el año en curso se evidencia una situación epidémica en comparación con años previos no epidémicos, como puede observarse en el corredor endémico acumulado (Gráfico 25). Un número similar de casos confirmados se presentó en el mismo período del año 2020, año en que se registró también una epidemia de dengue que afectó entre otras al área endémica para FHA, lo que posiblemente influyó[12] en el elevado número de casos sospechosos notificados, el que ascendió a 415 para el mismo período durante ese año.

[12] Debido a que dengue puede presentar un cuadro clínico similar al de la FHA durante la primera semana de evolución

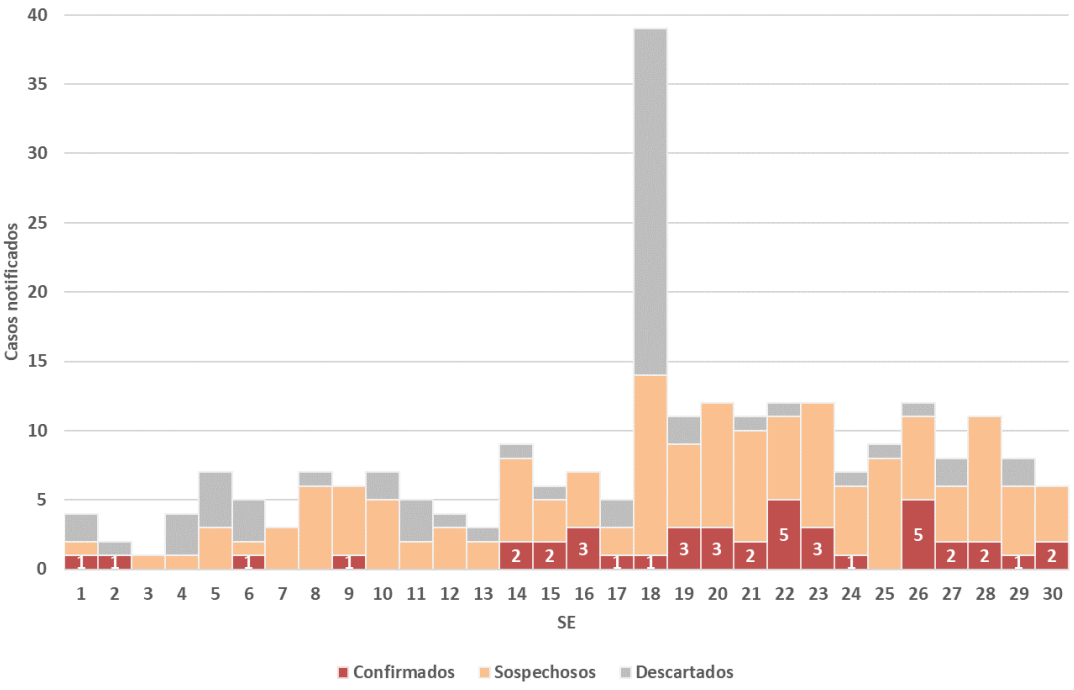
Gráfico 25: Corredor epidémico de Fiebre Hemorrágica Argentina. Argentina. Años 2016-2022*



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0 y del INEVH
**Se excluye el año 2020 por ser considerado epidémico.*

Para el año en curso, se observa un pico de casos notificados en la SE 18 (Gráfico 26), que se corresponde con acciones de búsqueda activa de casos sospechosos llevadas a cabo tras la detección de un caso confirmado en una persona privada de la libertad. Cabe destacar que el aumento en las notificaciones corresponde principalmente a casos que fueron descartados y no se correspondió con un aumento de casos confirmados para esa semana. Sin embargo, puede observarse que los casos confirmados se registran de forma esporádica desde la SE1 y desde la SE14 se registran durante todas las semanas /entre 1 y 5 casos) a excepción de la 25 hasta la actualidad.

Gráfico 26: Casos notificados según clasificación de caso. Argentina. SE 01 a SE 30, Año 2022.



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

Los casos confirmados en 2022 se detectaron en el área endémica de la enfermedad, a excepción de 2 casos identificados en la Ciudad de Buenos Aires y en General San Martín (Buenos Aires) en los que aún no se ha podido establecer un nexo con el área endémica (la investigación se encuentra en curso).

Tabla 4. Casos confirmados según provincia y departamento de residencia. Argentina. SE 1 a SE 30. Año 2022.

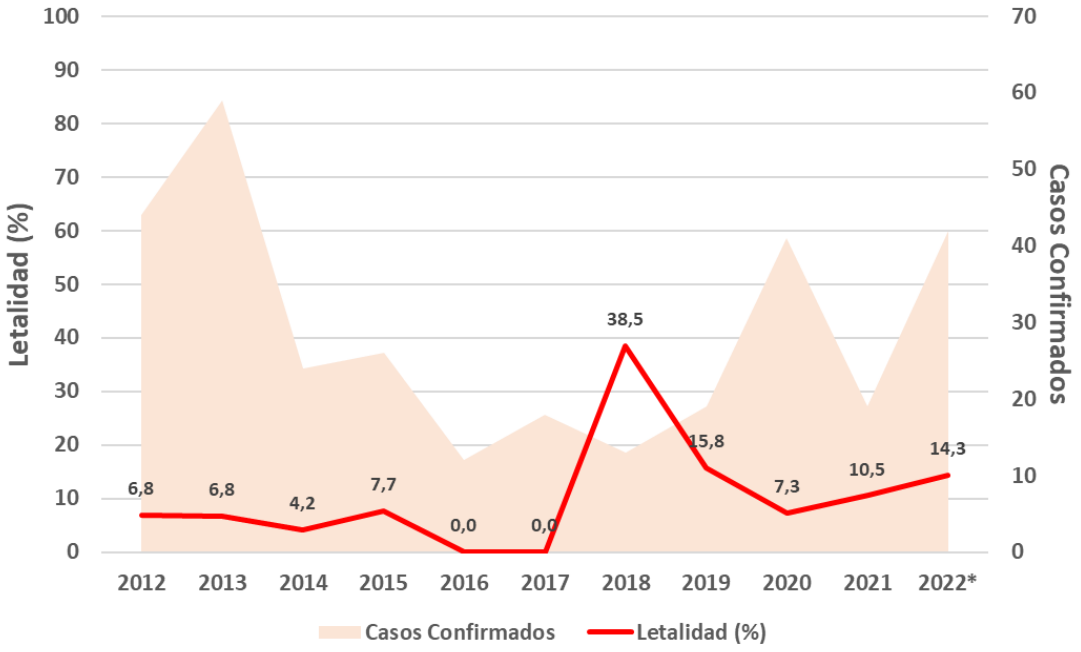
Provincia de residencia	Departamento de residencia	Casos confirmados
Buenos Aires	General San Martín	1
	Olavarría	1
	Pergamino	1
	Ramallo	1
	San Nicolás	16
CABA	CABA	1
Córdoba	Unión	3
	Tercero Arriba	1
Santa Fe	Caseros	1
	Constitución	4
	Rosario	10
	San Martín	2
Total		**42**

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

Cabe destacar que la mayoría de los casos se concentran en un corredor que une a las ciudades de Rosario en la provincia de Santa Fe y de San Nicolás de los Arroyos en la provincia de Buenos Aires, a lo largo de la Ruta Nacional N°9.

Hasta la SE 30, se registran 6 casos fallecidos, lo que representa una letalidad de 14,3% para el año en curso, valor superior a la letalidad registrada en años previos, a excepción de los años 2018 y 2019 (Gráfico 27).

Gráfico 27. Casos confirmados de FHA y letalidad por año. Argentina. Años 2012-2022*



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

Respecto a la vigilancia eco-epidemiológica del roedor reservorio de la FHA (*Calomys musculinus*) que realiza el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH), institución coordinadora del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina, se informa que durante los muestreos realizados en 2022 aumentó significativamente el número de animales capturados en los mismos (mayor número de individuos capturados a igual esfuerzo de muestreo) y la abundancia de la especie reservorio en las comunidades de roedores[13].

Definiciones y clasificaciones de caso:

Caso sospechoso:

- Todo paciente que viva, trabaje o haya viajado al área endémica dentro de las 3 semanas previas al inicio de síntomas y;
- presente fiebre aguda -de menos de siete (7) días de duración- mialgias o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida (síndrome febril agudo inespecífico), y
- presente recuentos de glóbulos blancos ≤4.000/mm3 y recuento de plaquetas ≤ 100.000/mm3.

Caso confirmado:

Todo caso sospechoso que presenta confirmación de laboratorio de infección por JUNV por alguna de las siguientes técnicas diagnósticas:

[13] La vigilancia eco-epidemiológica de la FHA consiste en muestrear las comunidades de roedores para conocer la circulación del virus JUNIN (JUNV) en las poblaciones del reservorio a fin de evaluar el riesgo potencial de emergencia en nuevas áreas y/o re-emergencia en las áreas más antiguas y planificar medidas de prevención de acuerdo a esta estimación.

- Detección de genoma de JUNV en suero, coágulos y/u órganos mediante reacción en cadena de polimerasa en tiempo real (qRT-PCR).
- Serología (seroconversión por técnica de ELISA IgG y/o PRNT técnica de neutralización por reducción de placas);
- Aislamiento de JUNV de sangre, suero y/u órganos

Notificación:

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

- **Grupos de eventos:** Fiebre hemorrágica argentina o síndrome febril agudo inespecífico.
- **Evento:** Fiebre hemorrágica argentina (FHA)
- **Estrategias de vigilancia:** Clínica (incluyendo presentación clínica, laboratorio clínico, tratamiento y evolución), Laboratorio (incluyendo muestras, determinaciones y técnicas realizadas para el diagnóstico etiológico y diagnósticos diferenciales) y Epidemiología (incluyendo antecedentes de viaje, actividad laboral, recreativa o residencia en zona de riesgo, vacunación contra la FHA).
- **Periodicidad de notificación:** Inmediata

La FHA constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley Nacional 15465 en todas las etapas de su evolución, desde la sospecha clínica, los estudios de laboratorio, la presentación clínica, los antecedentes epidemiológicos, así como los antecedentes de vacunación y el uso de tratamiento con plasma de convaleciente.

Ficha de notificación:
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000746cnt-ficha-sfai-2016-endemica-fha-vf.pdf

---

Diagnóstico etiológico

El diagnóstico etiológico se realiza por técnicas moleculares como RT PCR en tiempo real para el estudio de muestras del período agudo, técnicas serológicas estudiando la muestra de suero del período agudo y una segunda muestra de 45-60 días desde el inicio de los síntomas para determinar seroconversión por ELISA IgG y/o PRNT, y aislamiento viral en cultivos celulares en la muestra del agudo (sólo en el caso de pacientes fallecidos).

- Periodo agudo: RT PCR + Serología muestra 1
- Período de convalecencia: serología muestra 2

Tratamiento

El tratamiento específico para la FHA lo constituye el plasma inmune de convalecientes. Se obtiene de personas que padecieron la enfermedad y se curaron. Al administrar 3500 unidades terapéuticas (UT) por Kg de peso del paciente durante los primeros 8 días del inicio de los síntomas, la letalidad de la FHA puede disminuirse del 30-15% a menos del 1%. La administración de plasma inmune luego de los 8 días del inicio de síntomas no es eficaz.

Debido a que el plasma inmune es un recurso limitado, se debe hacer un uso racional del mismo. La indicación de tratamiento debe realizarse respetando el algoritmo clínico de la enfermedad.

Con la finalidad de acercar las unidades de tratamiento a los efectores donde se asisten los casos, existe una red de bancos de plasma jurisdiccionales que funciona en coordinación con el Programa Nacional de Control de la FHA. Los médicos tratantes de pacientes con diagnóstico clínico de FHA pueden solicitar el plasma inmune a los bancos de plasma ubicados en las provincias del área endémica.

Información de contacto:

Provincia de Buenos Aires: Hospital Interzonal General de Agudos “San José” de Pergamino. Servicio de Hemoterapia Tel: 02477-429795 al 99 interno 161-162; y Hospital Interzonal General de Agudos “San Felipe” de San Nicolás. Servicio de Hemoterapia Tel: 0336-4422880, internos 233 o 247. Departamento de Zoonosis Rurales de Azul Tel: 02281-424483

Provincia de Córdoba: Ministerio de Salud. Área de Epidemiología. Tel: 0351-153463803

Provincia de La Pampa: Hospital Dr. Lucio Molas de Santa Rosa. Servicio de Hemoterapia. Tel: 02954-455000 interno 3136.

Provincia de Santa Fe: Hospital Provincial de Rosario. Servicio de Hemoterapia. Tel: 0341-4721114, interno 1150.

INEVH “Dr. Julio I Maiztegui”. Pergamino. Tel: 02477- 429712-713-714

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Vacunas

El propósito de la estrategia de vacunación con **Candid #1** es reducir la morbilidad y la letalidad de la enfermedad en población que reside o transita el área endémica de la FHA. Desde el año 2007 la vacuna Candid #1 se encuentra incorporada al Calendario Nacional de Inmunizaciones y está indicada para la población a partir de 15 años de edad que residan o desarrollen actividades en el área endémica de la enfermedad y no hayan recibido vacuna **Candid #1** anteriormente. El área endémica comprende localidades determinadas de las provincias de Santa Fe, Córdoba, Buenos Aires y La Pampa. La vacunación debe llevarse a cabo por lo menos un mes antes de que se realicen actividades de riesgo, a fin de asegurar la protección. Se encuentra disponible en vacunatorios de las 4 provincias endémicas. Fuera del área endémica, también está disponible en CABA (Hospital Muñiz) y en la provincia de Santiago del Estero, para vacunación de trabajadores migrantes.

Se debe sostener la vacunación de rutina según normas nacionales de vacunación, sin embargo, ante una situación de brote se recomienda que las acciones de vacunación intensiva se organicen ***priorizando la inmunización de la población residente y que desarrolla actividades en zonas rurales o semiurbanas (trabajadores rurales, transportistas, trabajadores en acopiadoras de cereales, molinos, actividades recreativas, trabajadores migrantes estacionales o comúnmente conocidos como "trabajadores golondrinas", etc.) de las zonas endémicas, teniendo en cuenta la información brindada por la vigilancia epidemiológica actualizada.***

Se recomienda que estas acciones se concentren principalmente en aquellos partidos o localidades que han presentado casos confirmados en los últimos tres años (Tabla 5).

Tabla 5: Localidades con casos confirmados de FHA entre la SE1 del 2020 y la SE30 del 2022. Argentina, año 2022.

Provincia	Localidades
Buenos Aires	Azul, Colón, Olavarría, Acevedo, Pergamino, La Emilia, San Nicolás, Villa Riccio, Ramallo.
Córdoba	Leones, Monte Buey, Saira, Ballesteros, Bell Ville, Laborde, Monte Leña, Wenceslao Escalante, Chilisbrote, Hernando.
Santa Fe	Las Parejas, Las Rosas, Montes de Oca, Chabas, San José de la Esquina, Godoy, Pavón, Villa Constitución, Sargento Cabral, Cepeda, Alvear, Cnel. Bogado, Perez, Rosario, Soldini, Va. Gdor. Galvez, Zavalla, Fuentes, San Jorge, Iriondo.

Fuente: Elaboración de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

El esquema de vacunación consta de una única dosis de vacuna Candid #1.

Contraindicaciones:

- Embarazo: Los efectos que esta vacuna puede provocar en el embarazo son desconocidos y, por lo tanto, impredecibles.
- Lactancia: El virus JUNIN, como otros arenavirus, se ha aislado de la leche materna en casos de FHA, de manera que se contraindica la vacunación de mujeres durante la época de lactancia.
- Inmunosupresión congénita o adquirida.
- Las contraindicaciones de la vacuna contra la FHA son las de las vacunaciones en general e incluyen enfermedades agudas febriles en curso, afecciones crónicas malignas o descompensadas que puedan afectar la respuesta inmune y terapias inmunodepresoras en el momento de la vacunación.

Recomendaciones para la comunicación a la población

La erradicación de las poblaciones de roedores no es practicable en el medio silvestre, en cambio debe sugerirse un control que permita mantener en balance a las poblaciones de roedores que conviven en nuestro entorno. A su vez, en relación a la especie *Calomys musculinus* debido a sus hábitos alimentarios, cumple un rol como controlador de malezas e insectos. También constituye un ítem importante en la dieta de varias especies animales.

Es importante evitar el riesgo de exposición y contacto con los roedores y sus excretas. Para ellos se recomienda:

- Usar calzado cerrado, guantes y ropa que cubra la piel para trabajar en el campo o la huerta.
- Realizar una limpieza cuidadosa de las manos y cambiar la ropa luego del trabajo los trabajos en el campo o huerta.
- Evitar llevarse tallos a la boca, acostarse directamente sobre el pasto.
- Evitar las habitaciones y galpones que hayan estado cerrados largo tiempo, ventilarlos previamente al ingreso; y limpiarlos evitando generar polvo.
- Mantener desmalezados los bordes y debajo de los alambrados, aguadas de los molinos, montes frutales y caminos de acceso a la vivienda.
- No elimine a los predadores naturales de los roedores como lechuzas, lechuzones, chimangos.

En la vivienda:

- Mantener el pasto bien corto, por lo menos hasta 30 metros de la vivienda para evitar que los roedores se acerquen a ella.
- Utilizar recipientes cerrados para almacenar granos, alimentos para animales, basura y desperdicios.
- Tapar los agujeros de las viviendas y galpones para que no puedan entrar los roedores.
- Hacer la huerta lejos de la casa y mantenerla desmalezada.

En los pueblos y ciudades:

- Este roedor tiene hábitos silvestres, a diferencia de otros roedores que tienen hábitos sinantrópicos es decir en relación a las personas. Es por ello que en las ciudades se deben enfatizar las medidas de prevención en aquellas áreas lindantes a corredores que unen el campo con la ciudad.
- Mantener desmalezadas las vías del ferrocarril, los terrenos baldíos, cursos de agua.
- Mantener la limpieza de las calles, veredas y no acumular basura.

Ante esta situación epidemiológica, es fundamental que los equipos de salud sospechen de forma temprana la enfermedad, promuevan la vacunación en la población objetivo, se realice una administración adecuada de los tratamientos y comunicar a la población las recomendaciones para la prevención de la enfermedad.

También es importante convocar a todas aquellas personas que padecieron FHA en el pasado y se curaron, a comunicarse con los teléfonos de contacto para coordinar una posible donación de plasma inmune para el tratamiento de los casos sospechosos que tengan indicación del mismo.

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 METALES Y METALOIDES

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 Plomo, *Intoxicación/exposición a Cromo, Intoxicación/exposición a Arsénico (NO HACRE), Intoxicación/exposición a Mercurio.* Asimismo, se creó una *Ficha de recolección de datos y notificación para las Intoxicaciones por Metales y Metaloides.*

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Los metales pesados se caracterizan por su amplia distribución en el ambiente y por sus múltiples usos tanto en procesos industriales como en actividades informales. Su presencia natural en el ambiente y como resultado de la actividad humana sumado a los daños a la salud que resultan de la contaminación en ciertas condiciones (concentraciones ambientales, situación socio sanitaria de las poblaciones expuestas, características particulares de grupos con mayor grado de vulnerabilidad), hacen necesario detectar en forma precoz la aparición de casos, de manera de posibilitar su seguimiento e identificar fuentes de contaminación con real o potencial riesgo para la población.

- INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN A PLOMO

La intoxicación con plomo representa una de las intoxicaciones por metales más frecuentes, tanto en adultos como en niños, debido a su persistencia medioambiental y a sus múltiples usos, ya sea a nivel industrial como en actividades laborales informales. La intoxicación por plomo es un problema de salud pública que afecta especialmente a niños y personas gestantes. Una exposición de escasa magnitud (plombemias inferiores a los 5 µg/dl) pero sostenida, resulta en alteraciones neuromotoras, disminución del coeficiente intelectual, trastornos de conducta y bajo rendimiento escolar. Es un compuesto neurotóxico, que puede afectar significativamente el desarrollo neurocognitivo aún a concentraciones inferiores a los valores de referencia. La exposición al plomo es un riesgo prevenible, por lo tanto, es importante la vigilancia epidemiológica que permita detectar precozmente su presencia, a fin de intervenir de manera oportuna minimizando los efectos sobre la salud de la población más vulnerable.

Fuentes probables de intoxicación/ exposición a plomo

Las fuentes más comunes de exposición ambiental al plomo son: el polvo, el suelo, alimentos y el agua contaminados. Otras fuentes surgen de actividades laborales informales, como talleres improvisados donde se funden metales, y se reciclan artículos con plomo (fabricación de plomadas, reciclado de baterías, acarreo y acumulación de chatarras en el domicilio y peridomicilio).

La exposición al plomo también puede resultar del consumo de agua que circula por cañerías de plomo; ingestión accidental de Agua blanca del Codex o del consumo de alimentos cocidos en cerámicas con esmaltes plúmbicos, o la exposición domiciliaria a restos de pintura con alto contenido de plomo.

En nuestro país, las fuentes más importantes de exposición al metal derivan de la contaminación de suelo, aire, agua o alimentos con desechos industriales o por la actividad minera y presencia de fundiciones. El tetraetilo de plomo se usó en Argentina como aditivo de las naftas hasta 1996, año en que fue prohibido.

Las personas pueden verse expuestas al plomo, principalmente a través de:- la inhalación de partículas de plomo generadas por la combustión de materiales que contienen este metal (por ejemplo, durante actividades de fundición, reciclaje en condiciones no seguras, quema de cables o decapado de pintura con plomo).- la ingestión de polvo (especialmente en niños), agua o alimentos contaminados. -uso de determinados productos cosméticos y medicamentos no regulados.

Desde distintas fuentes, el plomo puede ser absorbido por diversas vías, siendo las más importantes la vía gastrointestinal y la vía respiratoria. Se considera que en los niños, la vía oral es la más importante, ya que en el intestino se absorbe hasta un 50% del plomo ingerido (cinco veces más que en el adulto). El polvo fino depositado en las manos y juguetes, es la fuente más importante de exposición.

Modalidad de notificación

Evento SNVS	*Modalidad*	*Estrategia / Componente*	*Periodicidad*
Intoxicación/exposición a Plomo	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 plomo en un mismo lugar o zona geográfica, con relación temporal.

Definición y clasificaciones de caso Intoxicación/exposición a plomo

Caso sospechoso: Toda persona con antecedentes de exposición a plomo, aunque no presente signos ni síntomas atribuibles a la intoxicación por plomo en el momento de la consulta. O toda persona con signo-sintomatología clínica compatible con intoxicación por plomo, aunque al momento de la consulta no pueda identificarse la exposición. O todo hijo recién nacido de persona gestante con antecedentes de exposición a intoxicación por plomo.
Caso Probable: Toda persona con test de screening positivo. [14]

[14] Esta clasificación fue incorporada en la Ficha de Notificación "Intoxicación/Exposición por metales y metaloides", y no figura en el "Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria" ya que durante la discusión y revisión de las normas el Test de screening Leadcare estaba fuera de circulación por definición del CDC y FDA.

Caso confirmado: Toda persona con o sin antecedentes de exposición a plomo, con o sin signos o síntomas atribuibles a la intoxicación por plomo, con concentraciones de plomo en sangre venosa superior a los valores de referencia al momento del diagnóstico

Caso descartado: Caso sospechoso con niveles del biomarcador de exposición para plomo inferior a los valores de referencia vigentes al momento del diagnóstico (ya sea por dosaje en sangre venosa o capilar)

- INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN A CROMO

Las intoxicaciones por cromo en sus diferentes formas -metálico (Cr 0), compuestos trivalentes (Cr3) y compuestos hexavalentes (Cr6)- son causa de enfermedad, y en su gran mayoría como resultado de exposiciones laborales o ambientales en sitios contaminados. La peligrosidad del cromo depende de su estado de oxidación. Cuanto mayor es el estado de oxidación, el compuesto será más tóxico, por esta razón, los compuestos de cromo hexavalente son los de mayor toxicidad. El cromo hexavalente, además, ha sido clasificado como cancerígeno. La vigilancia de la aparición de casos de intoxicación por este agente permite detectar su ocurrencia y posibilita el seguimiento de los mismos, así como la detección precoz de las posibles fuentes de emisiones de dichos compuestos al ambiente con riesgos para la población.

Fuentes probables de intoxicación/ exposición a cromo

Las fuentes ambientales de cromo están relacionadas con sus múltiples usos: cromado de piezas, galvanoplastia, en aleación con hierro y níquel se usa para la fabricación de aceros inoxidables de alta resistencia, fabricación de pigmentos inorgánicos, vidrio, porcelana y esmaltes de color; en el proceso del curtido del cuero, preservantes de madera, producción de cemento, entre otros.El cromo en el ambiente se encuentra principalmente en forma trivalente o hexavalente. Las partículas de cromo pueden adherirse al suelo existiendo la posibilidad de contaminar el agua subterránea. Las curtiembres, fábricas de pigmentos y el cromado electrolítico son las principales causas de vertido de cromo en el medio acuático. Las emisiones al aire provienen en su mayoría de la industria del acero.

Modalidad de notificación

Evento SNVS	*Modalidad*	*Estrategia / Componente*	*Periodicidad*
Intoxicación/exposición a Cromo	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 cromo en un mismo lugar o zona geográfica, con relación temporal.

Para los estudios poblacionales se cuenta con el evento PLOMO (EN ESTUDIOS POBLACIONALES), para la carga numérica, modalidad *Agrupada*, de casos testeados por screening (Leadcare). Se realizará la notificación nominal en el evento Intoxicación/exposición al Plomo, con la clasificación manual "Caso probable" cuando el testeo de pesquisa dé positivo y deba realizarse la derivación de la muestra pertinente al laboratorio, quien confirmaría o descartaría el caso.

Definición y clasificaciones de caso Intoxicación/exposición a cromo

Caso sospechoso: Toda persona con antecedentes de exposición a cromo, que no presente signos ni síntomas atribuibles a dicho compuesto en el momento de la consulta. O toda persona con signo y sintomatología clínica compatible con intoxicación por cromo, y que al momento de la consulta no pueda identificarse la exposición.
Caso probable: Toda persona con antecedentes de exposición, con signos y síntomas atribuibles a la intoxicación.
Caso confirmado: Toda persona con o sin antecedentes de exposición a cromo, con o sin síntomas y signos atribuibles, con concentraciones de cromo en orina superiores a los valores de referencia vigentes en el momento del diagnóstico.
Caso descartado: Caso sospechoso con niveles del biomarcador de exposición para cromo inferior a los valores de referencia vigentes al momento del diagnóstico.

- INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN A ARSÉNICO (NO HACRE)

Es liberado al ambiente desde los volcanes, por la erosión de los depósitos minerales que contienen arsénico y como consecuencia de diversos procesos industriales debido a que es un subproducto del proceso de la fundición de varios metales como el cobalto, níquel, oro, plomo y zinc. Otras fuentes incluyen aleaciones no ferrosas (bronce), manufactura de vidrio, electrónica (componente de semiconductores, celdas fotoeléctricas, entre otros), pigmentos textiles, en las curtiembres y la minería.

Modalidad de notificación

Evento SNVS	*Modalidad*	*Estrategia / Componente*	*Periodicidad*
Intoxicación/exposición a Arsénico (NO HACRE)	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 arsénico en un mismo lugar o zona geográfica, con relación temporal.

Definición y clasificaciones de caso Intoxicación/exposición a arsénico

Caso sospechoso: Toda persona con antecedentes de exposición al arsénico (NO HACRE), que no presente signos ni síntomas atribuibles a dicho compuesto en el momento de la consulta. O toda persona con signo o sintomatología clínica compatible con intoxicación por arsénico, que al momento de la consulta no pueda identificarse la exposición.
Caso probable: Toda persona con antecedentes de exposición (NO HACRE), con signos y síntomas de intoxicación atribuible.
Caso confirmado: Toda persona con o sin antecedentes de exposición (NO HACRE) a arsénico, con o sin síntomas atribuibles a la intoxicación, con concentraciones de arsénico en orina superior a los valores de referencia.
Caso Descartado: Caso sospechoso cuyo biomarcador de exposición al arsénico se encuentre por debajo de los valores de referencia vigentes al momento del diagnóstico.

- INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN A MERCURIO

El mercurio es un compuesto neurotóxico y teratogénico. Vigilar la aparición de casos y notificarlos, permite la detección precoz y evitar la intoxicación de la población y daño al ambiente.

Es preciso remarcar la importancia de la complementariedad entre la vigilancia clínica (a través de la sospecha del evento y su notificación) y la vigilancia del laboratorio (notificando el indicador de exposición). Ante la sospecha de una intoxicación por mercurio, se notificará el caso como "INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN A MERCURIO", para luego confirmar a través de la vigilancia del laboratorio el metal involucrado o descartar la intoxicación.

Fuentes probables de intoxicación/ exposición a mercurio

La acción tóxica del mercurio, depende de la vía de ingreso, concentración y forma química en la que se encuentre. El **mercurio elemental**, se absorbe por vía inhalatoria fundamentalmente (80%) y se absorbe muy poco por vía digestiva. El **mercurio inorgánico (cloruro, nitrato, sulfato de mercurio)** se absorbe por vía digestiva (7 - 15%), cutánea e inhalatoria, concentrándose en riñón y SNP. El **mercurio orgánico (metilmercurio, fenilmercurio, etilmercurio)**, se absorbe por vía digestiva (95%), con alta absorción cutánea por su gran liposolubilidad. Tiene pasaje transplacentario, con efectos tóxicos en el feto.

Tiene amplia distribución en el ambiente. A nivel industrial-laboral: minería, plantas de cloro-sosa, instrumental de mediciones, electrónica, joyería, equipos eléctricos, fotografía y fotograbado**,** fabricación de cemento, fundición de metales, pilas, industria eléctrica, amalgamas dentarias, equipos de laboratorio. A nivel domiciliario: termómetros, pilas, tubos fluorescentes.A nivel ambiental: debido a la incorrecta eliminación de los residuos se lo puede encontrar en basurales, agua, suelo, aire, y seres vivos Fuentes no industriales: Vulcanismo, erosión, desgasificación de la corteza terrestre, quema de combustibles fósiles. Alimentarias: Variedad de pescados y mariscos contaminados con compuestos orgánicos de mercurio.

Modalidad de notificación

Evento SNVS	*Modalidad*	*Estrategia / Componente*	*Periodicidad*
Intoxicación/exposición a Mercurio	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 mercurio en un mismo lugar o zona geográfica, con relación temporal.

Definición y clasificaciones de caso Intoxicación/exposición a mercurio

Caso sospechoso: Toda persona con antecedentes de exposición a mercurio, que no presente signos ni síntomas atribuibles a intoxicación por dicho compuesto en el momento de la consulta. O toda persona con signo-sintomatología clínica compatible con intoxicación por mercurio, y

que al momento de la consulta no pueda identificarse la exposición. O hijo de persona gestante con antecedentes de exposición o intoxicación.

Caso probable: Toda persona con antecedentes de exposición, con signos y síntomas atribuibles a intoxicación por mercurio.

Caso confirmado: Toda persona con antecedentes de exposición a mercurio, con signos o síntomas atribuibles, con concentraciones en orina superiores a los valores de referencia.

Caso descartado: Caso sospechoso cuyo biomarcador de exposición al mercurio se encuentre por debajo de los valores de referencia vigentes al momento del diagnóstico

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 Ministerio de Salud de la Nación: dsab@msal.gov.ar

Guía de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las intoxicaciones ambientales infantiles por plomo (2014): https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000518cnt-gua_intox_plomo_-_serie_n_15.pdf

primero
la gente



Ministerio de Salud
Argentina