

0.1 μm

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

**SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA**

31

**NÚMERO 613
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	2
Viruela símica	3
Hepatitis aguda grave de origen desconocido.....	9
EVENTOS PRIORIZADOS	11
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	12
Dengue y otros arbovirus: informe de fin de temporada 2021/2022.....	42
INFORMES ESPECIALES	54
Situación de Triquinosis	55
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA	59
Manual para la vigilancia y control de la viruela símica en Argentina.....	60
Actualizaciones de E.N.O.: intoxicaciones.....	63
Intoxicación medicamentosa	63
Hidroarsenicismo Crónico Regional Endémico (HACRE)	64
Intoxicación/Exposición a Hidrocarburos.....	66
Metahemoglobinemia del lactante.....	66
Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria	68

STAFF

Dirección de Epidemiología

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

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

Informe sobre Hepatitis aguda grave de origen desconocido: Sara Vladimírsky¹, Juan Stupka y Juan Digioseppe², Daniela Hansen Krogh y Liliana Bisignano³, Soledad Alonso, Emma Coronel y Roxana Aquino⁴

Informe sobre Viruela símica: Adrián Lewis⁵

Informe sobre Dengue y Otros arbovirus: Alejandra Morales, Cintia Fabbr y Victoria Luppó⁶

Informe sobre Infecciones respiratorias agudas: Elsa Baumeister y Andrea Pontoriero⁷

Informe sobre Triquinosis: Natalia Casas y Celeste Castillo⁸; Patricia Arbusti, Graciana Ayesa, Silvio Krivokapich⁹

Imagen de tapa: *Virus de la viruela símica*, imagen tomada por microscopio electrónico de caso diagnosticado en Argentina por el servicio de Microscopía Electrónica del Anlis- Carlos G Malbrán. Agradecemos la imagen proporcionada por Adrián Lewis.

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

¹ Laboratorio Nacional de Referencia de Hepatitis Virales - INEI-ANLIS).

² Laboratorio Nacional de Referencia de Gastroenteritis Virales - INEI-ANLIS).

³ INCUCAI. Ministerio de Salud de la Nación.

⁴ Coordinación de Hepatitis Virales, Ministerio de Salud de la Nación.

⁵ Laboratorio Nacional de Referencia de viruela símica - INEI-ANLIS).

⁶ Laboratorio Nacional de Referencia de dengue y otros arbovirus - INEVH-ANLIS).

⁷ Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios, INEI-ANLIS).

⁸ Coordinación de Zoonosis, Ministerio de Salud de la Nación).

⁹ Laboratorio Nacional de Referencia de Triquinosis INEI-ANLIS

SITUACIONES EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES



VIRUELA SÍMICA

SITUACIÓN NACIONAL AL 10/08/2022

49

0

Casos confirmados reportados

Personas fallecidas en el país

- ✓ Hasta el 10 de agosto se confirmaron 49 casos en Argentina.
- ✓ Del total de casos confirmados 30 (61,2%) presentaron antecedentes de viaje fuera del país previo al inicio de los síntomas. De los 19 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 53 años.
- ✓ Todos los casos correspondieron al sexo masculino.
- ✓ El 67,3% de los casos fueron confirmados entre las SE 29 A 32.
- ✓ 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 10-8-22.

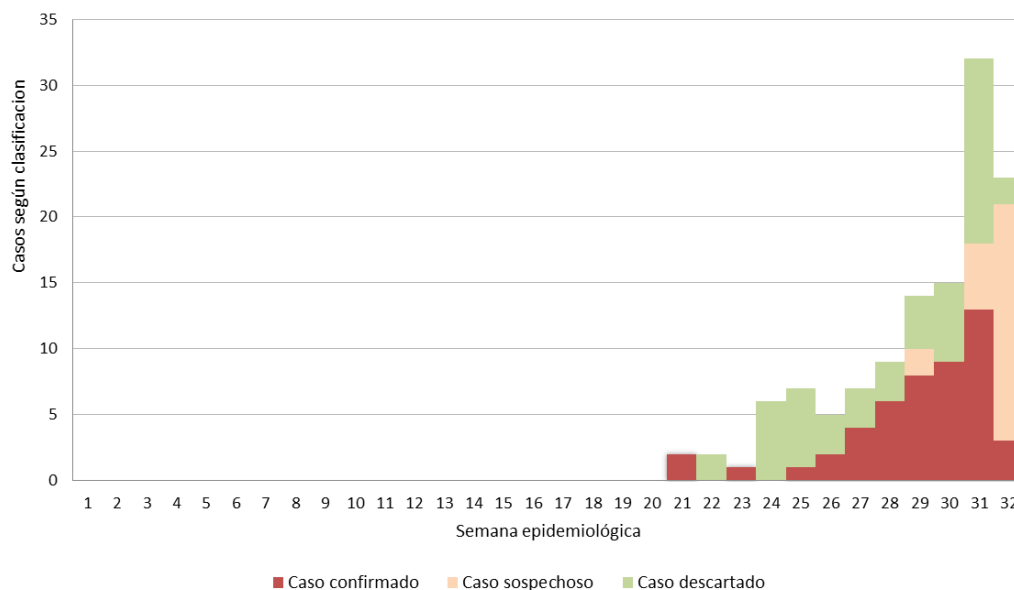
Provincia de residencia	Confirmado	Sospechoso	Descartado	Total
CABA	32	14	20	66
Buenos Aires	9	11	17	37
Córdoba	5	-	2	7
Santa Fe	2	-	3	5
Mendoza	1	-	2	3
Chaco	-	-	1	1
La Pampa	-	-	1	1
Neuquén	-	-	1	1
Río Negro	-	-	1	1
San Juan	-	-	1	1
Total	49	25	49	123

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

*Un caso fue confirmado por criterio clínico epidemiológico.

Con respecto a la jurisdicción de residencia de los casos confirmados, el 65,3% reside en CABA y 18,3% en la provincia de Buenos Aires, 10,2% en Córdoba.

Gráfico 1. Casos notificados de viruela símica según clasificación y semana de notificación. Argentina. Actualizado al 10/08/2022 (n=123)

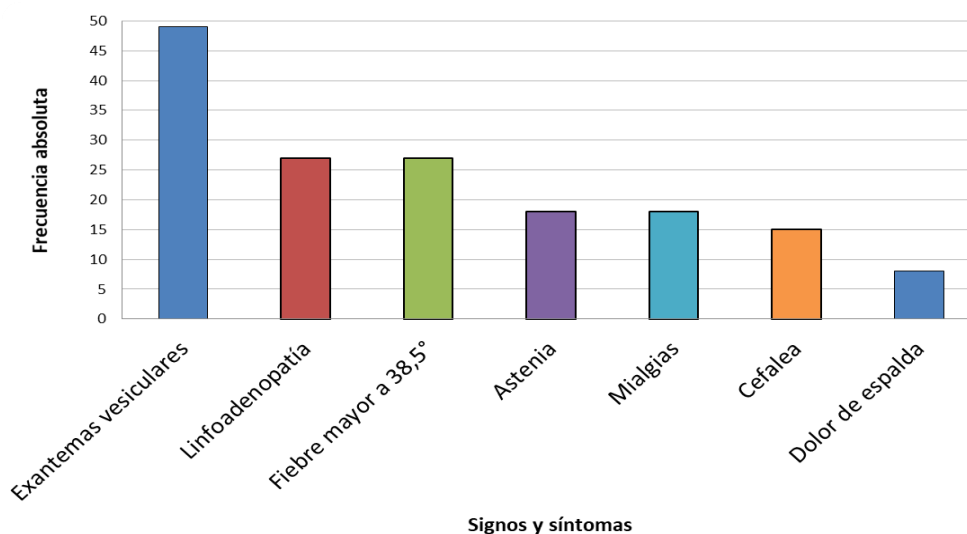


Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del SNVS^{2.0}

Los casos por semana epidemiológica muestran un aumento paulatino y sostenido desde la SE 26 y una sensibilización de la vigilancia que se muestra en la cantidad de casos sospechosos investigados, particularmente desde la SE31.

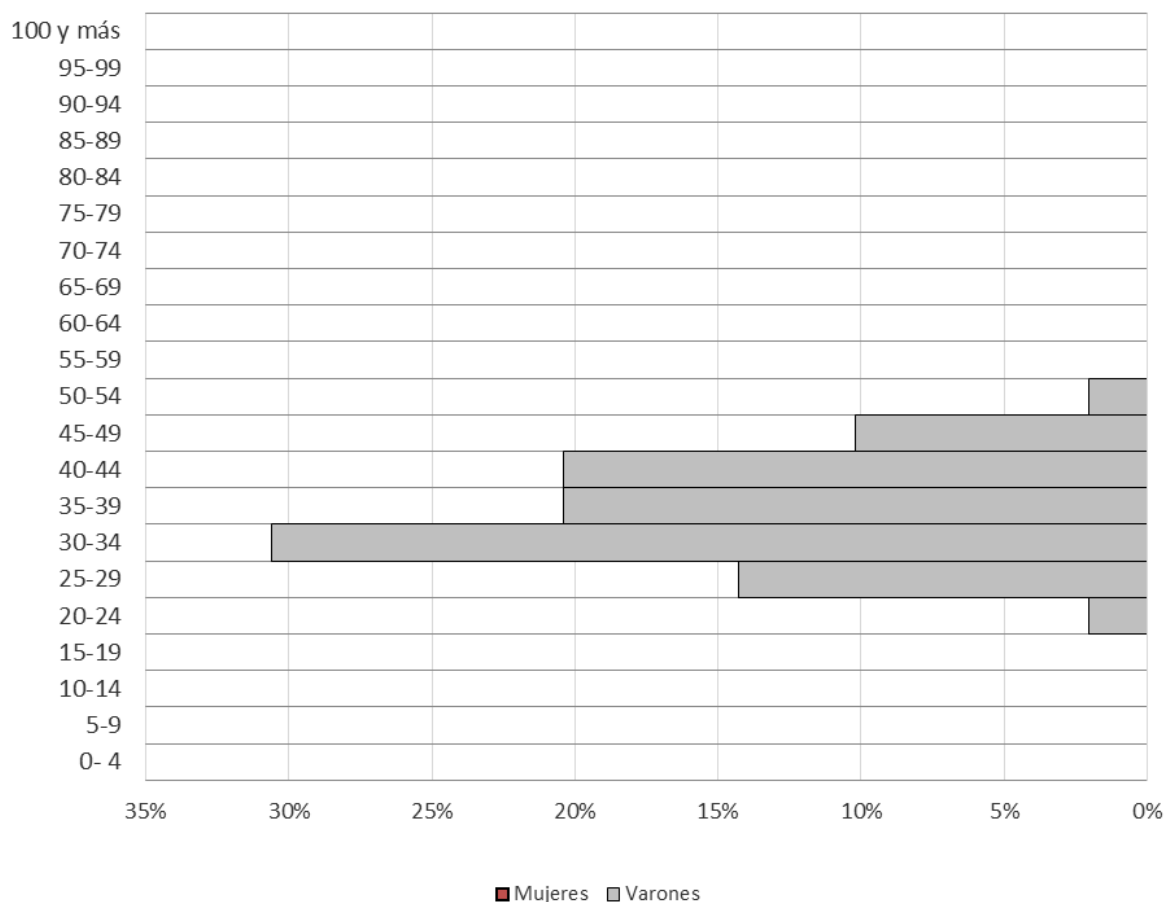
La mayoría de los casos en el brote actual han presentado síntomas leves de la enfermedad (gráfico 2), sin embargo, puede causar una enfermedad grave en ciertos grupos de riesgo (niños pequeños, personas gestantes y personas inmunodeprimidas). Los casos se caracterizaron principalmente por la presencia 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=49)



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

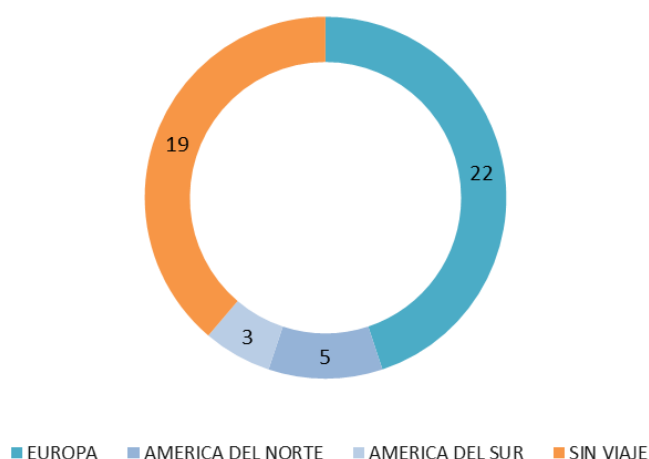
Gráfico 3. Distribución etaria y sexo informado en los casos confirmados (n=49)



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 53 años. Hasta el momento la población más afectada está compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres (28 de los 49 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 4. Casos confirmados por antecedente de viaje (n=49)



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

De los 49 casos registrados hasta el momento, 30 refieren antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas y los 19 restantes se distribuyen entre casos que tuvieron contacto sexual con viajeros, o con personas que desconocen si viajaron y contactos de casos confirmados previamente.

Las principales medidas de salud pública para el control del actual brote de viruela símica consisten en la detección temprana de los casos, el aislamiento y la atención de los pacientes, identificación y seguimiento de contactos.

Manual para la vigilancia epidemiológica y control de la viruela símica en Argentina v.08/08/2022:

<https://sites.bvsalud.org/bvs-msal/biblio/resource/?id=biblioref.referencesource.1381673>

Ficha de notificación:

<http://bancos.salud.gob.ar/recurso/ficha-de-notificacion-e-investigacion-epidemiologica-caso-sospechoso-de-viruela-simica>

SITUACIÓN INTERNACIONAL

29.800

Casos confirmados reportados a OMS

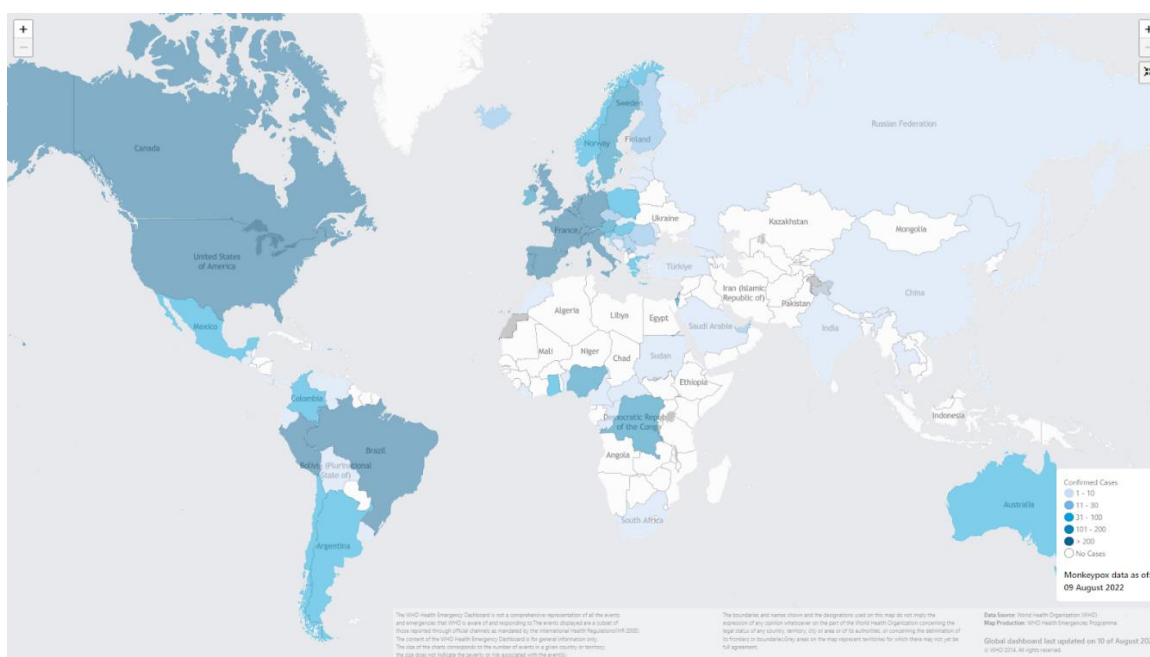
120

Países afectados

11

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 10/08.



Fuente: [WHO Health Emergency Dashboard](https://www.who.int/emergencies/diseases/nipw/monkeypox)

Tabla 2. Casos y fallecidos totales a nivel mundial notificados, por Región de la OMS, al 10-8-22.

Región	Casos	Fallecidos
Región de África	376	7
Región de las Américas	11.400	1
Región del Mediterráneo Oriental	32	0
Región de Europa	17.900	2
Región del Sudeste Asiático	13	1
Región del Pacífico Occidental	85	0

Desde el 1 de enero hasta el 10 de agosto de 2022, se han registrado más de 29.800 casos de viruela símica confirmados por laboratorio en 120 países/territorios/área y 11 muertes distribuidas en cuatro de las seis Regiones de la OMS. A nivel mundial se han notificado 4.800 casos en los últimos 7 días.

En la Región de las Américas, del 29/07 al 04/08, hubo un incremento del 41% en relación a la semana previa. Cuatro países de la Región se encuentran entre los 10 países con mayor cantidad de casos (EE.UU., Brasil, Canadá y Perú).

A la fecha, la única muerte oficial informada a la OMS es la reportada por Brasil, mientras que otros casos se encuentran bajo investigación epidemiológica.

La mayoría de los casos confirmados (1.249/1.263) son hombres, el 93% de los 1.420 casos son de edad de 25 a 45 años de edad, y la mayoría (96%) se auto identifican como hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

El 79% de los 1.037 casos en la Región de las Américas, con información disponible, son casos de transmisión local.

El día 23 de julio de 2022 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y debido a la rápida propagación del virus en al menos 75 países y territorios, declaró que el brote actual de viruela constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005), motivo por el cual se insta a intensificar las medidas de vigilancia epidemiológica, identificar casos, y sus contactos e implementar las medidas de control.

[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](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 10/08/2022

8

Casos probables notificados

1

Casos probables fallecidos

3

Casos probables trasplantados

23

Casos descartados

23

Casos pendientes de notificación

3

Mediana de edad probables (Min 0 – Max 8)

26

Última semana epidemiológica en que se registraron casos probables.

32

Última semana epidemiológica en que se registraron casos pendientes en investigación.

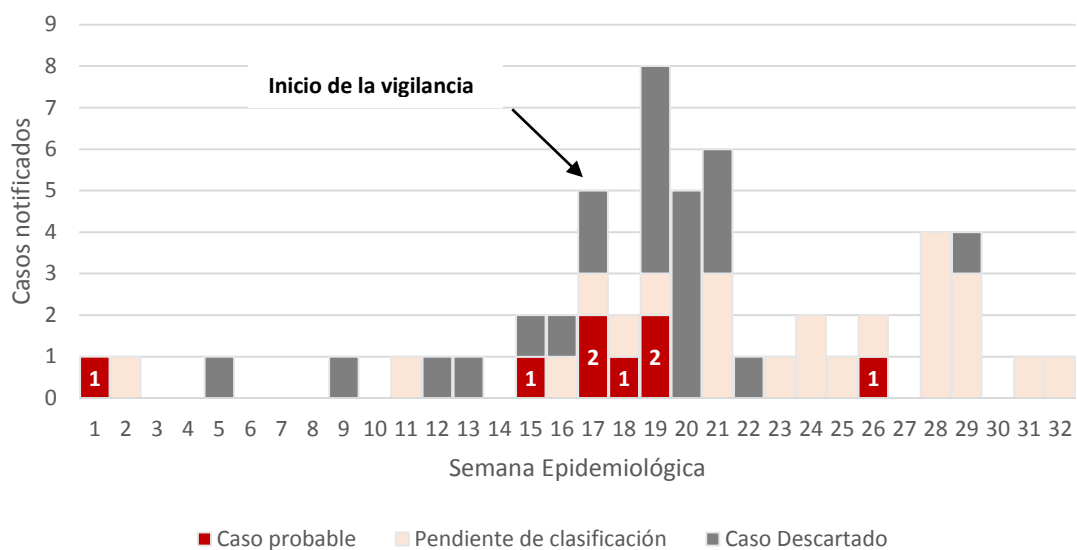
Tabla 3. Casos de hepatitis aguda grave de origen desconocido en pediatría, según jurisdicción de residencia y clasificación del caso.

Jurisdicción de residencia	Casos notificados	Casos probables	Casos Descartados	Pendientes de clasificación
Buenos Aires	26	2	14	10
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	54	8	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 5. 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 30/2022

52.745

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

En la SE 30 se registra un ascenso de los casos informados de 26% respecto a la SE previa (ascenso de 11.010 casos).

29%

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

91

Los fallecidos fueron informados la última semana.

20,97%

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

45

Fallecimientos acontecidos en la última semana.

6,45%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 30/2022

- ✓ Entre la SE01-29 de 2022 se registraron 636.160 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 97.602 casos de Neumonía, 110.858 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 22.644 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ Hasta la SE30 de 2022 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio la proporción de positividad para SARS-CoV-2, influenza y VSR entre las muestras analizadas por rt-PCR es de 23.98%, 9,65% y 6,37%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, desciende para influenza y VSR.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE23-30 el porcentaje de positividad para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 16,38%, 3,55% y 40,08%, 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 30 de 2022 se registraron 97 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

9.560.307

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 30 de julio de 2022

129.369

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 30 de julio de 2022.

92,1%

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 los linajes BA.4 y BA.5 se encuentran en ascenso mientras que la proporción de BA.2 disminuye.

45,8%

De la población argentina recibió el primer refuerzo. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 57,4% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es del 70,6%.

90,5%

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

92,3%

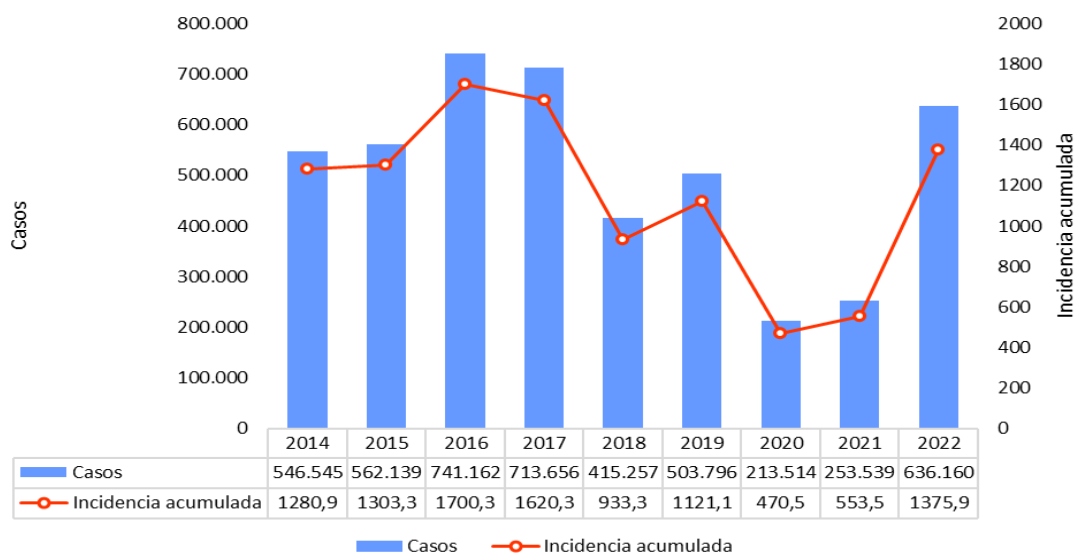
De la población de 50 y más años recibió dos dosis contra la COVID-19.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En las 29 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 636.160 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1375,9 casos por 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras 29 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 6: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 29 – Año 2014-2022 Argentina.



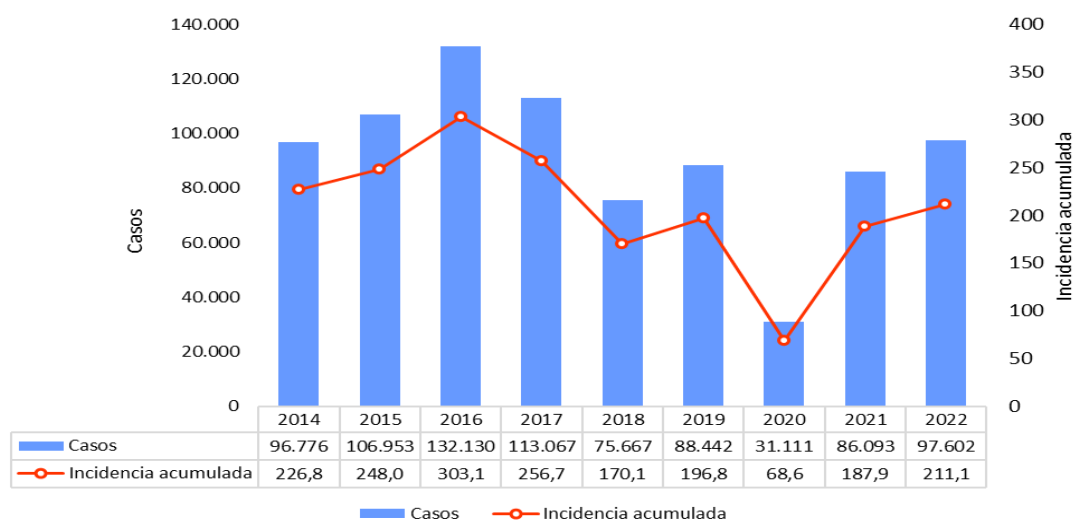
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

En las 29 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 97.602 casos de Neumonía, con una tasa de incidencia acumulada de 211,1 casos por 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 29 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 7: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a SE29 – Año 2014-2022. Argentina.¹⁰



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

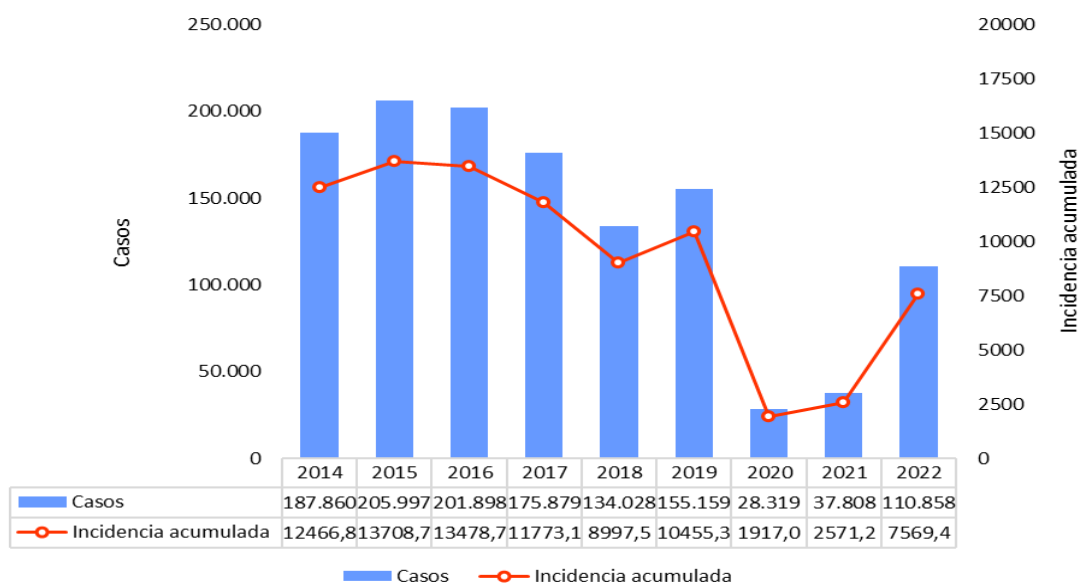
BRONQUIOLITIS

En las 29 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 110.858 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 7569,4 casos por 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 29 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.

¹⁰ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las neumonías en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las neumonías en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

Gráfico 8: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 29 – Año 2014-2022 Argentina.¹¹



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

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 SE30 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 5.856, 3.255 y 2.401 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% descendiendo a 20,97% en SE 30. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE16-17 con un descenso posterior. En SE26 vuelve a ascender, y se sitúa en un 6,45% en SE30. 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 3,33% en la última semana analizada. (Tabla 4 - Gráfico 9).

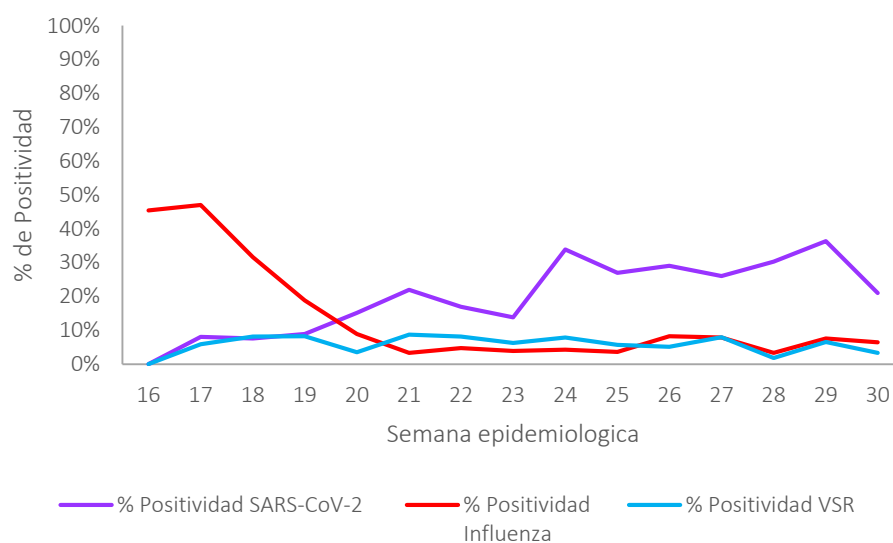
¹¹ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las bronquiolitis en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las bronquiolitis en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

Tabla 4: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16-30 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.¹²

	Última semana			SE16 – SE30		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	5.059	2.348	46.41%	51.274	17.367	33.58%
SARS-CoV-2 por PCR	267	56	20.97%	5.856	1.404	23,98%
Influenza	62	4	6.45%	3.255	314	9.65%
VSR	60	2	3.33%	2.401	153	6,37%

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 9. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16-30 Año 2022.¹³



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

En relación a las muestras positivas para virus Influenza (n=314), 312 (99.3%) fueron positivas para Influenza A y 2 (0.7%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 99 muestras

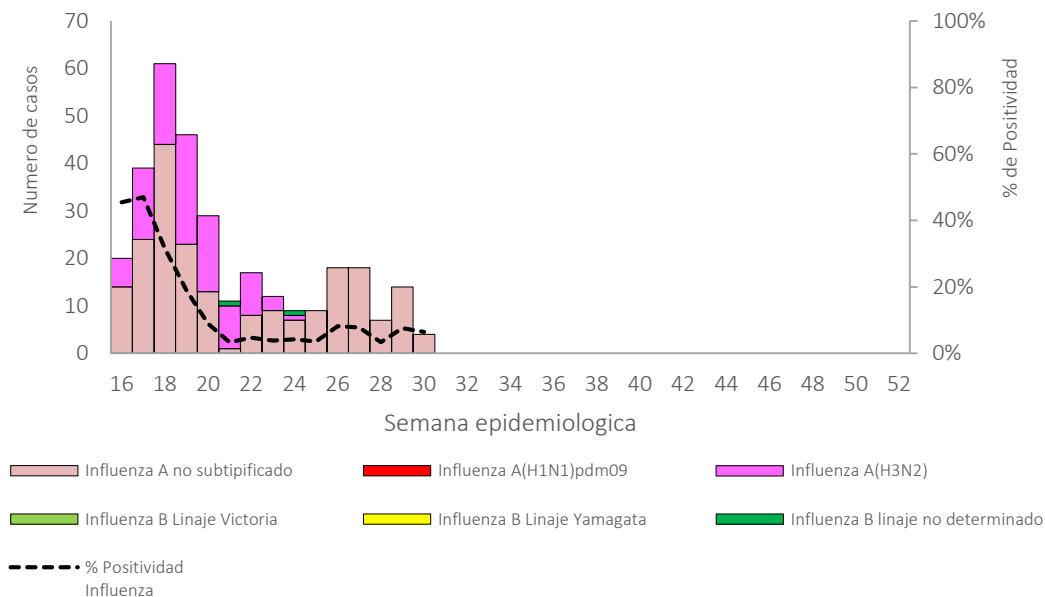
¹² Se debe considerar para la interpretación de los porcentajes que el número de muestras notificadas en la última semana es aún escaso y se actualizará en la medida que se registre nueva información al SNVS.2.0.

¹³ Corresponde a las muestras analizadas para SARS-CoV-2, influenza y VSR por PCR.

En SE16 se registran 2 muestras para VSR, 1 con resultado positivo y 1 con resultado negativo. Para mejor interpretación de la positividad de virus respiratorios, no se incluyen en este gráfico

cuentan con subtipificación, detectándose influenza A H3N2.

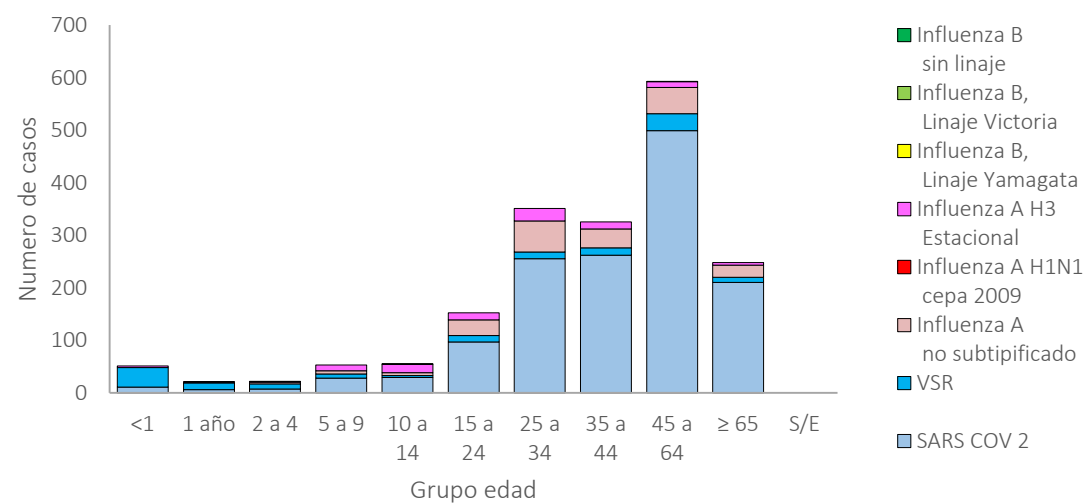
Gráfico 10. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-30 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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 11. Distribución absoluta de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados a SE 30 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^{2.0}.

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”.

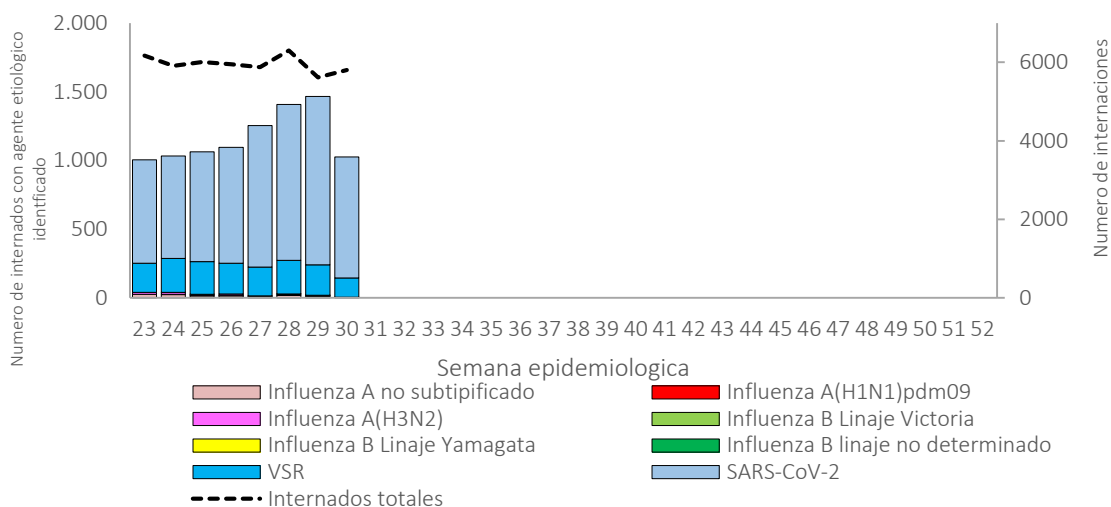
Entre la SE23-30, se notificaron 45.295 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 7.420 fueron positivas (porcentaje de positividad 16,38%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 5.452 muestras para virus influenza con 194 detecciones positivas (porcentaje de positividad 3,55%), de las mismas 189 fueron influenza A y 5 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 72 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 60 (83,33%) son influenza A H3N2 y 12 (16,66%) son influenza A H1N1. En relación a influenza B, corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje.

Durante el mismo periodo, hubo 4.328 muestras estudiadas para VSR registrándose 1.735 con resultado positivo (porcentaje de positividad 40,08%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS^{2.0} en SE30 desciende respecto a la semana previa (Variación de 3.35%).

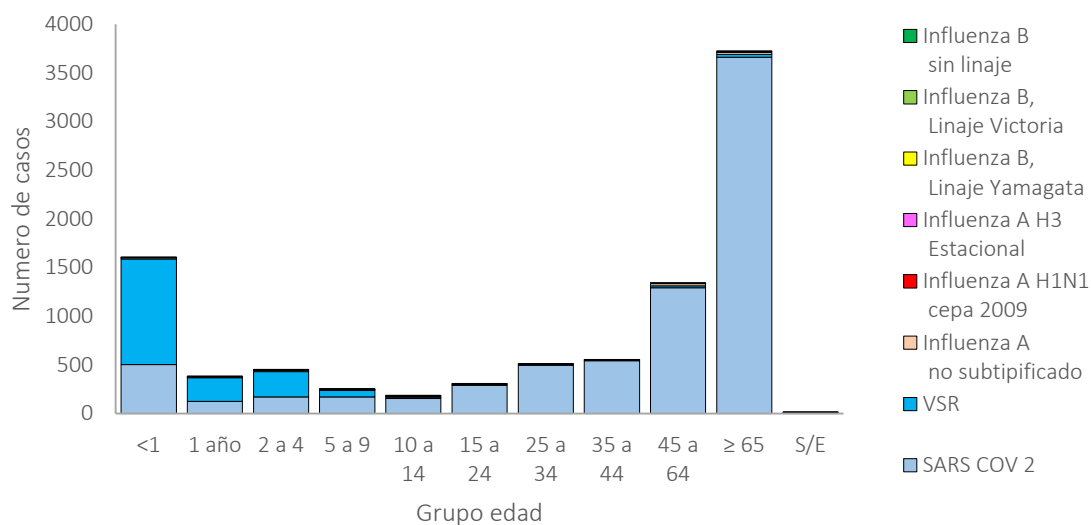
Gráfico 12. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23-30 Año 2022



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 13. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23-30 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}.

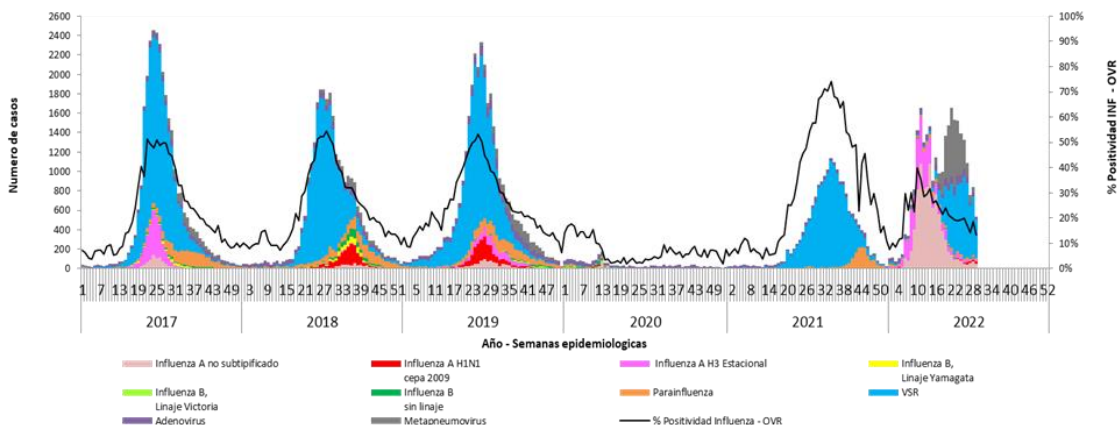
Hasta la SE29 de 2022, se registraron 97 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

VIGILANCIA DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS

Nota metodológica: 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, de todos los demás virus respiratorios. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios.

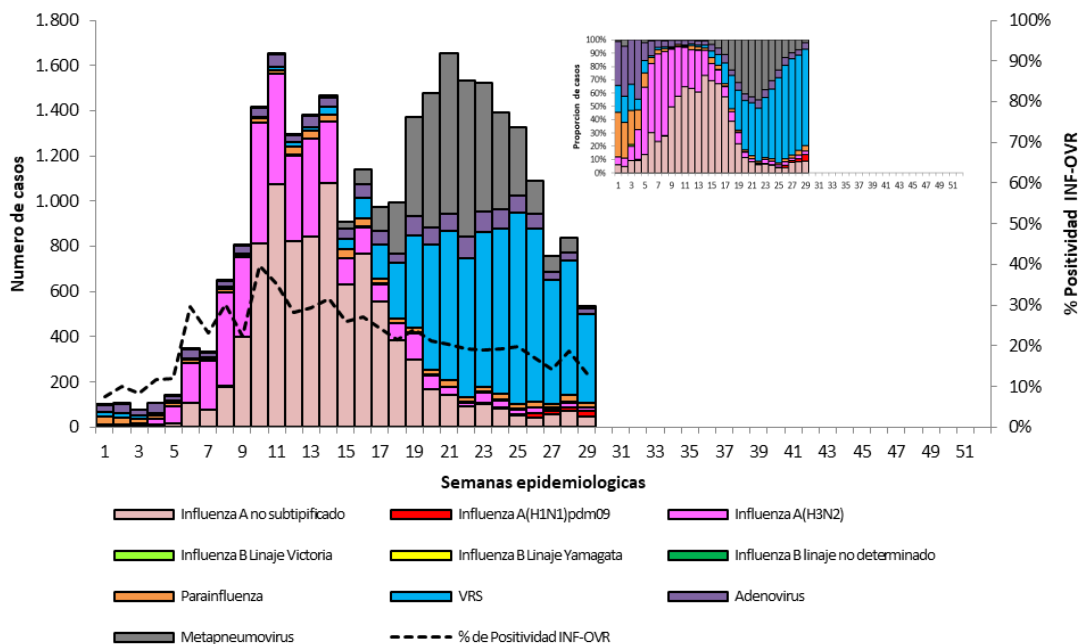
Gráfico 14. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2021. SE01-SE29 2022



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 SE29 se detecta circulación de otros virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, influenza, adenovirus, metapneumovirus y parainfluenza. 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 12 semanas. Se destaca la proporción y el número de casos de metapneumovirus especialmente entre las semanas 20 y 25.

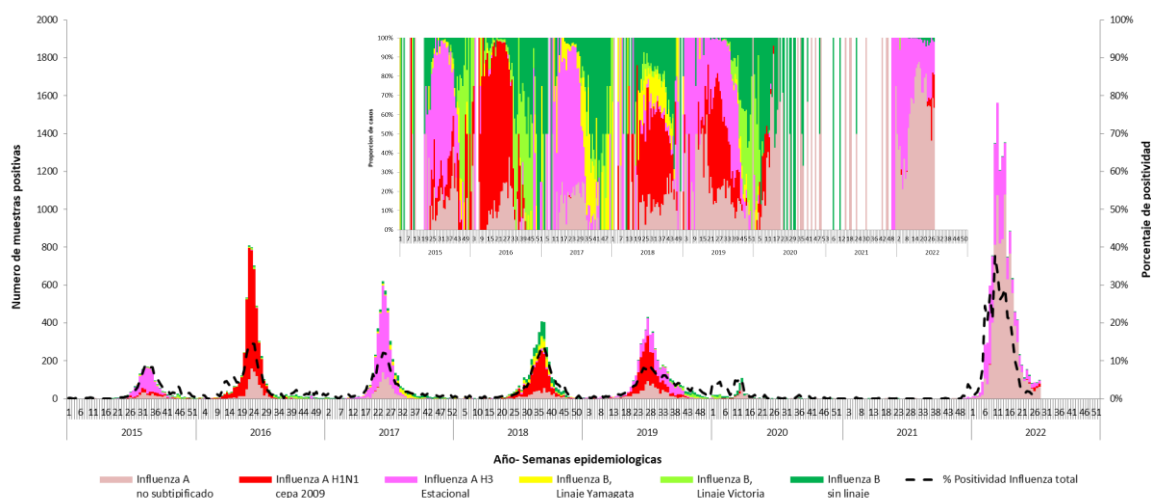
Gráfico 15. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01- SE29 de 2022. Argentina. (n=27.401)



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

A partir de las últimas semanas del año 2021 y entre las SE 03-14 del año 2022 se registra un importante aumento en el número de casos de virus influenza (especialmente de Influenza A H3N2) con un descenso posterior a partir de la SE16; en las últimas semanas, si bien el número de casos de influenza se mantiene estable, se destaca la co-circulación de Influenza AH3N2 y AH1N1. 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 SE29.

Gráfico 16. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica, SE 01 de 2015 a SE29 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}.

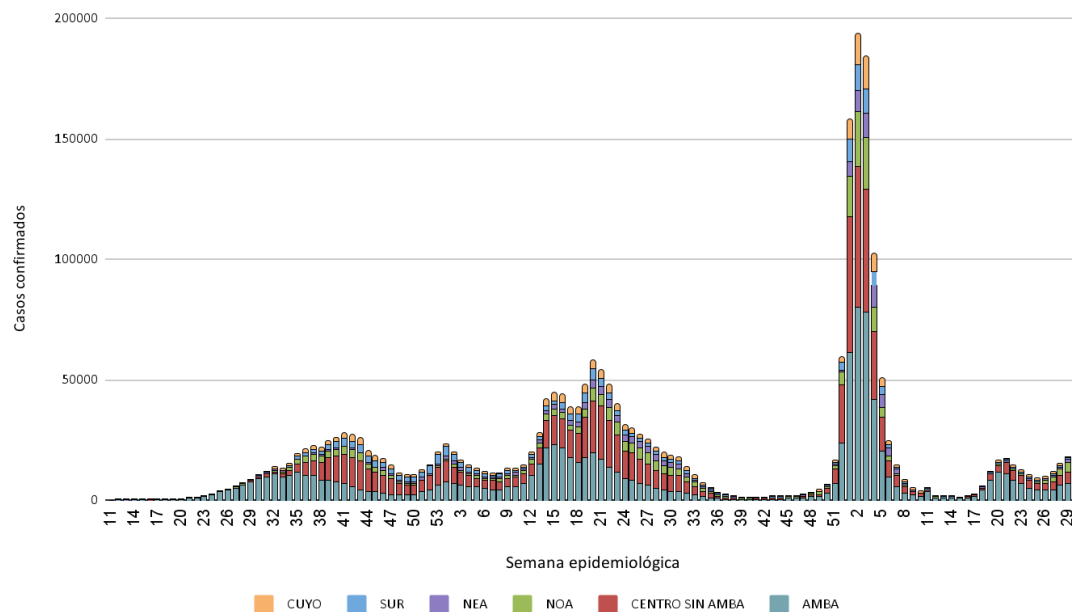
VIGILANCIA DE COVID-19

En Argentina, desde el inicio de la pandemia hasta el 30 de julio de 2022, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 9.560.307 casos confirmados de Covid-19 y 129.369 fallecimientos. Respecto a la población de 50 y más años (población priorizada para el diagnóstico en la actualidad), desde el inicio de la pandemia hasta el 30 de julio de 2022, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 2.436.136 casos confirmados de Covid-19 y 117.008 fallecimientos.

Para el análisis de la tendencia de los casos se utiliza como variable temporal la fecha de inicio del caso¹⁴. Considerando dicha fecha, se registra un aumento de los casos de 19% durante la SE 29 en relación a la semana previa (aumento de 2.862 casos).

¹⁴ 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.

Gráfico 17. Casos confirmados en población de 50 años y más por semana epidemiológica¹⁵ según región del país. SE 10/2020 - SE 30/2022, Argentina

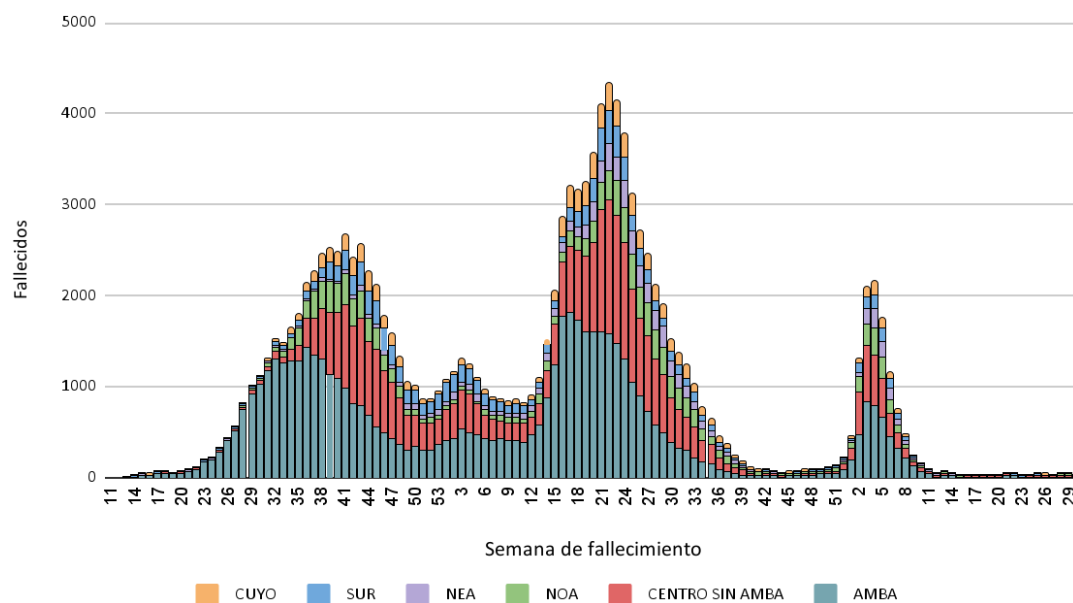


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS^{2.0}.

En cuanto a los fallecimientos, para la SE 29 se registraron 63 muertes con fecha de fallecimiento en esa semana, lo que significa un aumento del 9% respecto de la semana previa (5 fallecidos más) según las notificaciones realizadas a la SE 30. Se destaca que desde la SE 12/2022 se observa la cantidad de fallecidos por semana más baja desde el comienzo de la pandemia.

¹⁵ La semana utilizada es la semana de inicio del caso según las especificaciones indicadas. Se muestran los datos a semana cerrada. Las últimas semanas están sujetas a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

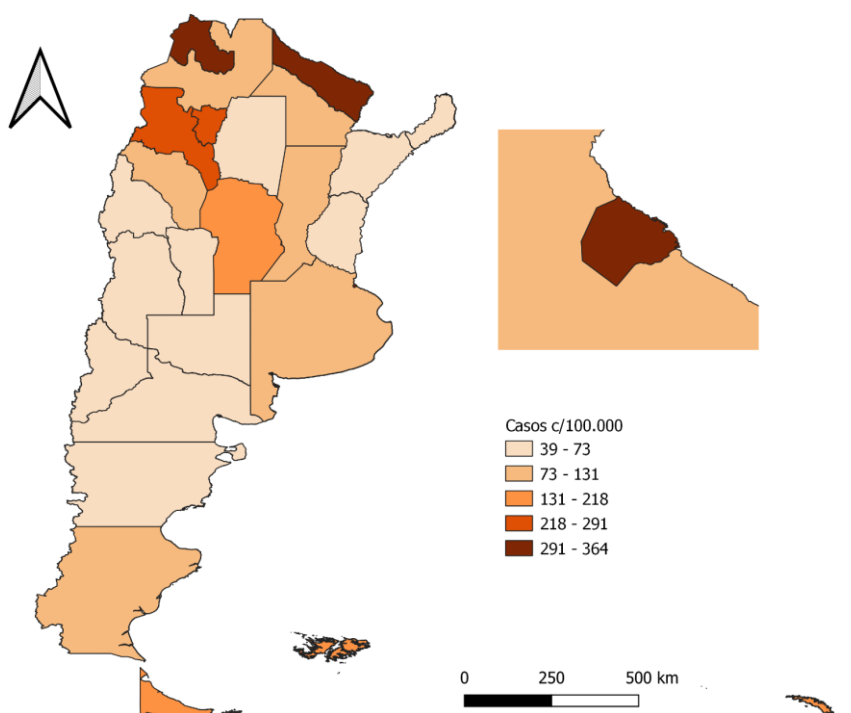
Gráfico 18. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE1/2020 a SE 30/2022, Argentina según regiones.



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

La incidencia de casos de COVID-19 a nivel nacional en mayores de 50 años en las últimas 4 semanas (SE 27 a SE 30/2022) fue de 133 casos cada 100.000 habitantes. Las jurisdicciones que presentaron las tasas más elevadas fueron CABA, Formosa y Jujuy (Mapa 2).

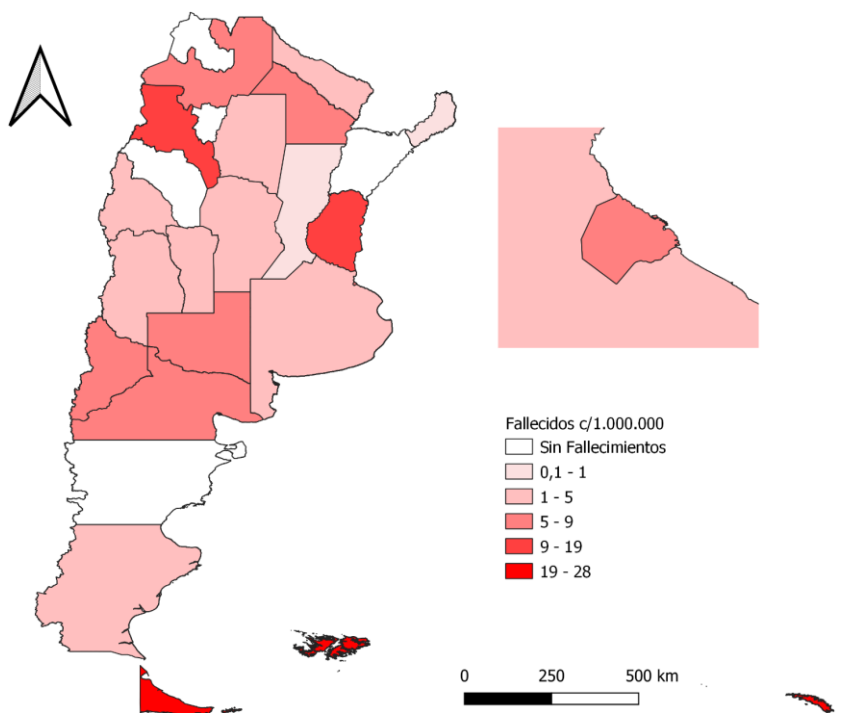
Mapa 2. Incidencia en población de 50 y más años cada 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 27 a 30/2022, Argentina. N=61.513.



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, a nivel nacional esta fue 4,5 fallecidos por cada millón de habitantes considerando el período comprendido en las últimas 4 semanas (SE 27 a 30). Las provincias con las mayores tasas para el período fueron Tierra del Fuego, Catamarca y Entre Ríos.

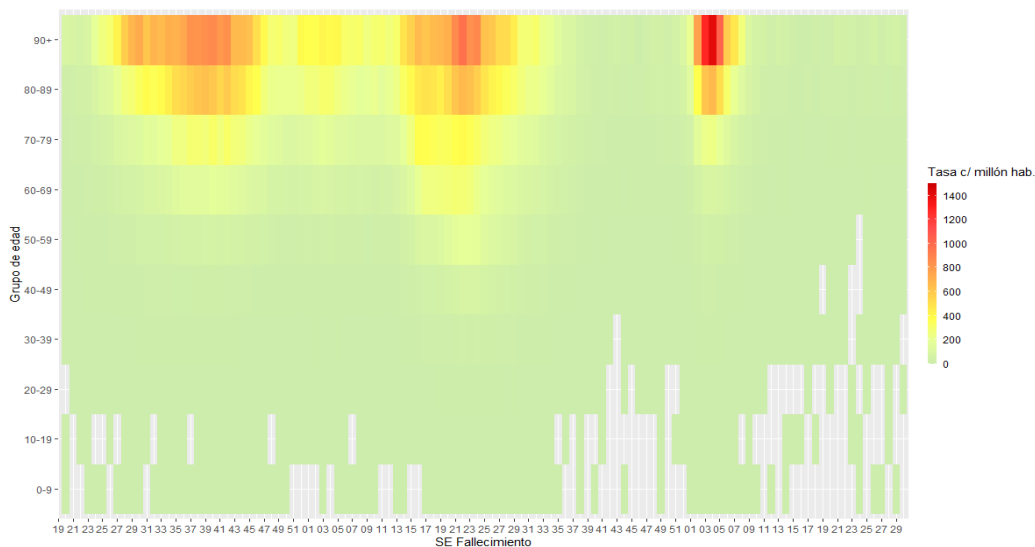
Mapa 3. Tasa de mortalidad acumulada por 1.000.000 de habitantes por jurisdicción de residencia. SE 27 a 30/2022, Argentina. Argentina. N=208.



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.

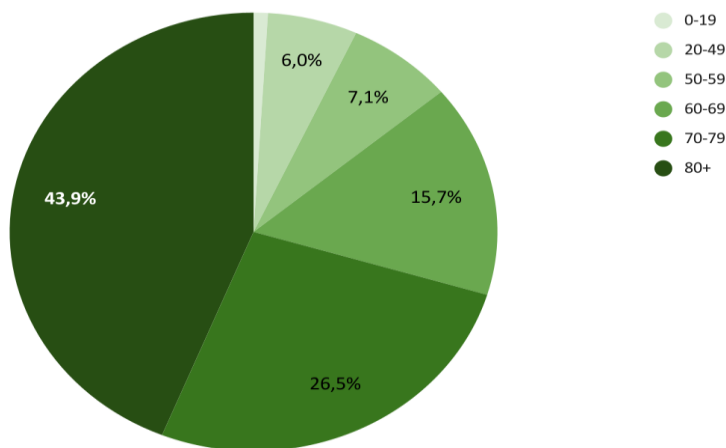
Gráfico 19. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/20 a 30/22.



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 30/22. N=11.710*



*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 - 02/08/22 SE 30](#).

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).

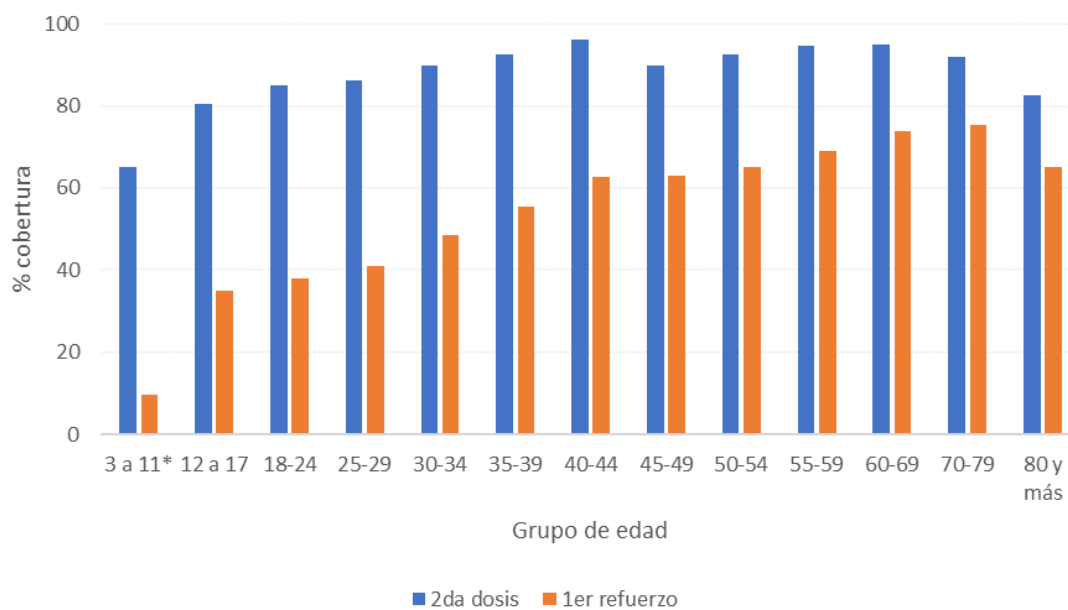
Para el resto de las variantes del virus (incluida Delta) no se registran casos desde la SE03 de 2022.

Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 02/08/22 SE 30](#) 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 80,6%. 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 65%.

Respecto de las coberturas del primer refuerzo, el 45,8% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 57,4% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es del 70,6%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años la cobertura alcanzó el 35% y en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 9,7%.

Gráfico 21. Coberturas de 2da dosis y 1er refuerzo por grupo de edad. SE 30**

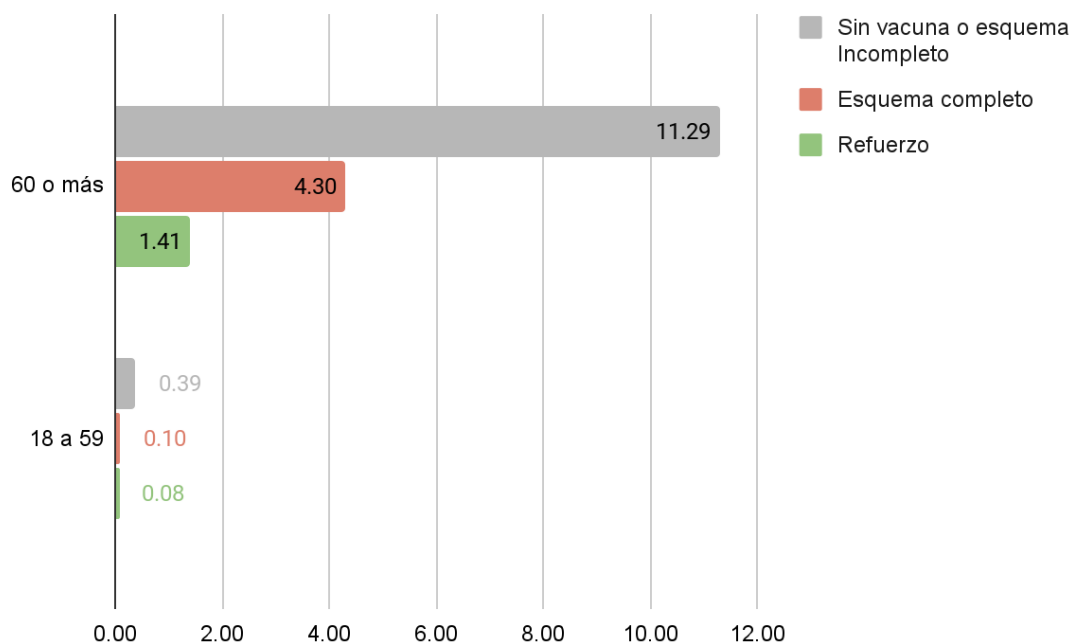
Fuente: Informe de avance vacunación contra Covid-19. DICEI. Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NoMiVac).

*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 SE27-SE30 se registraron 11,29 muertes cada 100.000 habitantes en personas 60 años y más sin vacunación o con esquema incompleto. Se produjeron 4,30 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 1,41 muertes cada 100.000 habitantes.

Gráfico 22. Tasas de mortalidad c/100.000 hab según grupo de edad y estado de vacunación. SE 27 - SE 30/2022, 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 RESPIRATORIOS¹⁶

América del Norte: en general, la actividad de la influenza disminuyó en la subregión, mientras que el SARS-CoV-2 continuó elevado. 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

¹⁶Tomado de: Reporte de Influenza SE29 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS, disponible en <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

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 y la República Dominicana 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 Nicaragua la actividad de la influenza ascendió 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 Costa Rica, Honduras y Guatemala. Los recuentos de casos de ETI asociados con influenza y SARS-CoV-2 se mantuvieron en niveles moderados en Guatemala.

Países Andinos: la actividad de la influenza se mantuvo baja con predominio de A(H3N2), excepto en Bolivia y Perú donde la circulación aumentó por encima de los niveles epidémicos. La actividad del SARS-CoV-2 siguió aumentando en Bolivia, Colombia y Perú.

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 epidémicos para el período, con predominio de VRS y SARS-CoV-2 en Chile y Uruguay, mientras que predominó el SARS-CoV-2 en Paraguay.

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19¹⁷

574.526.267

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS el 31 de julio de 2022

6.395.832

Personas fallecidas en el mundo.

6.565.679

Casos nuevos reportados en la última semana.

14.179

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

9%↓

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

3%↓

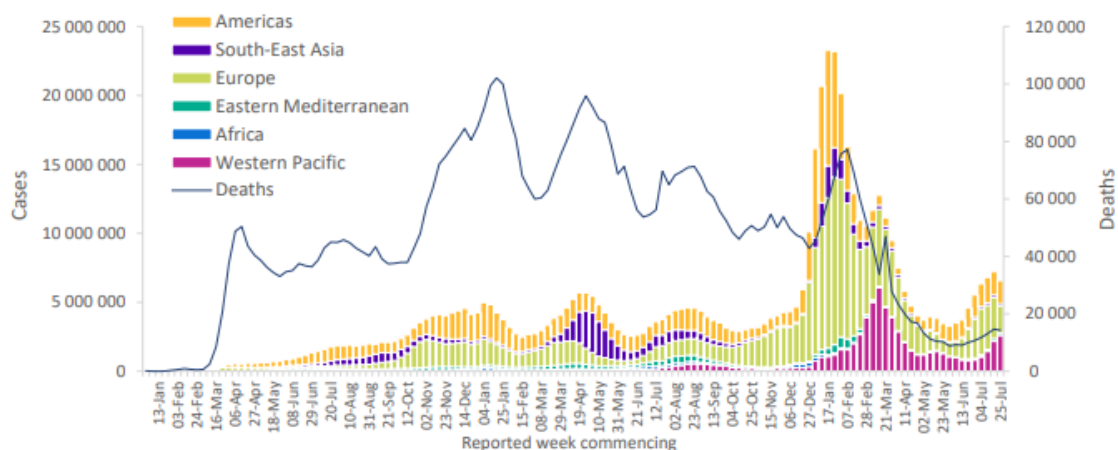
La cantidad de fallecidos nuevos disminuyó levemente respecto de la semana anterior.

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

- ✓ 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 predominantes de la variante Omicron son BA.4 y BA.5. Según muestras estudiadas en la SE 29, respecto de la semana previa la proporción de secuencias notificadas de BA.5 aumentó de 63,8% a 69,6% y de BA.4 aumentó de 10,9% a 11,8%.

¹⁷ 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>

DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS: INFORME DE FIN DE TEMPORADA 2021/2022

INTRODUCCIÓN

Para los datos nacionales, este informe se confeccionó con información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud hasta el día 31 de julio de 2022.

La vigilancia de las arbovirosis se realiza de forma integrada en el marco de la vigilancia de Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI) y de los casos que cumplen con definiciones específicas para cada una de las arbovirosis, y la notificación se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}). La vigilancia integrada de arbovirosis incluye el estudio de Dengue, Zika, Chikungunya, Fiebre Amarilla, Encefalitis de San Luis y Fiebre del Nilo Occidental, entre otros agentes etiológicos; así mismo, la vigilancia del SFAI integra patologías como hantaviriosis, leptospirosis y paludismo, de acuerdo con el contexto epidemiológico del área y de los antecedentes epidemiológicos.

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de dengue y otros arbovirus se realiza por “temporada”, entendiendo por tal un período de 52 semanas desde la SE 31 a la 30 del año siguiente, para considerar en conjunto los meses epidémicos. **En esta edición se presentan los datos de la temporada 2021/2022 completa, constituyendo el informe de cierre de temporada.**

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

INFORMACIÓN NACIONAL DE ARBOVIROSIS A LA SE 31/2022

Para la temporada 2021/2022 se registraron 789 casos confirmados de dengue sin antecedente de viaje al exterior. Todos los casos registrados fueron entre la SE 4 y 23 del presente año (2022). En las últimas ocho semanas no se han registrado nuevos casos, por lo que no se registra circulación viral en el país actualmente.

INFORMACIÓN NACIONAL DE ARBOVIROSIS DESTACADA DE LA TEMPORADA 2021/2022

789

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

7

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

89%

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

0

Casos fallecidos notificados con dengue.

2

regiones afectadas: NOA y Centro y un caso aislado en NEA

0

Casos confirmados de Zika y Chikunguya.

0

Casos confirmados de fiebre amarilla.

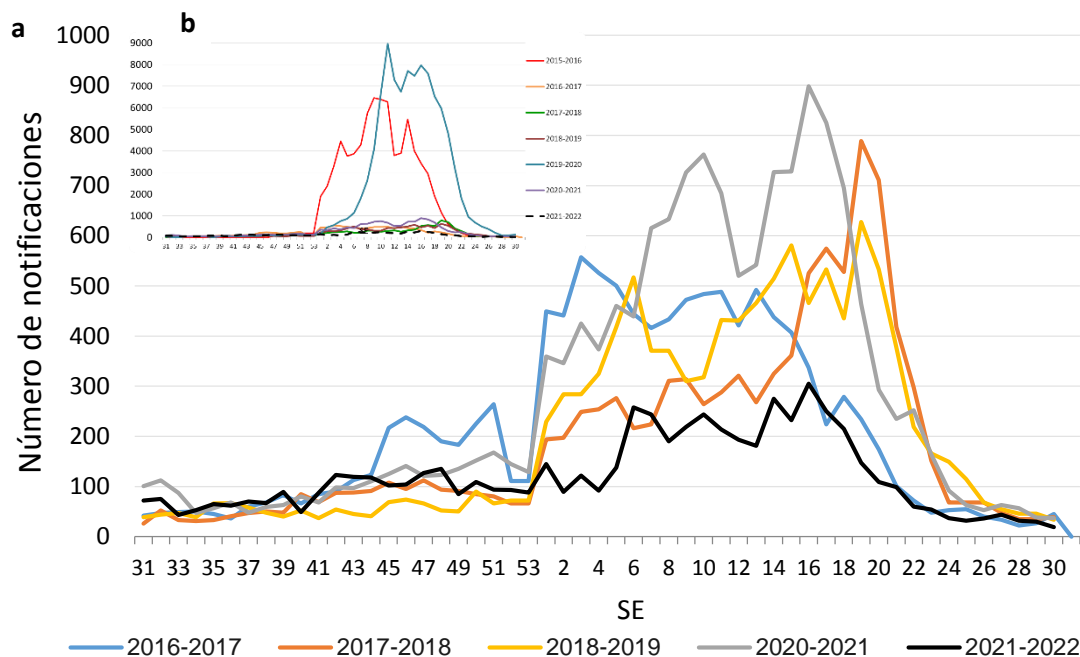
5

Casos confirmados de Encefalitis de Luis

INFORMACIÓN NACIONAL DE DENGUE: CIERRE DE TEMPORADA 2021/2022

Para esta temporada (SE 31/2021 a 30/2022), 23 provincias notificaron casos con sospecha de dengue. Las notificaciones por SE de casos con sospecha de dengue mostraron una tendencia distinta a otras temporadas no epidémicas. Mientras que en las temporadas anteriores se observa un marcado aumento en las notificaciones a principio de cada año, en esta temporada, se observa un aumento menor y retrasado (a partir de la SE 5). A lo largo del 2022, las notificaciones semanales registradas fueron menores a las notificaciones semanales registradas en las temporadas anteriores en casi las semanas del período. Si se compara el número total de casos notificados, se observa que las notificaciones totales de la temporada 2021/2022 representa menos de la mitad de la temporada anterior (un 43%) y un 58% de la temporada 2018/2019 (Gráfico 23).

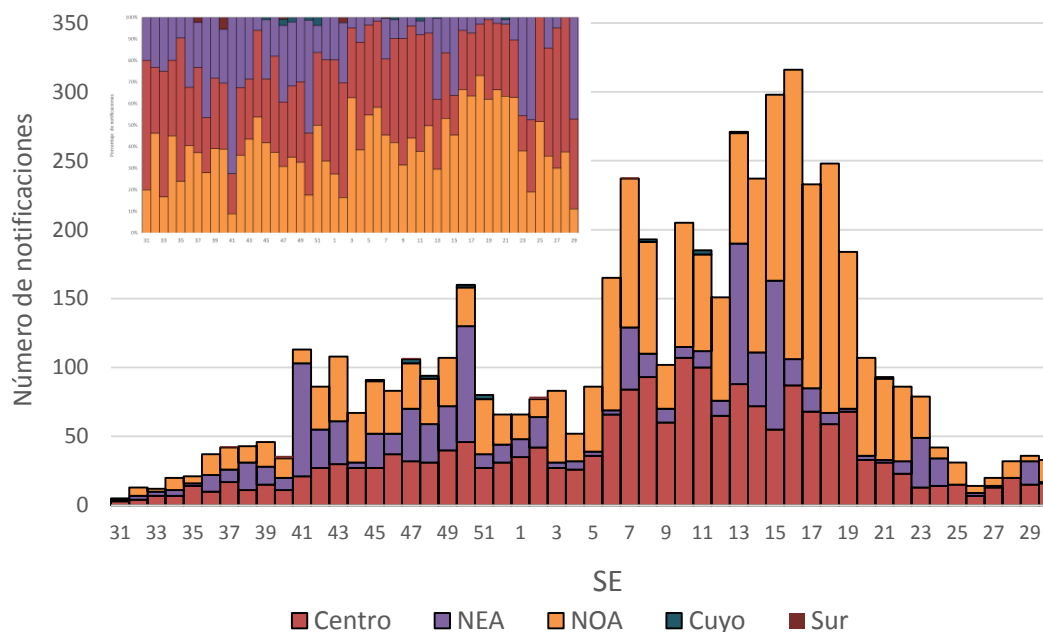
Gráfico 24. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE. a. Para temporadas no epidémicas (2016-2017, 2017-2018, 2018-2019, 2020-2021 y 2021-2022) b. Todas las temporadas desde 2015-2016 hasta temporada 2021-2022. Argentina.



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

En cuanto a la distribución espacio-temporal de las notificaciones de dengue, si se analiza el número de notificaciones según región por SE, a lo largo de la temporada, se observa que el número de notificaciones totales fue en aumento hasta la SE 16, con un aporte repartido entre las regiones NOA, NEA y Centro, aunque la mayor parte de notificaciones provino de la región NOA. Las regiones NOA y Centro representan la mayor proporción de notificaciones por región, con una menor proporción aportada por NEA. En las últimas cinco semanas, el 53% de las notificaciones provino del Centro y el 32%, de la región NOA.

Gráfico 25. Número de notificaciones totales de casos de dengue por región de carga. Temporada 2021/2022. 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}).

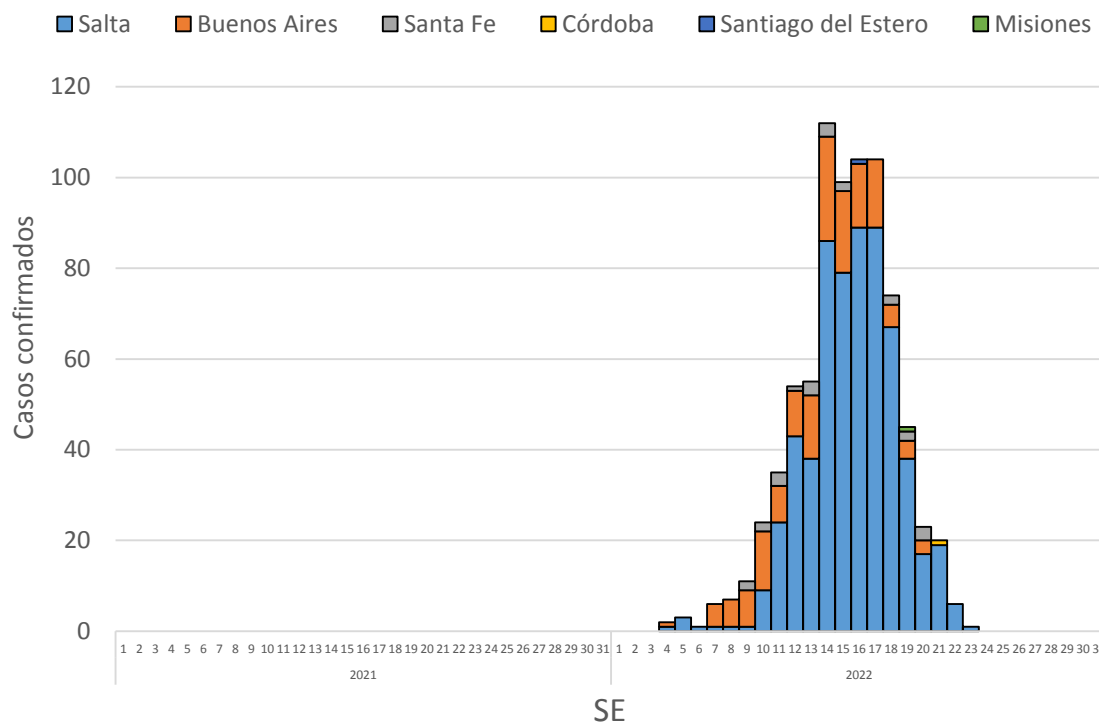
- Del total de los casos reportados durante el período de estudio, el 15% corresponde a casos confirmados, 2% a casos probables, 57% a casos sospechosos no conclusivos, el 19% a casos descartados y un 6% se encuentran aún en estudio.
- Si bien los casos se distribuyeron entre las SE 04 y la SE 23 del 2022, el 62% de los mismos se concentró entre las SE 14 y 18 (Gráfico 26).
- La Región NOA, a expensas de Salta, aportó un 77% de los casos confirmados, seguida por la región Centro, que aportó un 21% de los casos confirmados (19% Buenos Aires y 3% Santa Fe).
- La región NEA ha registrado, a diferencia de temporadas anteriores, sólo un caso confirmado en la provincia de Misiones.
- La región Cuyo no registró casos en lo que va de la temporada, luego de dos temporadas en las que se registraron algunos casos confirmados sin antecedente de viaje.
- Se estudió el serotipo del 30% de los casos. De ellos, el 89% registró serotipo DEN-2 (Salta y un caso en Santiago del Estero), y el restante 11%, serotipo DEN-1 (Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba).

Tabla 5. Casos confirmados, probables y notificados totales de dengue con y sin antecedente de viaje según provincia de residencia. Temporada 2021/2022.

Provincia	Sin Antecedente de viaje			Con AV a otras provincias		Con AV a otros países		Total notificados	DEN-1	DEN-2	Total con serotipo tipificado
	C	Nexo	P	C	P	C	P				
Buenos Aires	143	3	41	1	0	3	2	565	11	0	11
CABA	0	0	7	0	0	5	0	569	0	0	0
Córdoba	1	0	1	0	0	3	0	191	1	0	1
Entre Ríos	0	0	1	0	0	0	0	144	0	0	0
Santa Fe	23	0	7	0	0	5	0	445	13	0	13
Centro	167	3	57	1	0	16	2	1.914	25	0	25
Mendoza	0	0	0	1	0	0	1	4	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	0	1	0	10	0	0	0
Cuyo	0	0	0	1	0	1	1	18	0	0	0
Chaco	0	0	0	0	0	0	0	210	0	0	0
Corrientes	0	0	1	0	0	0	0	122	0	0	0
Formosa	0	0	8	0	0	0	0	100	0	0	0
Misiones	1	0	3	0	0	0	0	574	0	0	0
NEA	1	0	12	0	0	0	0	1.006	0	0	0
Catamarca	0	0	0	1	0	1	0	34	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0	0	0	0	369	0	0	0
La Rioja	0	0	4	0	0	0	0	146	0	0	0
Salta	587	23	42	1	0	7	0	1.705	1	215	216
Sgo. del Estero	1	0	4	3	0	0	0	87	0	1	1
Tucumán	0	0	2	0	0	0	0	118	0	0	0
NOA	588	23	52	5	0	8	0	2.459	1	216	217
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	1	-	-	-
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	2	-	-	-
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	4	-	-	-
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Sur	0	0	0	0	0	0	0	7	-	-	-
Total PAIS	756	26	121	7	0	25	3	5.404	26	216	242

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

Gráfico 26. Casos confirmados de dengue sin antecedente de viaje según provincia de residencia por semana epidemiológica. Temporada 2021/2022. Argentina.

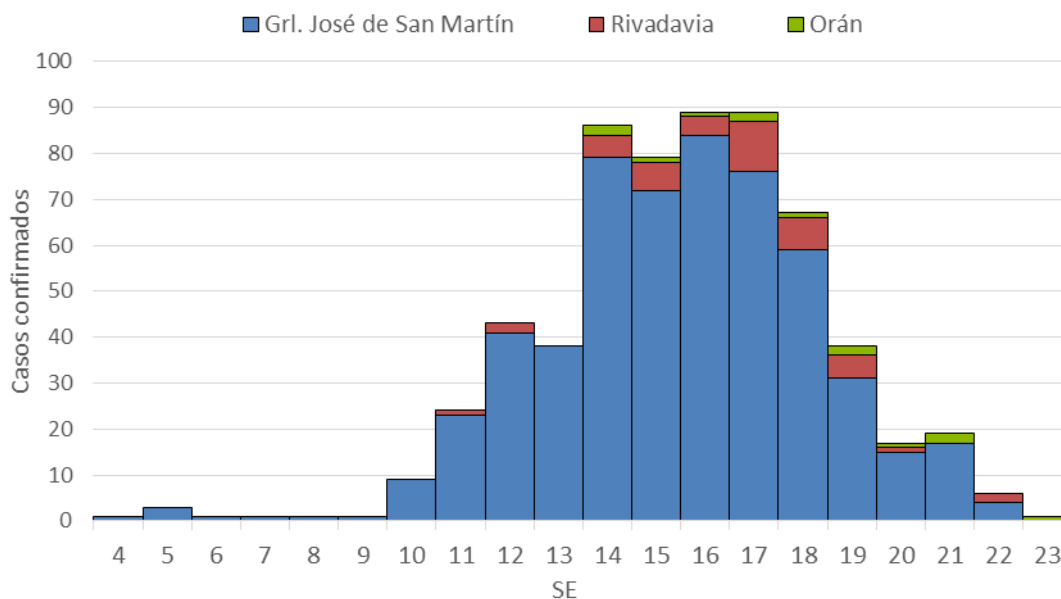


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}).

En cuanto a la ocurrencia de casos confirmados de dengue a lo largo de la temporada, se observa que solo se registraron casos durante el 2022, entre las SE 4 y 23 de dicho año, con una mayor concentración en el período de la SE 14 a 17. Posteriormente se observó un descenso hasta la SE 23, en la que se registró el último caso de la temporada. Los primeros casos de la temporada se registraron en Salta y Buenos Aires. Para la primera provincia, se observa un aumento de los casos a partir de SE 10, alcanzando máximas de 89 casos semanales, siendo el principal aporte al total de casos del país. En Buenos Aires, el aumento de casos se registra a partir de SE 7, siendo la segunda provincia con más casos en la temporada.

Durante este período, Salta presentó casos desde la SE 4 a la SE 23/2022. Se evidenció circulación viral en cinco de sus localidades. Tres pertenecientes al departamento de Salvador Mazza: Profesor Salvador Mazza, con 392 Tartagal con 97 casos y Aguaray, con 54 casos. Las otras dos localidades pertenecen al departamento de Rivadavia: Santa Victoria Este, con 25 casos y Rivadavia con 17 casos.

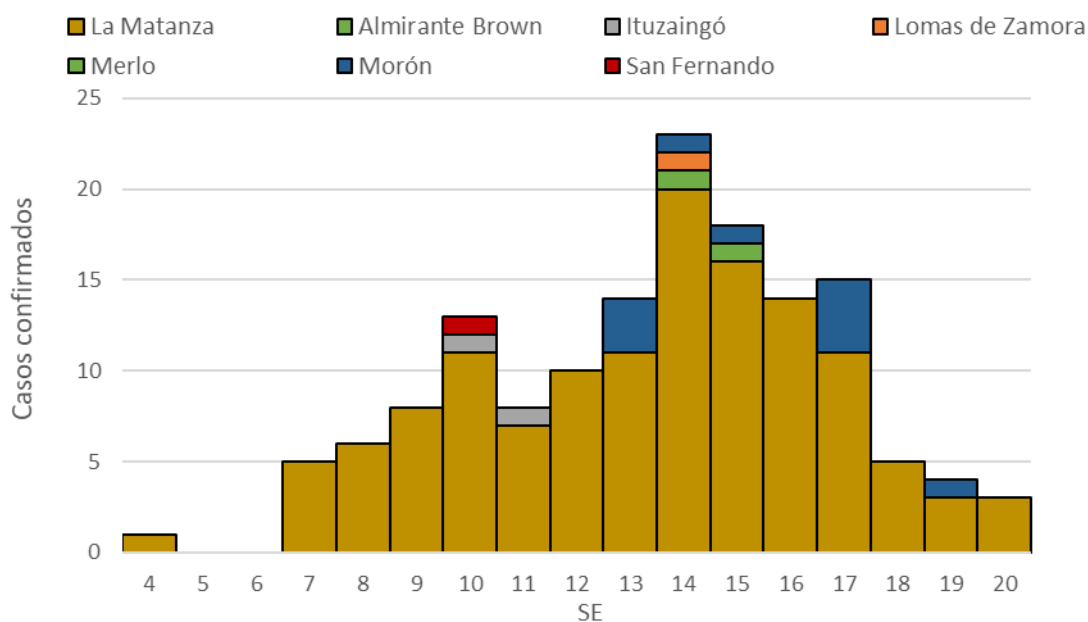
Gráfico 27. Casos confirmados de dengue sin antecedente de viaje según departamento por semana epidemiológica. SE 4 a SE 23/2022. Salta.



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

En la provincia de Buenos Aires se notificaron 146 casos confirmados sin antecedente de viaje, de los cuales 129 corresponden a un brote registrado en varias localidades del partido de La Matanza entre la SE 04 y 20/2022. El resto de los casos se distribuyen en los departamentos de Morón, Ituzaingó, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Morón, Merlo y San Fernando.

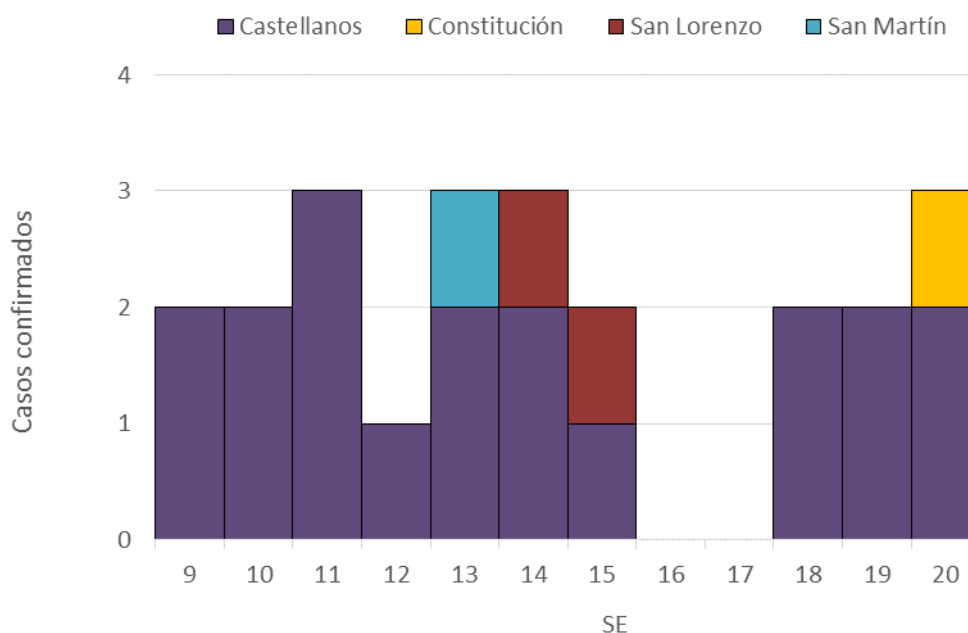
Gráfico 28. Casos confirmados de dengue sin antecedente de viaje según departamento por semana epidemiológica. SE 4 a SE 20/2022. Buenos Aires



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

La provincia de Santa Fe registró 23 casos entre las SE 09 y 20. De ellos, 19 parte de un brote (en el mismo período), en el departamento de Castellanos, localidad de Rafaela. Además, se presentaron casos aislados en otros departamentos de la provincia: Constitución, San Lorenzo y San Martín.

Gráfico 29. Casos confirmados de dengue sin antecedente de viaje según departamento por semana epidemiológica. SE 9 a SE 20/2022. Santa Fe.



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

Además, se confirmó un caso sin antecedente de viaje registrado en Córdoba (SE 21) y uno en Misiones (SE 19). En ambos casos no se registraron otros casos en la zona. Actualmente no hay evidencias de circulación viral para ninguna localidad dado que no se han presentado casos nuevos en las últimas siete semanas.

En cuanto a casos importados, fueron confirmados 23 casos con antecedente de viaje al exterior del país. De ellos, 13 a Brasil, 5 a Bolivia, 2 a Costa Rica, uno a México, uno a Maldivas y uno a Cuba. Entre los casos con antecedente de viaje, se registró el serotipo DEN-2 en los casos provenientes de Brasil, Bolivia y Costa Rica; DEN-1 en los provenientes de México, Maldivas y Brasil; y DEN-3 del proveniente de Cuba. En cuanto a los casos importados entre provincias, se registran casos en Santiago del Estero provenientes de Salta, un caso en Mendoza proveniente de Misiones y un caso en Catamarca proveniente de Salta.

INFORMACIÓN NACIONAL DE OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE 30

Entre la SE 31/2021 y 30/2022, se notificaron 799 casos estudiados para Encefalitis de San Luis, Enfermedad por Virus de Zika, Síndrome congénito con sospecha de asociación con ZIKV, SGB u otros síndromes neurológicos con sospecha de asociación de ZIKV, Fiebre del Nilo Occidental, Fiebre Chikungunya y Fiebre Amarilla.

Dentro de los casos estudiados, **se confirmaron cuatro casos de Encefalitis de San Luis, dos en Entre Ríos (SE 03 y 04), uno en Buenos Aires (SE 04) y uno en Santa Fe (SE 09)**. A su vez, se

registraron diez casos de probable flavivirus, cinco en CABA (SE 07, 14 y 22), tres en Córdoba (SE 12, 17 y 18), uno en Corrientes (SE 19) y uno en Buenos Aires (SE 22). Para el restante de casos, el 78% presentó pruebas de laboratorio negativas y el 17% se encuentran en estudio.

Para el mismo período, no se registraron casos humanos ni de epizootias en primates no humanos de Fiebre Amarilla.

INFORMACIÓN REGIONAL DEL DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE 30

Dengue, Zika y Chikungunya en países limítrofes

Durante el 2022, a SE 30/2022, se registraron en Bolivia, Brasil, Paraguay y Argentina los serotipos DEN-1 y DEN-2. Además, se registró también circulación del serotipo DEN-4 en Brasil. Uruguay presenta 7 casos confirmados y Chile no registra casos de dengue.

Tabla 6. Casos totales, confirmados por laboratorio y tasas de incidencia cada 100.000 hab. de dengue. Muertes y tasas de letalidad cada 100mil hab., según país*. SE 01/2022 a 30/2022.

País	Última actualización	Serotipos circulantes	Total casos	Tasa de incidencia	Confirmados laboratorio	Muertes	Letalidad
Brasil	SE 28	DEN 1, 2 y 4	1.827.617	854,05	914.117	737	0,040
Bolivia	SE 27	DEN 1 y 2	8.397	70,96	2.962	5	0,060
Paraguay	SE 29	DEN 1 y 2	4.562	63,19	173	0	0,000
Uruguay	SE 20	-	29	0,83	7	0	0,000
Argentina	SE 30	DEN 1 y 2	814	1,76	814	0	0,000

*Se excluye de la tabla al país limítrofe Chile, donde no hay circulación viral de dengue.

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente de la Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA) y del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}).

El estado de Rio Grande do Sul en Brasil emitió una alerta máxima contra el dengue el día 20 de abril de 2022. A la SE 30/2022 se han confirmado 49.149 casos autóctonos correspondientes a este año y 65 fallecimientos.

En cuanto a otras arbovirosis, Brasil, Bolivia y Paraguay registran casos de Fiebre Chikungunya; y Brasil y Bolivia de Enfermedad por virus Zika. En ambos eventos la mayor cantidad de confirmados se concentra en Brasil. (Tabla 6).

Tabla 7. Casos confirmados por laboratorio y tasas de incidencia (cada mil hab.) de Fiebre Chikungunya y Enfermedad por virus de Zika según país*. SE 01/2022 a 30/2022.

País	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus de Zika		
	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes
Brasil	SE 28	75.505	40	SE 25	1.378	0
Bolivia	SE 27	11	0	SE 27	3	0
Paraguay	SE 29	123	0	SE 29	0	0
Argentina	SE 30	0	0	SE 30	0	0

*Se excluyen de la tabla a los países limítrofes Chile y Uruguay donde no hay circulación de los virus Zika y Chikungunya.

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente de la Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA) y del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}).

Fiebre Amarilla

En cuanto a la situación de la Fiebre Amarilla en países limítrofes para el año 2022, solamente se registró un caso confirmado en Brasil, con lugar de contagio lejano a la frontera con Argentina. A lo largo del año 2021 se han registrado únicamente casos en Brasil y Bolivia.

Situación en Brasil

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

Para el período de estudio (de julio a 2021 a junio del presente año), en Santa Catarina se notificaron 122 epizootias en primates no humanos. En cuanto a casos humanos, para el mismo período, se notificaron 90 casos sospechosos, de los cuales 89 fueron descartados y uno confirmado con evolución fatal y antecedente de viaje al norte de Brasil. Del total de los casos registrados en este período, 56 corresponden al presente año.

En el año 2022 el Estado de Rio Grande Do Sul notificó cuatro casos sospechosos de fiebre amarilla que se concluyeron como descartados. Hasta la SE 02/2022, se ha registrado 267 casos sospechosos de epizootias, ninguno de ellos transcurrido durante el 2022¹⁸.

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

CONCLUSIONES

Durante la temporada 2021/2022 se registraron 789 casos autóctonos confirmados de dengue.

A lo largo del país, La distribución espacial de los casos se vio restringida a áreas focalizadas, afectando a pocas localidades. Dos regiones han presentado localidades con circulación viral: NOA y Centro. A diferencia de años anteriores, la región NEA no ha registrado brotes, habiendo notificado un solo caso confirmado en la provincia de Misiones. La región Cuyo no ha registrado casos. Además, durante esta temporada se han registrado pocos casos importados entre provincias y de otros países, lo cual pudo haber favorecido a una menor expansión geográfica del virus.

Sin embargo, la extensión temporal de los brotes no se vio restringida a pocas semanas. Las provincias más afectadas han notificado casos confirmados por un período de 16 semanas epidemiológicas prácticamente consecutivas.

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

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

¹⁸ Informativo Epidemiológico de Arboviroses, Setembro de 2021, SE 40/2021. <https://www.cevs.rs.gov.br/dengue-chikungunya-zika-virus>

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

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

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

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

Zonas sin circulación viral y presencia del vector

1. Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:

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

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

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

Zonas CON circulación viral (CONTEXTO DE BROTE)

1. Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:

- Deberán considerarse “Caso de dengue por nexo epidemiológico” a todos los casos con clínica compatible y relacionada al brote.

- **NO** se recolectarán muestras para el diagnóstico etiológico en todos los casos sino solo en una porción de los mismos y con exclusivos fines de vigilancia. Las áreas de “Atención de pacientes”, “Epidemiología” y “Laboratorio” deben coordinar en base a capacidades y magnitud del brote epidémico el porcentaje de pacientes que estudiarán por laboratorio atendiendo dos situaciones:

- Toma de muestras agudas tempranas (0-3 días de evolución preferentemente) para monitorear el serotipo viral circulante y la posible introducción de nuevos serotipos.

- Toma de muestras agudas tardías (de 6 o más días de evolución) para realización de IgM y seguimiento temporal de la duración del brote.

Zonas SIN presencia del vector

Todo caso sospechoso CON antecedentes de viaje:

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

INFORMES ESPECIALES



SITUACIÓN DE TRIQUINOSIS

INTRODUCCION

La *trichinellosis* es una zoonosis parasitaria ampliamente distribuida en nuestro país, producida por un nematodo del género *Trichinella*. En Argentina, la principal fuente de infección para el ser humano es el cerdo, aunque también existen otras, particularmente el jabalí o el puma.

El modo de transmisión es a partir de la ingestión de carne cruda o insuficientemente cocida de animales, con larvas enquistadas viables, especialmente carne de porcinos y sus subproductos, y animales de caza.

La modalidad de presentación de la *trichinellosis* es en forma de brotes en el hombre, y de focos en los porcinos. El tratamiento temprano e inmediato de las personas expuestas y el retiro de los alimentos posiblemente contaminados disminuyen las formas graves en los enfermos y el riesgo a enfermar de la población general.

Los casos de triquinosis constituyen eventos de notificación obligatoria en el marco de la ley 15465

Los objetivos de la vigilancia epidemiológica de este evento consisten en: alertar en forma temprana ante la detección de casos y brotes humanos de triquinosis, con el propósito de implementar las acciones de control que permitan limitar el impacto en la población; registrar de manera sistemática las diferentes etapas del algoritmo de diagnóstico; registrar de manera integral los casos clínicos, los estudios de laboratorio para el diagnóstico y los estudios epidemiológicos asociados a casos y brotes; Integrar la información y difundirla a los diferentes actores involucrados en todos los niveles del sistema de salud de manera oportuna

Las normas de vigilancia y control de triquinosis pueden consultarse en este mismo número en el [Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria](#) accesible en este mismo número desde la sección [HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA](#)

REPORTE DE SITUACIÓN NACIONAL A LA SE30 – 30/07/2022

420

Casos sospechosos

16

Casos descartados

126

Casos confirmados y probables

0

Personas fallecidas en el país

- ✓ Hasta el 30 de julio se notificaron 126 casos confirmados y probables, 420 casos con sospecha diagnóstica y 16 casos descartados.
- ✓ En cuanto al análisis por regiones se observa que más del 90% de los casos se presentaron en la región Centro.
- ✓ No se notificaron casos fallecidos.

Tabla 8: Casos totales notificados según clasificación manual y provincia de residencia. Argentina. Años 2022, SE1 hasta SE30.

Provincia / Región	Confirmados	Probables	Sospechosos	Descartados
BUENOS AIRES	28	1	150	6
CABA	0	0	1	0
CORDOBA	53	6	114	0
ENTRE RIOS	3	0	5	2
SANTA FE	23	9	104	7
CENTRO	107	16	374	15
MENDOZA	1	1	27	0
SAN JUAN	1	0	3	0
SAN LUIS	0	0	7	0
CUYO	2	1	37	0
CORRIENTES	0	0	1	0
MISIONES	0	0	1	0
NEA	0	0	2	0
CATAMARCA	0	0	1	0
NOA	0	0	1	0
LA PAMPA	0	0	5	0
RIO NEGRO	0	0	0	1
SUR	0	0	5	1
Sin dato	0	0	1	0
Total país	109	17	420	16

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

ACTUALIZACIÓN BROTES DE TRIQUINOSIS AL 30/07/2022

Los brotes de cualquier etiología forman parte de los eventos de notificación obligatoria (Resolución 1715/07). La notificación de brotes la realizan las áreas de epidemiología jurisdiccionales a la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación a través del Formulario de Notificación de Brote.

Se recuerda que todos los brotes deben notificarse a la Dirección Nacional de Epidemiología a través del Formulario de Notificación de Brote. Dicho formulario puede solicitarse enviando un correo electrónico a la casilla institucional del Área de Vigilancia de la Salud:
areavigilanciamsal@gmail.com

Entre las SE 1 y 30 del año 2022 se notificaron, mediante el Formulario de Notificación de Brotes e informes enviados a la Coordinación Nacional de Zoonosis, 19 brotes de triquinosis: 8 de Córdoba; 4 de Buenos Aires; 3 de Santa Fe; 2 de Mendoza y 1 de Entre Ríos (asociado a un brote ocurrido en Córdoba).

Tabla 9 - Brotes de triquinosis según provincia y localidad/es afectadas. Año 2022, SE1 a SE30.

Provincia	SE de fecha de inicio	Casos asociados a brotes	Casos hospitalizados
Buenos Aires	-	138	4
25 de Mayo	23	17	1
Balcarce	29	15	0
Campana	29	36	2
Ramallo	29	70	1
Córdoba	-	117	2
Córdoba, Santa Rosa de Calamuchita y Dean Funes (1)	11	64	0
Santa María, Malagueño y Alta Gracia	19	8	0
Tercero Arriba	19	4	-
Río Primero, Capilla De Los Remedios	22	3	0
Tercero Arriba, Hernando	22	3	-
Río Cuarto	24	8	-
Canals (2)	26	19	2
Adelia Maria	28	8	0
Entre Ríos	-	9	0
Maciá y Nogoyá (1)	12	9	0
Santa Fe	-	16	2
Rosario	6	5	1
Timbues	19	15	-
Wheelwright y Hughes (2)	26	11	1
Mendoza	-	21	1
Fray Luis Beltran	24	10	0
Las Violetas	26	11	1
Total país	-	301	9

(1) y (2) localidades que formaron parte un mismo brote

Fuente: Formulario de Notificación de Brotes.

Guía para la prevención y control de la triquinosis/trichinellosis:

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Guia_Triquinosis_14-5.pdf

Para más información, consultar en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/triquinosis>

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA



MANUAL PARA LA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA VIRUELA SÍMICA EN ARGENTINA

INTRODUCCIÓN

El 08 de agosto de 2022 se publicó el [Manual para la vigilancia epidemiológica y control de la viruela símica en argentina](#) el cual actualiza, amplía y reemplaza a la primera versión de la Guía de vigilancia epidemiológica y acciones de control de la viruela símica en Argentina publicada en la semana epidemiológica 21, y tiene por objetivo informar y orientar las acciones de los equipos de salud para sospechar la enfermedad, brindar atención adecuada a las personas afectadas, realizar la investigación y control epidemiológico para interrumpir la transmisión y comunicar a la comunidad acerca de las medidas de prevención y cuidado.

La identificación temprana de los casos, su aislamiento y el rastreo de contactos son las principales medidas a aplicar para limitar la transmisión de la enfermedad en la población en la actual situación epidemiológica. Por tal motivo se transcriben a continuación las definiciones de caso para la vigilancia, la definición actual de contacto y su estratificación en función del riesgo de exposición así como las medidas a tomar según la misma.

Definición y clasificación de caso

Las definiciones de caso son dinámicas y se ajustarán en la medida en que se produzca nuevo conocimiento sobre el brote actual y/o se evalúe su funcionamiento en nuestro contexto.

Caso sospechoso		
Situación 1	Situación 2	Situación 3
Toda persona que presente exantema característico*, sin etiología definida, de aparición reciente y que se localiza en cualquier parte del cuerpo (incluyendo lesiones genitales, perianales, orales o en cualquier otra localización) aisladas o múltiples; o que presente proctitis (dolor anorrectal, sangrado) sin etiología definida**.	Toda persona que haya estado en contacto directo con un caso de viruela símica sospechoso o confirmado	Toda persona que no presenta o refiere un antecedente epidemiológico claro, pero presente exantema característico* con una evolución compatible y en el que haya una alta sospecha clínica.
Y	Y	
al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos:	presente, entre 5 y 21 días del contacto de riesgo, uno o más de los siguientes signos o síntomas:	
Dentro de los 21 días previos al inicio de los síntomas:	- Fiebre >38,5° de inicio súbito. - Linfadenopatía. - Astenia. - Cefalea. - Mialgia. - Dolor lumbar.	
- Contacto físico directo, incluido el contacto sexual, con un caso sospechoso o confirmado.		
- Contacto con materiales contaminados - como ropa o ropa de cama-, por un caso sospechoso o confirmado.		
- Contacto estrecho sin protección respiratoria con un caso sospechoso o confirmado.		
- Relaciones sexuales con una o más parejas sexuales nuevas, múltiples u ocasionales.		
<p>1* <i>Exantema característico de viruela símica: Lesiones profundas y bien delimitadas, a menudo con umbilicación central y progresión de la lesión a través de etapas secuenciales específicas: máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras, que no correspondan a las principales causas conocidas de enfermedades exantemáticas (varicela, herpes zoster, sarampión, herpes simple, infecciones bacterianas de la piel). No obstante, no es necesario descartar por laboratorio todas las etiologías para estudiar al caso para viruela símica.</i></p> <p>1** En el caso de proctitis y/o úlceras genitales se deben investigar también los diagnósticos de <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i> y <i>Treponema pallidum</i>.</p>		
Caso confirmado		
Todo caso sospechoso con resultados detectables de PCR para <i>Orthopox</i> del grupo eurasiático-africano o de PCR en tiempo real para virus <i>monkeypox</i> genérica o específica de los clados.		

Tan pronto como se identifique un caso sospechoso o confirmado, se debe proceder al aislamiento del mismo y realizar la identificación de contactos.

Niveles de riesgo de exposición para la consideración de los contactos de viruela símica y medidas a adoptar.

Riesgo de exposición	Descripción	Medidas de control
Alto	<p>Exposición directa con las lesiones de piel o mucosas (incluyendo el contacto sexual), sus fluidos corporales (p. ej., líquido vesicular o pustular de la lesión) con un caso de viruela símica, o con material contaminado, incluyendo la ropa, toallas, sábanas, etc.</p> <p>Contacto directo con secreciones respiratorias durante actividades que generen aerosoles sin EPP adecuado.</p> <p>Lesiones por objetos punzantes penetrantes utilizados en un caso de viruela símica, incluyendo al personal asistencial, de limpieza, cuidadores o de laboratorio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento durante 21 días desde el último contacto con el caso. • Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, personas gestantes y niños y niñas durante 21 días el último contacto con el caso.
Medio	<p>Sin contacto físico directo, pero con exposición cara a cara a menos de un metro durante al menos 15 minutos con un caso de viruela símica sin utilización de EPP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Automonitoreo durante 21 días desde el último contacto con el caso.
Bajo	<p>Contacto con un caso de viruela símica o con un entorno contaminado con viruela símica con uso correcto de EPP.</p> <p>Contacto comunitario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar el transporte público • Compartir el espacio laboral (oficina, fábrica, comercio, etc.) • Usar baños públicos • Hacer mandados • Ir a una consulta u otras intervenciones médicas • Asistir a clases (escuela, facultad, etc.) en espacios cerrados • Ir a la pileta o al gimnasio • Probarse ropa en un comercio 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna

Notificación:

Se recuerda que todo caso sospechoso o confirmado de viruela símica constituye en el momento actual un Evento de Notificación Obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud incluyendo los componentes clínico, epidemiológico y de laboratorio:

Modalidad de vigilancia

- **Nominal e inmediata**
 - Dentro de las 24hs. ante todo caso sospechoso.
- **Grupos de eventos:**
 - *Viruela, u;*
 - *Otros eventos de importancia para la salud pública*
- **Evento:**
 - *Viruela símica*

La ficha de investigación de caso y pedido de estudios de laboratorio Evento: caso sospechoso de viruela símica está disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ficha-de-notificacion-e-investigacion-epidemiologica-caso-sospechoso-de-viruela-simica>

Por último se destaca que:

Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograr el efectivo control de la situación epidemiológica actual. Los equipos de salud de todo el país deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir de manera adecuada a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, recabar la información necesaria para caracterizar epidemiológicamente los casos e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata (ante la sospecha). Es importante tener en cuenta que **una vigilancia sensible incluye facilitar la accesibilidad de la población a la atención oportuna y de calidad, minimizando todas las posibles barreras de acceso -incluyendo y fundamentalmente las que puedan relacionarse con cualquier tipo de discriminación o estigma relacionado con la enfermedad.**

ACTUALIZACIONES DE E.N.O.: INTOXICACIONES

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. En los BEN 610, 611 y 612 se describió lo vinculado a las actualizaciones en las modalidades de notificación de los eventos Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono, Intoxicación/Exposición a plaguicidas de uso agrícola e Intoxicación/Exposición a plaguicidas de uso doméstico, Intoxicación/exposición a Plomo, Intoxicación/exposición a Cromo, Intoxicación/exposición a Arsénico (NO HACRE), e Intoxicación/exposición a Mercurio. Además, esos eventos cuentan con nuevas *Fichas de recolección de datos y notificación*.

A continuación se describirán los principales cambios del resto de los eventos de notificación obligatoria que constituyen el Grupo Intoxicaciones. A saber: [Intoxicación medicamentosa](#), [Hidroarsenicismo Crónico regional Endémico \(HACRE\)](#), [Intoxicación/Exposición a Hidrocarburos](#), y [Metahemoglobinemia del lactante](#).

El Grupo de eventos está en proceso de reconfiguración en el SNVS²⁻⁰, de manera que, según corresponda, la notificación Agrupada de los mismos será eventualmente deshabilitada.

INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA

En los últimos años el incremento de la disponibilidad y el empleo de productos farmacéuticos han elevado el número de intoxicaciones asociadas al uso inadecuado de medicamentos. Según la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) se define como medicamento “toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se la administra”. La vigilancia, debe centrar todos los esfuerzos en realizar estrategias de prevención y control para estos eventos con el fin de proteger a la comunidad e identificar los factores de riesgo asociados.

MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN

Evento SNVS	Modalidad	Estrategia / Componente	Periodicidad
Intoxicación medicamentosa	Individual	Universal/Clínico/laboratorio/Epidemiología	Semanal

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIONES DE CASO INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA

Caso sospechoso: Persona con antecedentes de exposición a fármacos o medicamentos por diferentes vías de administración a dosis superiores a las terapéuticas, aunque no presente signos ni síntomas de enfermedad atribuibles en el momento de la consulta. O persona que

presente signos o síntomas de intoxicación por medicamentos aunque en el momento de la consulta no pueda identificarse el antecedente de la exposición.

Caso confirmado: Persona con antecedente de exposición a fármacos o medicamentos, por diferentes vías de administración a dosis superiores a las terapéuticas, que presente signos y síntomas de enfermedad atribuibles en el momento de la consulta, o que por análisis de laboratorio se compruebe la presencia de la(s) sustancia(s) en alguna muestra biológica de la persona (orina, sangre, etc.) en valores superiores a los de referencia.

Las manifestaciones clínicas de intoxicación van a variar según el tipo de fármaco, la vía de administración y la dosis recibida. Existe una relación temporal entre la exposición y la aparición del cuadro clínico.

Caso descartado: Caso sospechoso al que se descarta la exposición a medicamentos o con niveles de dosaje en alguna muestra biológica dentro de los valores de referencia.

Las intoxicaciones intencionales deberán notificarse/vigilarse en el Grupo de eventos "Lesiones intencionales" del SNVS^{2.0}

HIDROARSENICISMO CRÓNICO REGIONAL ENDÉMICO (HACRE)

La contaminación de origen natural del agua de bebida por arsénico es un problema de salud pública de importancia a nivel mundial, debido a que puede ocasionar un incremento significativo en el riesgo de padecer cáncer y otros efectos adversos en la salud. El consumo de agua de bebida contaminada con As durante largos períodos de tiempo se ha asociado a una enfermedad denominada Hidroarsenicismo Crónico Regional Endémico (HACRE), que se caracteriza por presentar lesiones y cáncer de piel y otras alteraciones sistémicas cancerosas y no cancerosas, como diabetes y alteraciones cardiovasculares principalmente.

La OMS recomienda un valor máximo de referencia de 10 µg/l de As en el agua de bebida, basándose en la preocupación por su capacidad cancerígena en el ser humano. Se basa en un exceso de riesgo de 6 casos de cáncer de piel no melanoma por 10000 habitantes.

El HACRE es una enfermedad sistémica prevenible, producida por la ingesta crónica de agua de bebida contaminada con arsénico de origen natural. Se estima que hay más de 2.000.000 de personas expuestas en nuestro país a dicho contaminante. En la mayoría de las provincias de nuestro país existe al menos una localidad con niveles elevados de As en el agua de bebida, siendo la población rural dispersa la más afectada.

Existen amplias áreas que registran cifras muy por encima de las recomendadas para el agua de bebida, y que ponen a las poblaciones residentes en riesgo de padecer enfermedades dermatológicas y sistémicas cancerosas y no cancerosas. El área afectada se extiende en un continuo noroeste-sureste desde el Altiplano hacia la costa atlántica. El límite meridional corresponde a los cursos de los ríos Desaguadero y Colorado, y el límite septentrional provisoriamente se ha fijado en el borde norte del Altiplano, y en los cursos de los ríos Bermejo y Paraná. Esta vasta zona puede subdividirse en: Zona cordillerana, que incluye el Altiplano, la Puna y áreas limítrofes; Zona peri cordillerana, y Zona pampeana.

El Ministerio de Salud de la Nación viene trabajando desde 1994 en diversos aspectos de la temática que confluyeron en el año 2001 con el dictado de la Resolución N° 153, publicada en el Boletín Oficial del 1 de marzo de 2001, que creó el "PROGRAMA DE MINIMIZACIÓN DE RIESGOS POR EXPOSICIÓN A ARSÉNICO EN AGUA DE CONSUMO".

MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN

Evento SNVS	Modalidad	Estrategia / Componente	Periodicidad
Hidroarsenicismo Crónico Regional Endémico	Individual	Universal/Clínico/laboratorio/Epidemiología	Semanal

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIONES DE CASO DE HACRE

Caso sospechoso:

Antecedentes de exposición a altos niveles de arsénico en agua de bebida (Criterio 1).

Caso confirmado:

Toda persona con antecedentes de exposición (Criterio 1), que presenta manifestaciones cutáneas características de HACRE (Criterio 2-Grado 1), y con resultados de laboratorio (Criterio 5). Pueden presentar o no lesiones sistémicas cancerígenas o no cancerígenas. (Criterio 3 y 4)
Criterio 1 + Criterio 2 ± Criterio 3 ± Criterio 4 + Criterio 5

o

Toda persona con antecedentes de exposición (Criterio 1), que presenta manifestaciones cutáneas características de HACRE (Criterio 2, Grado II y III) Pueden presentar o no lesiones sistémicas cancerígenas o no cancerígenas. (Criterio 3 y 4) Criterio 1 + Criterio 2 (Grado II/ III) ± Criterio 3 ± Criterio 4

o

Toda persona sin antecedentes de exposición, que presenta manifestaciones cutáneas características de HACRE (Criterio 2, Grado II y III) y con resultados de laboratorio (Criterio 5). Pueden presentar o no lesiones sistémicas cancerígenas o no cancerígenas. (Criterio 3 y 4).
Criterio 2 (Grado II / III) ± Criterio 3 ± Criterio 4 + Criterio 5.

Criterios (OMS):

Criterio 1: Al menos 6 meses de exposición a niveles de arsénico mayores a 50 µg/l en agua de bebida, o exposición a altos niveles de arsénico por contaminación del aire o alimentos.

Criterio 2: Manifestaciones cutáneas características de HACRE:

Grado I (Leve): a) Melanosis difusa. b) Pigmentación / despigmentación puntiforme sospechosa en el tronco / miembros. c) Engrosamiento leve difuso de la piel de palmas de manos y plantas de pies.

Grado II (Moderado): a) Pigmentación / despigmentación puntiforme definida bilateral en el tronco y miembros. b) Engrosamiento difuso severo (con o sin aspecto nodular de palmas y plantas).

Grado III (Severo): a) Pigmentación / despigmentación puntiforme definida con algunas máculas redondeadas pigmentadas / despigmentadas en tronco o miembros. b) Pigmentación debajo de la lengua y / o la mucosa oral. c) Grandes nódulos sobre plantas de pies y palmas de manos engrosadas, ocasionalmente sobre el dorso de manos y pies. Lesiones verrugosas difusas en las plantas con fisuras y cuernos queratósicos en palmas / plantas.

Criterio 3: Manifestaciones no cancerígenas: debilidad, enfermedad pulmonar crónica, fibrosis portal no cirrótica del hígado con o sin hipertensión portal, neuropatía periférica, vasculopatía periférica, edema duro de pies y manos.

Criterio 4: Cáncer de piel: Enfermedad de Bowen; Carcinoma espinocelular; Carcinoma basocelular (múltiples y en zonas NO expuestas al sol).

INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN A HIDROCARBUROS

La aparición de casos de intoxicación por exposición a HC (aguda o crónica) está relacionada con la exposición en el ámbito doméstico o laboral, y con la contaminación ambiental resultante de las emisiones y efluentes industriales no controlados, u originadas por el tránsito vehicular (naftas). En algunos casos, son utilizados como droga de abuso (pegamentos de contacto). La vigilancia de la aparición de casos de intoxicación por estos agentes permite detectar su ocurrencia y posibilita el seguimiento de los mismos, así como la detección precoz de las posibles fuentes de emisión de dichos compuestos al ambiente con riesgos para la población.

MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN

Evento SNVS	Modalidad	Estrategia / Componente	Periodicidad
Intoxicación/exposición a hidrocarburos	Individual	Universal/Clinico/laboratorio/Epidemiología	Semanal

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIONES DE CASO INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN A HIDROCARBUROS

Caso sospechoso: Toda persona con antecedentes de exposición a HC, que no presente signos ni síntomas atribuibles a dichos compuestos en el momento de la consulta. O toda persona con signos y sintomatología clínica compatible con intoxicación por HC, que al momento de la consulta no pueda identificarse la exposición.

Caso probable: Toda persona con antecedentes de exposición a HC, con signos y síntomas de intoxicación atribuible.

Caso confirmado: Toda persona con o sin antecedentes de exposición a HC, con o sin signos y síntomas de intoxicación atribuible, con niveles de biomarcadores de exposición superiores a los valores de referencia al momento del diagnóstico.

Caso descartado: Caso sospechoso con niveles del biomarcador de exposición para hidrocarburos definidos inferior a los valores de referencia vigentes al momento del diagnóstico.

METAHEMOGLOBINEMIA DEL LACTANTE

La aparición de casos de metahemoglobinemia del lactante está relacionada sobre todo con el consumo de aguas, generalmente de pozo, con alto contenido de nitritos/nitratos. La vigilancia de la aparición de casos de intoxicación por estos agentes permite detectar su ocurrencia y posibilita el seguimiento de los mismos, así como la detección precoz de las posibles fuentes de contaminación de dichos compuestos con riesgos para la población. *Además de la importancia de la complementariedad entre la vigilancia clínica (a través de la sospecha del evento y su notificación) y la vigilancia laboratorial (notificando el indicador de exposición), se destaca la incorporación de la variable de vigilancia ambiental entre los criterios diagnósticos (nitratos en agua de bebida superior 45 mg/l – según Código Alimentario Argentino).*

MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN

Evento SNVS	Modalidad	Estrategia / Componente	Periodicidad
Metahemoglobinemia del lactante	Individual	Universal/Clínico/laboratorio/Epidemiología	Semanal

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIONES DE CASO METAHEMOGLOBINEMIA DEL LACTANTE

Caso sospechoso: Todo lactante con signo y sintomatología clínica compatible con metahemoglobinemia, que al momento de la consulta no pueda identificarse la fuente de exposición.

Caso probable: Todo lactante con signo sintomatología clínica compatible con metahemoglobinemia, con antecedentes de ingesta de agua con contenido de nitratos superior a los niveles aceptados por el Código Alimentario Argentino.

Caso confirmado: Todo lactante con antecedentes de ingesta de agua con contenido de nitratos superior a los niveles aceptados por el Código Alimentario Argentino, con signos y síntomas de enfermedad atribuible a metahemoglobinemia, con concentraciones de metahemoglobina en sangre superior a los valores de referencia.

Caso descartado: Caso sospechoso con niveles de metahemoglobinemia inferior a los valores de referencia al momento de la consulta.

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

Programa de minimización de Riesgos por exposición a Arsénico de Agua de Consumo

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/programa_arsenico.pdf

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

*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina