



**activá
vacunas**

campana nacional de
vacunación contra sarampión,
rubéola, paperas y polio



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLOGICA

42

NÚMERO 624
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
EVENTOS PRIORIZADOS	9
Vigilancia de Infecciones respiratorias agudas	10
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	23
INFORME ESPECIAL	30
Reporte de 2 casos de Candida auris en institucion de salud. primeros casos en Argentina.....	31
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA	34
Intoxicación/Exposición a Metales - Plomo	35
Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria	38

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 Martinez
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	Mariel Caparelli
Luciana Iummato	Federico M. Santoro	Mercedes Paz
Leonardo Baldiviezo	Daniela Álvarez	Mariana Mauriño
Julio Tapia	Cecilia S. Mamani	Georgina Martino
Julietta Caravario	Carla Voto	Alexia Echenique
Juan Ruales	Antonella Vallone	Estefanía Cáceres
Silvina Moisés	Mariel Caparelli	

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

- Informe *viruela símica*: Adrián Lewis¹
- Informe *infecciones respiratorias agudas*: Elsa Baumeister y Andrea Pontoriero², Josefina Campos³.
- Informe sobre dengue y otros arbovirus: Cintia Fabbri, Alejandra Morales y Victoria Luppó⁴
- Informe especial: reporte de 2 casos de Cándida auris en institución de salud. primeros casos en Argentina: Vet. Cecilia González Lebrero,; Dra. Mónica Valenzuela, Dr. Cristián Biscayart⁵; Dra. Irene Pagano⁶; MSc Constanza Giselle Taverna, Dra. Susana Córdoba, Dra. Cristina Canteros⁷; Lic. Laura Alonso, Dra. Laura Barcelona, Dra. Romina Musante Dra. Paula Rodríguez Iantorno⁸; Dra. Martina Iglesias, Lic. Camila Dominguez, Mg. Carlos Giovacchini⁹,

Imagen de tapa: Campaña Nacional de Vacunación contra Sarampión, Rubéola, Paperas y Poliomieltis 2022.

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 Viruela símica, (INEI-ANLIS)

² Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios, INEI-ANLIS

³ Plataforma de Genómica, ANLIS-Malbrán.

⁴ Laboratorio Nacional de Referencia de dengue y otros arbovirus, (INEVH-ANLIS).

⁵ Gerencia Operativa de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

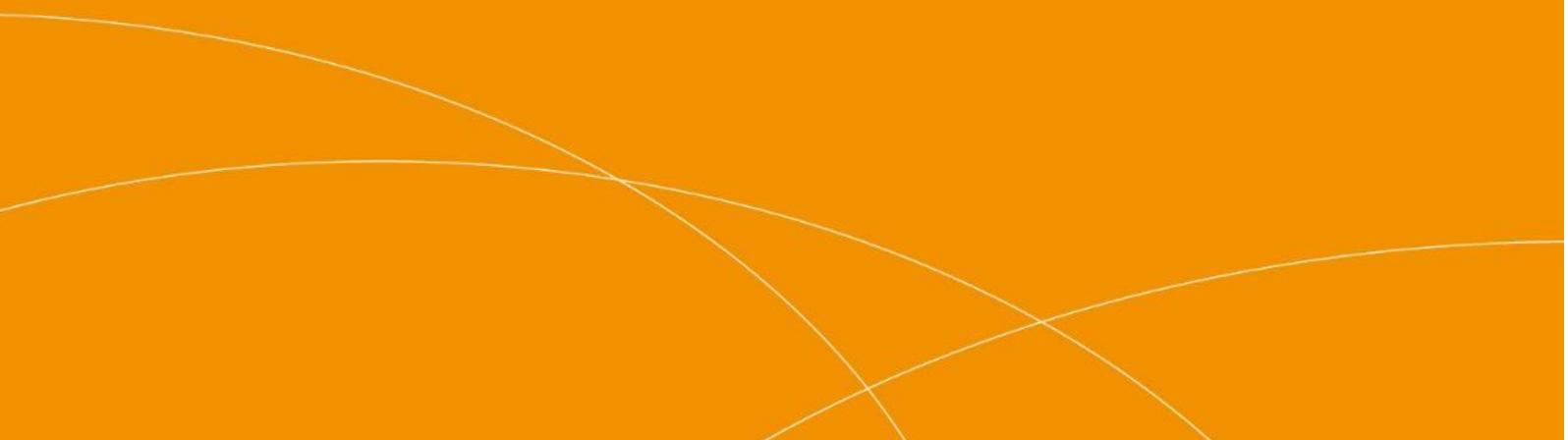
⁶ Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones hospitalarias. Instituto Nacional de Epidemiología. INE-ANLIS. Ministerio de Salud de la Nación.

⁷ Departamento Micología. Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas "Dr. Carlos G. Malbrán"- ANLIS. Ministerio de Salud de la Nación.

⁸ Coordinación Uso Apropiado de Antimicrobianos. Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación.

⁹ Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación.

SITUACIONES EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES



VIRUELA SÍMICA

SITUACIÓN NACIONAL AL 25/10/2022

675

0

Casos confirmados reportados

Personas fallecidas en el país

- ✓ Hasta el 25 de octubre se confirmaron 675 casos en Argentina.
- ✓ El promedio de casos confirmados hasta el momento de las últimas 4 semanas fue de 69 casos con un máximo de 91 en la SE41 y un mínimo de 47 en la SE42¹⁰. Se caracterizaron por amplias fluctuaciones entre semanas con un promedio de -1.7% de variación intersemanal. Si bien no puede hablarse de una tendencia puede concluirse que en las últimas 4 semanas los casos se mantienen relativamente estables.
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 34 años con un mínimo de 10 años y un máximo de 61 años.
- ✓ El 98,9% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino (ocho corresponden a sexo legal femenino, cuatro de género trans y cuatro de género cis).
- ✓ Hasta el momento se registra un caso en unidad de cuidados intensivos con asistencia respiratoria mecánica. Se trata de un paciente con factores de riesgo (VIH-SIDA).
- ✓ A la fecha no se registraron fallecidos.
- ✓ Se han notificado casos confirmados en 15 jurisdicciones y sospechosos en 21.
- ✓ Los casos siguen concentrados en la región Centro, en grandes conglomerados urbanos (el 66,5% de los casos confirmados se registraron en residentes de la CABA y junto con las provincias de Buenos Aires y Córdoba, concentran el 94,7% de los casos).
- ✓ Hasta el momento la población más afectada continúa siendo la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres y con el antecedente de relaciones sexuales con múltiples parejas sexuales.

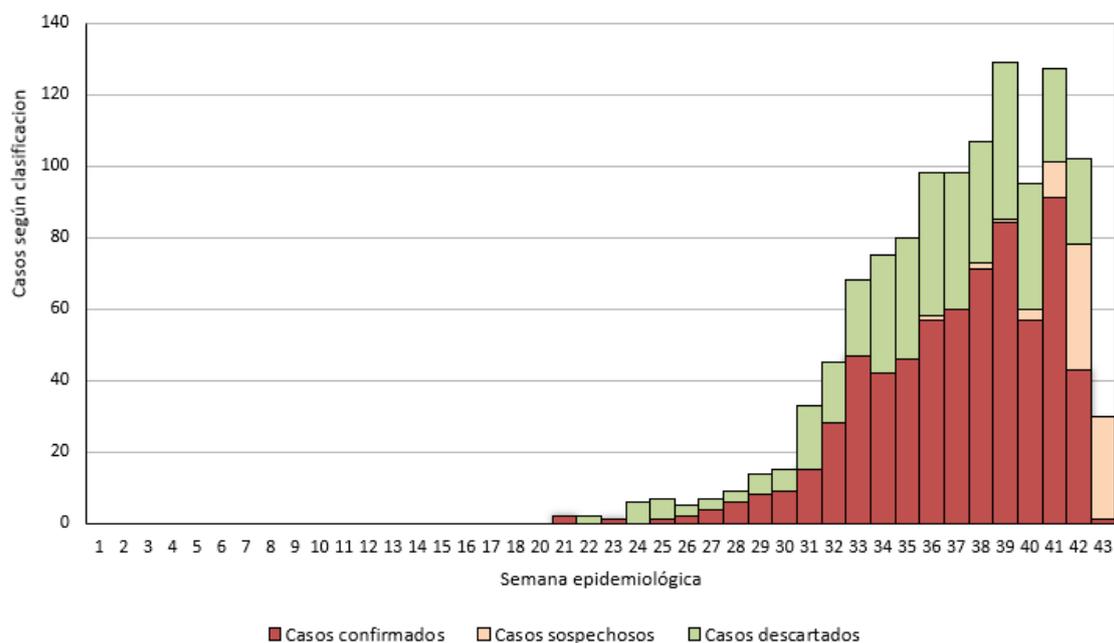
¹⁰ en ambas aún hay casos sospechosos sin resultado que pueden alterar estos valores a medida que se registren los mismos)

Tabla 1. Viruela símica: frecuencia absoluta y relativa de notificaciones acumuladas según clasificación y provincia de residencia. Argentina. al 25-10-22.

Provincia de residencia	Confirmado	Frecuencia relativa acumulada Confirmados	Sospechoso	Descartado	Total	Frecuencia relativa acumulada notificados
CABA	449	66,5	41	186	676	58,5
Buenos Aires	176	92,6	24	164	364	90,0
Córdoba	14	94,7	5	10	29	92,6
Santa Fe	10	96,1	0	9	19	94,2
Tierra del Fuego	8	97,3	3	2	13	95,3
Neuquén	3	97,8	0	3	6	95,8
Río Negro	3	98,2	1	2	6	96,4
Chubut	2	98,5	3	2	7	97,0
Mendoza	2	98,8	0	3	5	97,4
Santa Cruz	2	99,1	1	3	6	97,9
Tucumán	2	99,4	0	0	2	98,1
Corrientes	1	99,6	0	1	2	98,3
Formosa	1	99,7	0	3	4	98,6
Salta	1	99,9	0	0	1	98,7
San Juan	1	100,0	1	3	5	99,1
Chaco	0		0	3	3	99,4
Entre Ríos	0		0	1	1	99,5
Jujuy	0		0	3	3	99,7
La Pampa	0		0	1	1	99,8
San Luis	0		1	0	1	99,9
Santiago del Estero	0		1	0	1	100,00
Total	675	100	81	399	1155	100

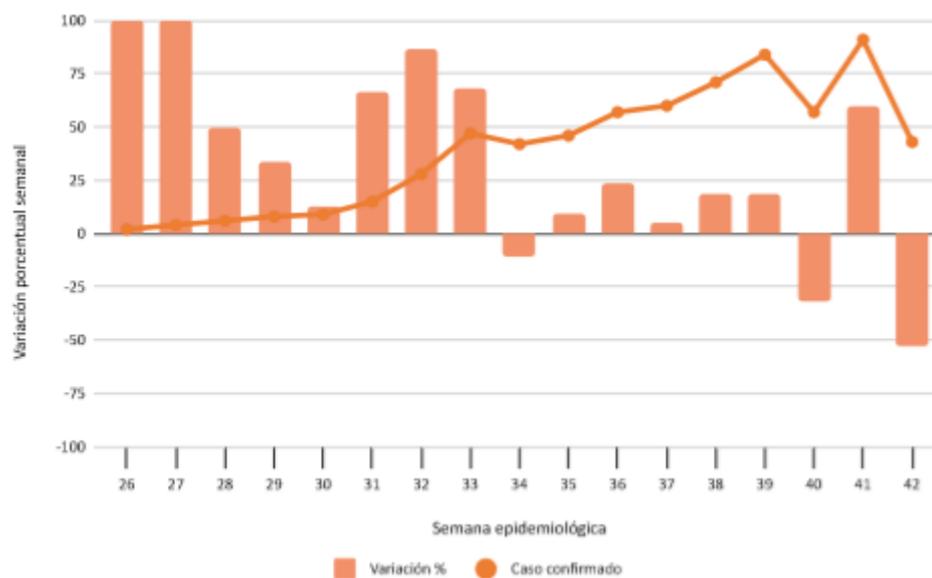
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS^{2.0}

Gráfico 1. Casos notificados de viruela símica según clasificación. por semana epidemiológica de notificación Argentina. SE1 a SE42 (43 parcial).



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

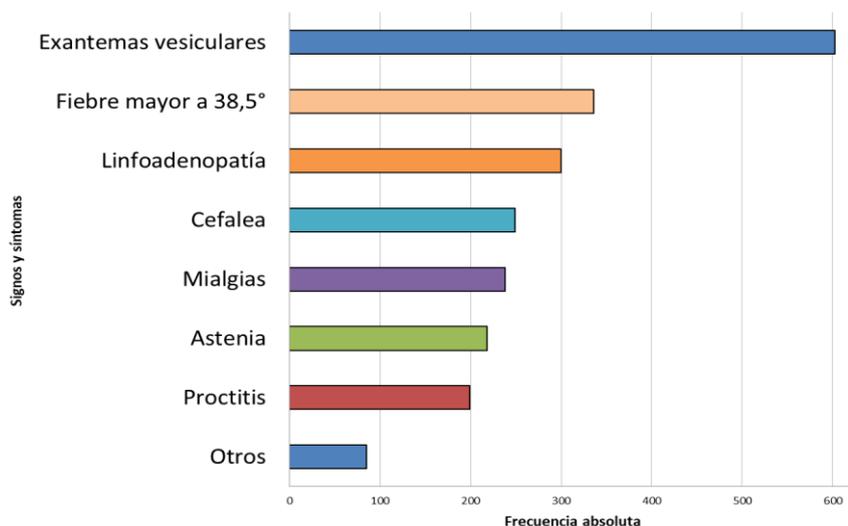
Gráfico 2. Variación respecto de la semana anterior y casos confirmados por semana epidemiológica. SE26 a SE42.



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

Los casos confirmados hasta ahora en el país se caracterizaron principalmente por la presencia de exantemas vesiculares en diferentes localizaciones incluyendo genitales, perianales, manos, torso y cara, fiebre y linfadenopatías.

Gráfico 3. Viruela símica: frecuencia absoluta de signos y síntomas en casos confirmados (n=675). Hasta 25/10/2022.



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

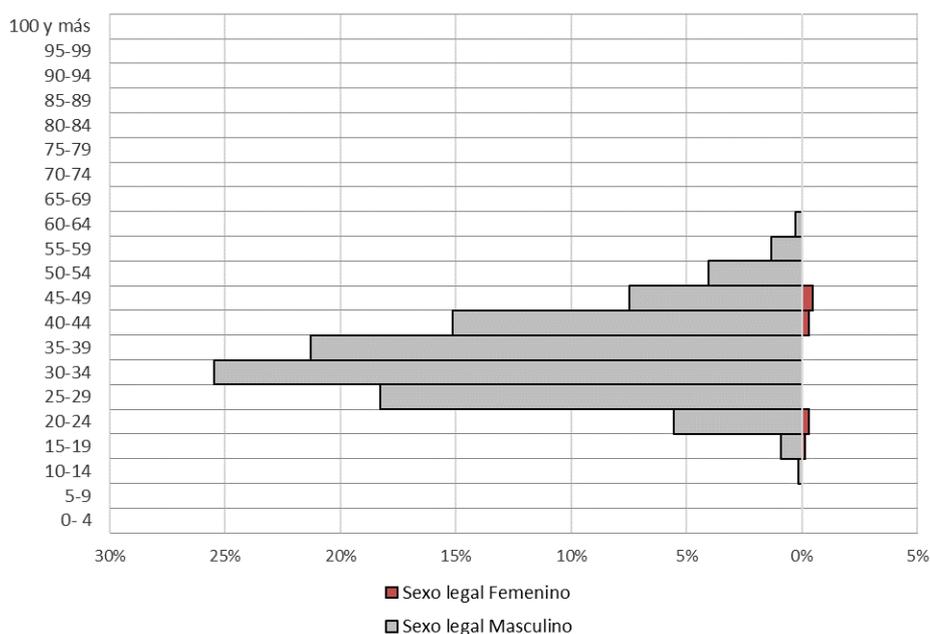
Elaboración

Hasta el momento se registra un caso en unidad de cuidados intensivos con asistencia respiratoria mecánica. Se trata de un paciente con factores de riesgo (VIH-SIDA).

El 98,9% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino y ocho de sexo legal femenino (cuatro mujeres de género trans y cuatro mujeres de género cis).

La mediana de edad es de 34 años, con un mínimo de 10 años y un máximo de 61 años.

Gráfico 4. Viruela símica: distribución de casos confirmados acumulados por grupo de edad y sexo legal. Argentina. hasta el 25/10/2022



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

Hasta el momento la población más afectada continúa siendo la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres. 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 -como el contacto sexual, o con materiales contaminados.

De los 675 casos confirmados hasta el momento 62 refieren antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas. De los casos restantes, se cuenta con información disponible para 417 casos confirmados, para los que existe una distribución de antecedentes de contacto físico con casos sospechoso/confirmado/sintomático, contacto físico con viajero, relaciones múltiples/ocasionales.

Guía para el estudio y vigilancia epidemiológica de viruela símica en Argentina:
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-para-el-estudio-y-vigilancia-epidemiologica-de-viruela-simica-en-argentina>

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

SITUACIÓN INTERNACIONAL

75.790

Casos confirmados reportados a OMS

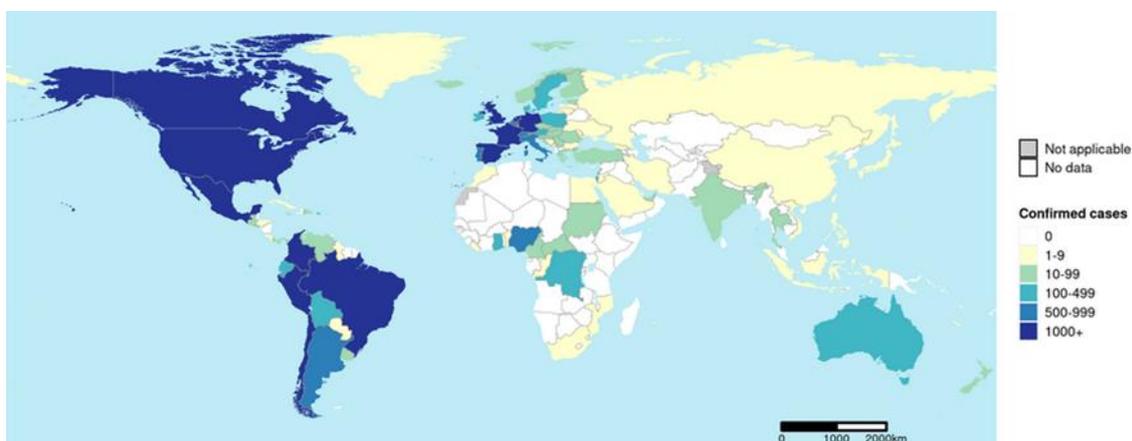
109

Países afectados

34

Personas fallecidas reportadas a OMS

Mapa 1. Distribución geográfica de casos de viruela símica reportados a OMS entre el 01/01 y el 25/10.



Fuente: [2022 Monkeypox Outbreak: Global Trends \(shinyapps.io\)](https://shinyapps.io/2022-Monkeypox-Outbreak-Global-Trends/)

Tabla 2. Viruela símica: Casos notificados y fallecidos por Región de la OMS, al 18-10-22.

Región	Casos	Fallecidos
Región de África	900	14
Región de las Américas	49.373	14
Región del Mediterráneo Oriental	71	1
Región de Europa	25.208	4
Región del Sudeste Asiático	30	1
Región del Pacífico Occidental	208	0

Fuente: [2022 Monkeypox Outbreak: Global Trends \(shinyapps.io\)](https://shinyapps.io)

Desde el 1 de enero hasta el 25 de octubre de 2022, se han registrado 75.790 casos de viruela símica confirmados por laboratorio en 109 países/territorios/área y 34 muertes distribuidas en cinco de las seis Regiones de la OMS.

El número de casos nuevos informados semanalmente en todo el mundo ha disminuido en un 9,3% en la semana 42; 18 países informaron un aumento en el número semanal de casos, con el mayor aumento informado en México; 52 países no han informado nuevos casos en los últimos 21 días.

El 86.5% de los casos se concentran en 10 países (Estados Unidos, Brasil, España, Francia, Reino Unido, Alemania, Colombia, Perú, México y Canadá).

Los catorce casos fallecidos en la Región de las Américas se presentaron en Brasil (7), EE.UU (5), Ecuador (1) y Cuba (1).

El 96,9% de los casos con datos disponibles son de sexo masculino, la mediana de edad es de 34 años.

El 1,2% de los casos con datos sobre la edad se encuentran entre los 0 y 17 años, de los cuales el 0,3% poseen edades entre 0 y 4 años.

Entre los casos con orientación sexual reportados, el 86,9% (19.444/22.366) se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y entre ellos, el 5,2% se identificaron como bisexuales.

De todos los tipos probables de transmisión, los encuentros sexuales fueron los más comúnmente reportados, con 12.916 de 17.958 (71,9%) de todos los eventos de transmisión reportados.

Entre los casos mundiales con estado de VIH conocido, el 49,6% (12.421/25.063) corresponden a casos VIH positivos. Se debe tener en cuenta que la información sobre el estado del VIH no está disponible para la mayoría de los casos, y para aquellos para los que está disponible, es probable que esté sesgada hacia aquellos que informan resultados positivos del VIH.

El entorno de exposición más frecuente reportado a nivel mundial es el de fiestas con contactos sexuales (registrado en el 44% de los casos con datos para este indicador).

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. Disponible [Aquí](#).

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 integración de la misma en la vigilancia de las enfermedades respiratorias agudas de presunto origen viral.

Se prioriza el diagnóstico de COVID-19 ante casos sospechosos pertenecientes a los siguientes grupos:

- Personas mayores de 50 años
- Personas con condiciones de riesgo¹¹
- 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

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 (en vigilancia universal), Internado y/o fallecido por COVID-19 o IRA, Monitoreo de SARS-COV-2 y OVR en ambulatorios (Unidades de Monitoreo Ambulatorio-UMA) 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 SNVS2^{2.0}.

¹¹ Diabetes, obesidad grado 2 y 3, enfermedad cardiovascular/renal/respiratoria/hepática crónica, personas con VIH, personas con trasplante de órganos sólidos o en lista de espera, personas con discapacidad, residentes de hogares, pacientes oncológicos con enfermedad activa, tuberculosis activa, enfermedades autoinmunes y/o tratamientos inmunosupresores.

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE LA SE 41/2022

1.870

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana 41.

12

Fallecidos fueron informados en la semana 41. De estos, 2 ocurrieron en dicha semana.

2,80%

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

36,90%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio¹².

I.R.A: INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 41/2022

- ✓ Los casos de ETI registrados hasta la SE40 superan los registrados desde el año 2018 (SNVS2.0) y se asemejan a los registrados en 2017. Algo similar pasa con los casos de neumonía. Los casos de Bronquiolitis, en cambio, son inferiores a los registrados en los años pre-pandémicos.
- ✓ Entre la SE01-40 de 2022 se registraron 926.558 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 147.967 casos de Neumonía, 173.723 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 29.125 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ En casos ambulatorios a partir de la SE36, la positividad para influenza es superior a la proporción de positividad para SARS COV 2 y VSR.
- ✓ Desde la SE34 se registra un aumento sostenido de los casos de Influenza con co-circulación de Influenza A (H1N1) e Influenza B.
- ✓ Continúan en descenso las notificaciones de casos de infecciones respiratorias agudas internadas. Desde la SE34 aumenta en forma sostenida la proporción de los casos internados con diagnóstico de Influenza respecto del total de casos con diagnóstico viral positivo entre los pacientes internados.
- ✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de influenza, VSR, parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus.
- ✓ Hasta la SE 41 de 2022 se registraron 103 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

¹² Las muestras registradas en las últimas semanas son escasas y esto debe considerarse para la interpretación de los resultados

9.715.464

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 15 de octubre de 2022.

129.970

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 15 de octubre de 2022.

76%

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

47,3%

De la población argentina recibió el primer refuerzo de la vacuna contra la COVID-19.

100%

De los casos investigados en vigilancia genómica de SARS CoV-2 entre la SE16 y SE 37 corresponden a variante Ómicron en todas las regiones del país. Entre la SE24 y SE37 se observa que BA.4 y BA.5 se encuentran en ascenso mientras que la proporción de BA.2 disminuye.

71,7%

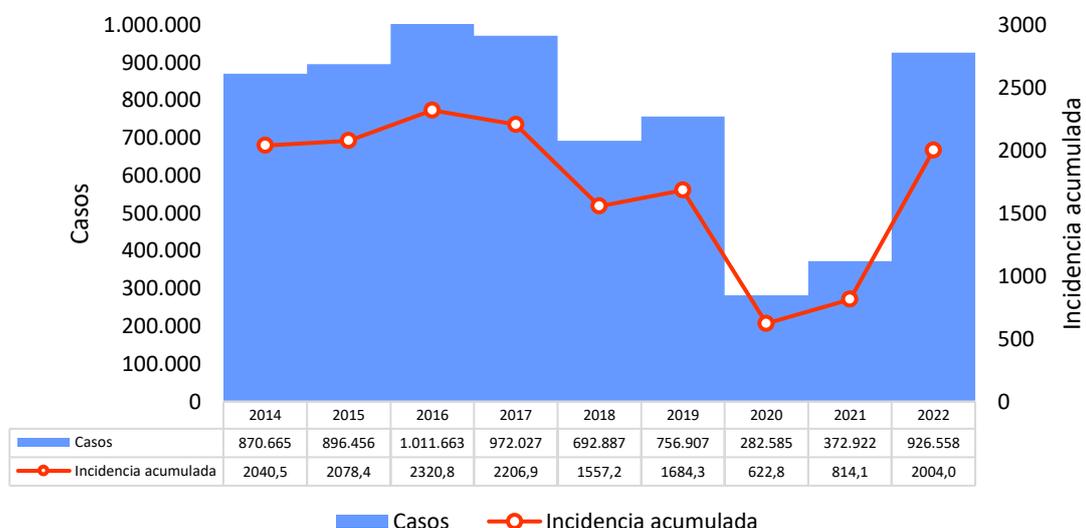
Es la cobertura del primer refuerzo en el grupo de 50 y más años.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre la SE01-40 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 926.558 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2004 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las primeras semanas de los últimos nueve años, se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron el 2016 y 2017, seguido por los casos registrados en el presente año. Si bien los años 2020 y 2021 fueron afectados por la pandemia para la notificación agrupada numérica, se observa un aumento también respecto de los dos años previos (2018 y 2019) para el mismo período en el presente año.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 40 – Año 2014-2022 Argentina.



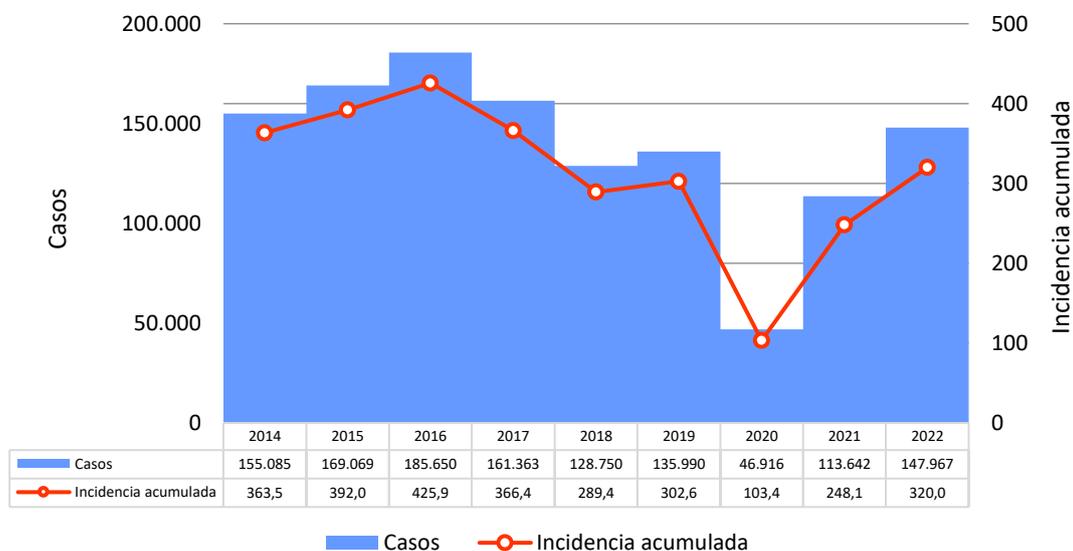
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

Entre la SE01- 40 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 147.967 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 320 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 40 semanas de los últimos nueve años se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron 2015 y 2016. En la presente temporada se verifica también un aumento en el número de casos, superando el registrado en los últimos 4 años para el mismo período.

Gráfico 2: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a SE40 – Año 2014-2022. Argentina.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 (SNVS) C2 y SNVS ^{2.0}

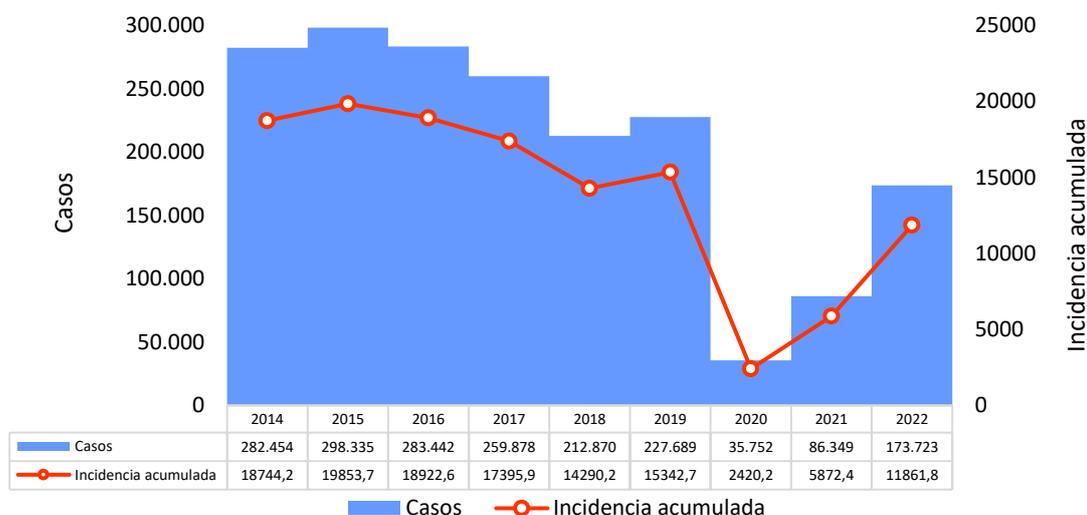
BRONQUIOLITIS

Entre la SE01- 40 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 173.723 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 11861,8 casos/ 100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 40 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 para 2020 y 2021. Durante el año en curso, los casos registrados vuelven a incrementarse respecto de los dos años previos pero no llegan a los niveles de notificación alcanzados en todos los demás años de la serie.

¹³ 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 3: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 40 – Año 2014-2022 Argentina.¹⁴



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 SE 40 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 9.341, 5.574 y 4.660 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente. El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 por PCR se mantuvo en valores inferiores al 10% hasta la SE19, llegó a un 33,04% en SE24, a partir de la cual -si bien con fluctuaciones- se mantuvo entre 26,06 % y 36,98% (en sus valores mínimo y máximo) hasta la SE31, descendiendo a 2,80% en la SE 41. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE16-17, con valores por debajo de 10% hasta SE35. A partir de SE36 se registra un ascenso en la positividad para influenza, siendo de 36,90% en la SE41. El porcentaje de positividad para VSR se mantuvo en valores por debajo del 10% con oscilaciones entre 1,08% y 8,71%, situándose en 1,20% en la SE41. **En casos ambulatorios a partir de la SE36, la positividad para influenza es superior a la proporción de positividad para SARS COV 2 y VSR.**

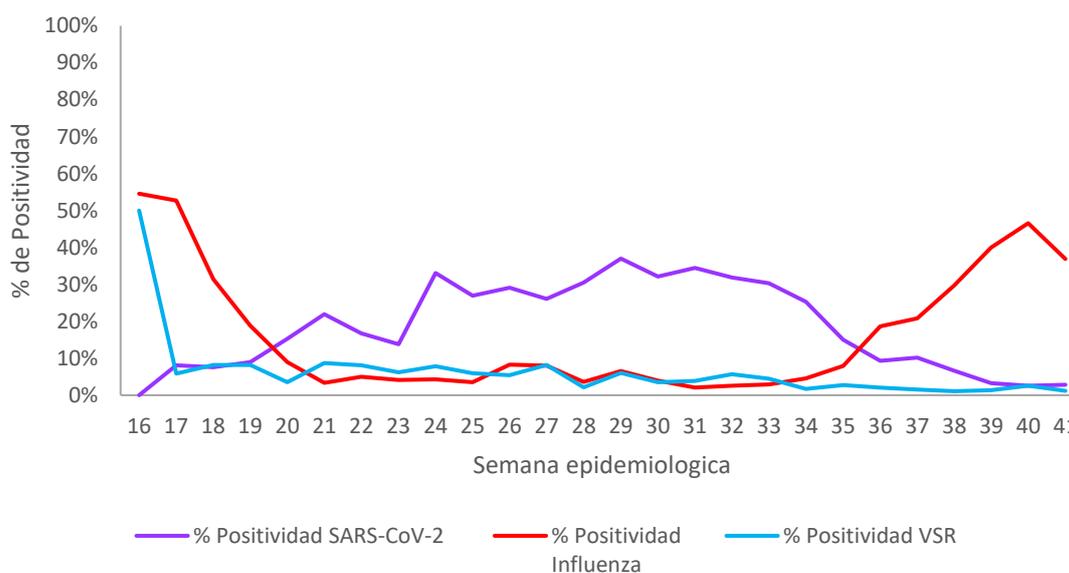
¹⁴ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las bronquiolitis en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las bronquiolitis en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16-41 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.¹⁵

	Última semana			SE16 – SE41		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	1.132	30	2,65%	88.535	26.077	29,45%
SARS-CoV-2 por PCR	107	3	2,80%	9.341	2.169	23,22%
Influenza	84	31	36,90%	5.574	714	12,81%
VSR	83	1	1,20%	4.660	218	4,68%

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 4. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16-41 Año 2022.¹⁶



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.

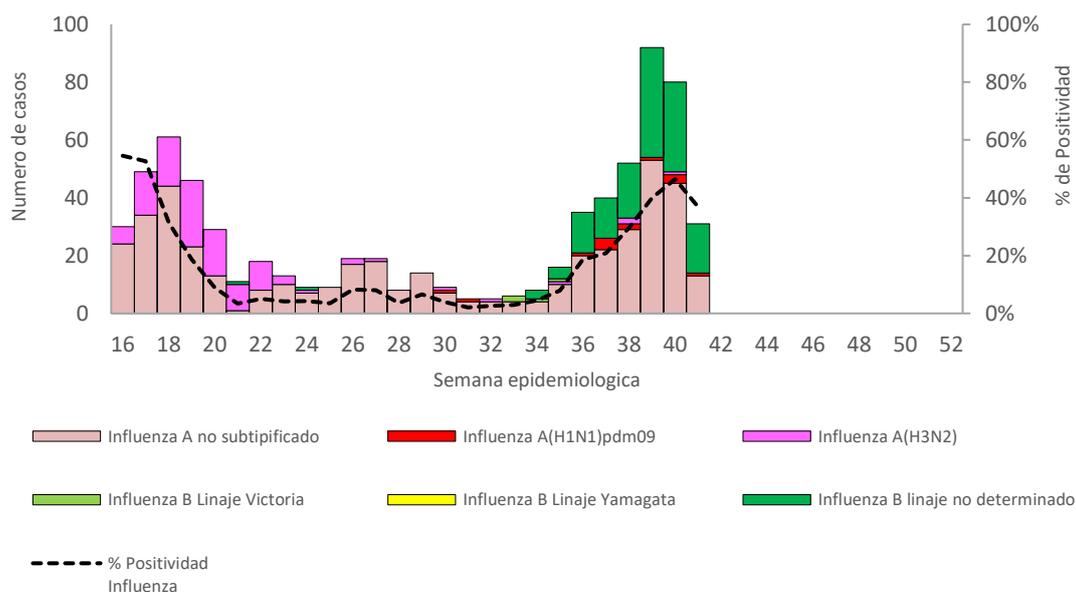
En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=714), 568 (79,55%) fueron positivas para Influenza A y 146 (20,45%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 123 muestras

¹⁵ 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.

¹⁶ 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) (n=109) e Influenza A (H1N1) pdm09 (n=14). Como puede observarse en el Gráfico desde el comienzo de la implementación de UMAs y hasta la SE29 se registró circulación de A (H3N2). A partir de la SE30 se registran casos de A (H1N1). Entre las SE33-41 nuevamente se registran casos de virus influenza B, de los cuales 4 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 142 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje.

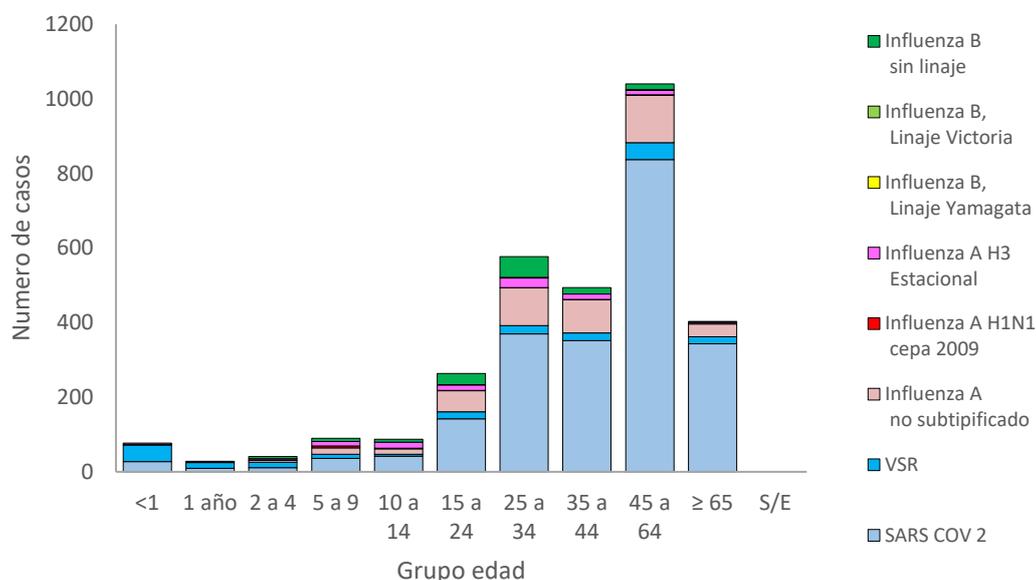
Gráfico 5. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-41 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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 el grupo de 45-64 años.

Gráfico 6. Distribución absoluta de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados a SE 41 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 SNVS².

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

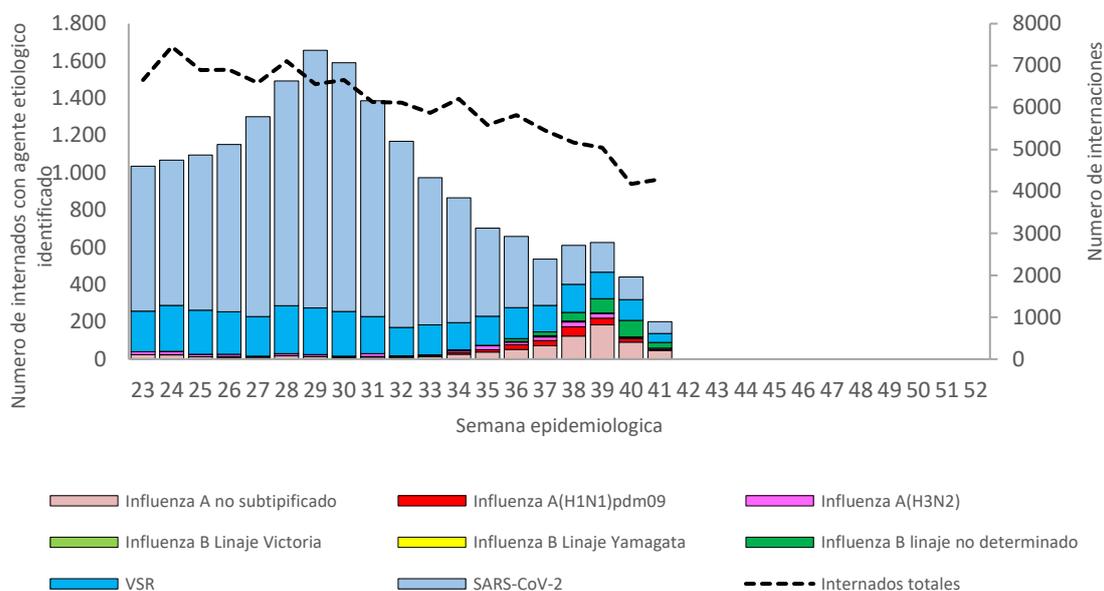
Entre la SE23-41, se notificaron 98.264 muestras estudiadas para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 13.558 fueron positivas (porcentaje de positividad 13,79%).

Adicionalmente, se analizaron por laboratorio 11.948 muestras para virus influenza con 1.543 detecciones positivas (porcentaje de positividad 12,91%). De las mismas 1.230 fueron influenza A y 313 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 450 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 244 (54,22 %) son influenza A (H3N2) y 206 (45,77%) son influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 294 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 19 a Influenza B linaje Victoria.

Durante el mismo periodo, hubo 10.346 muestras estudiadas para VSR registrándose 3.462 con resultado positivo (porcentaje de positividad 33,46%).

La curva de casos internados por IRA notificados al SNVS 2.0 en SE 41 desciende respecto a la semana previa (variación de 0,026%).

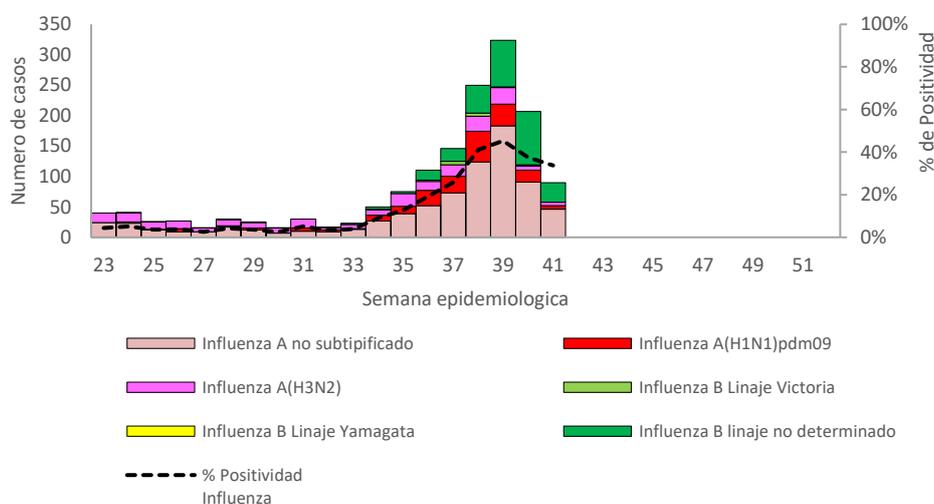
Gráfico 7. Casos notificados internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. Casos hospitalizados - SE23-41 Año 2022



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 relación a la distribución temporal de virus influenza en casos hospitalizados, desde el inicio de la estrategia se registran casos de influenza A (H3N2) y A (H1N1). En relación a los virus influenza B, se identifican casos aislados de influenza B sin linaje hasta SE33, a partir de SE34 se observa un mayor número de detecciones positivas. Entre las SE23-34 el porcentaje de positividad para influenza en el grupo analizado, se mantiene menor al 10%, a partir de SE35 se observa un ascenso, situándose en 33,70% en SE41. En las últimas 4 semanas, en casos hospitalizados el porcentaje de positividad para influenza es superior a la positividad calculada para SARS-CoV-2 y VSR.

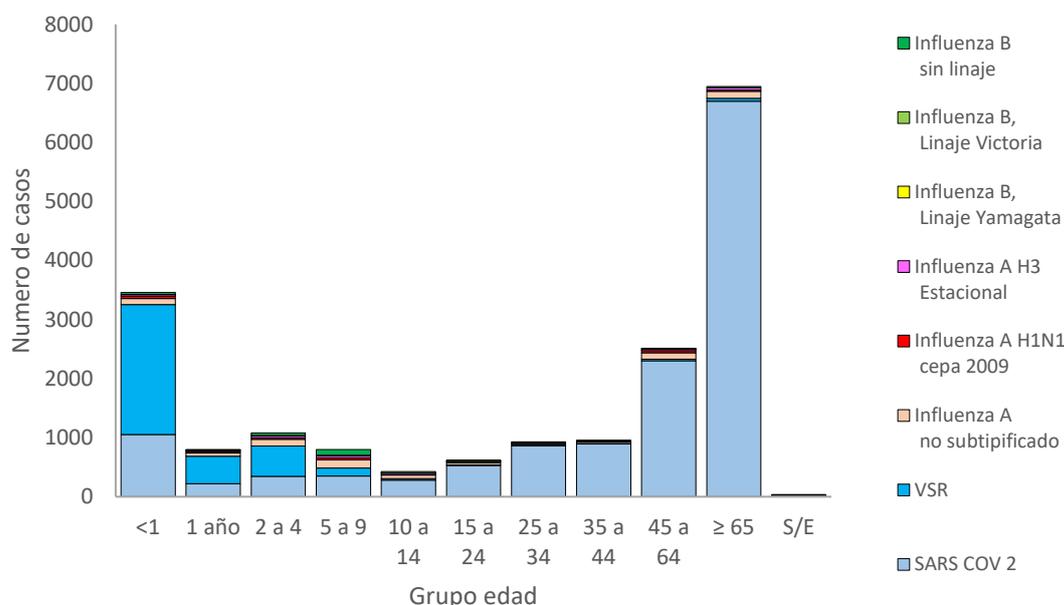
Gráfico 8. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE16-41 Año 2022. Argentina.



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}.

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, en el grupo de 5-9 años y ≥ 65 años en el periodo analizado.

Gráfico 9. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23-41 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}.

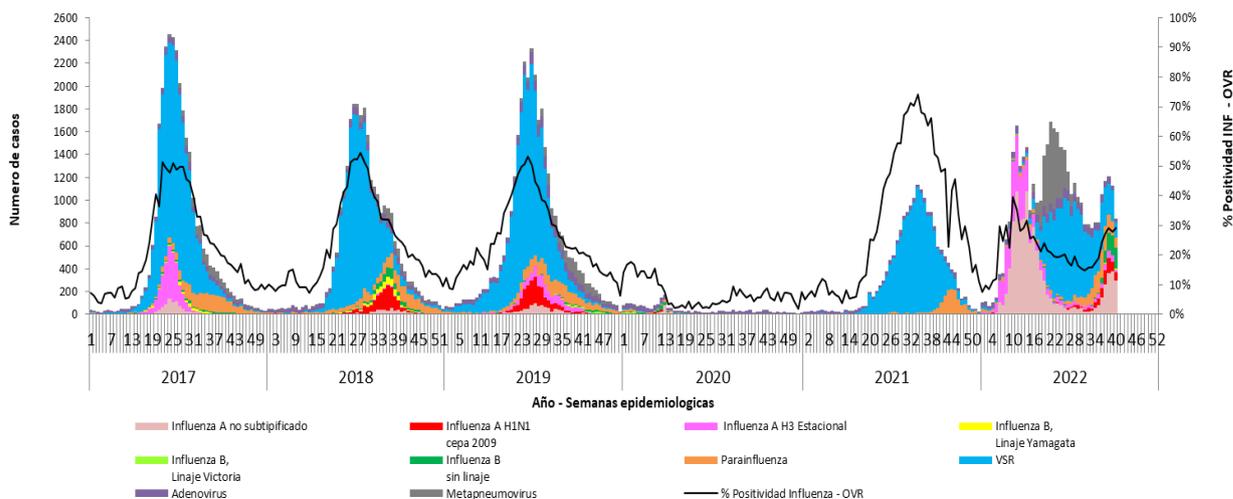
Hasta la SE 41 de 2022, se registraron 103 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

VIGILANCIA UNIVERSAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS

A partir de la SE23 y en concordancia con la modificación de la estrategia de vigilancia de IRAs, el siguiente análisis se realiza considerando la notificación de las muestras positivas para influenza a los eventos “Internado y/o fallecidos por COVID o IRA” y “COVID-19, influenza y OVR en ambulatorios (no UMAs)” con modalidad nominal e individualizada. Para otros virus respiratorios (adenovirus, VSR, parainfluenza y metapneumovirus) se consideran las notificaciones de muestras positivas bajo el grupo de eventos “Infecciones respiratorias virales” en pacientes ambulatorios e internados, modalidad agrupada/numérica semanal.

La curva de casos positivos de virus respiratorios por semana -excluyendo SARS-CoV-2 e incluyendo años previos- muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. En lo que va del año 2022 puede notarse un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de influenza como por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente metapneumovirus que se registró de manera extraordinaria entre las semanas 16 y 26.

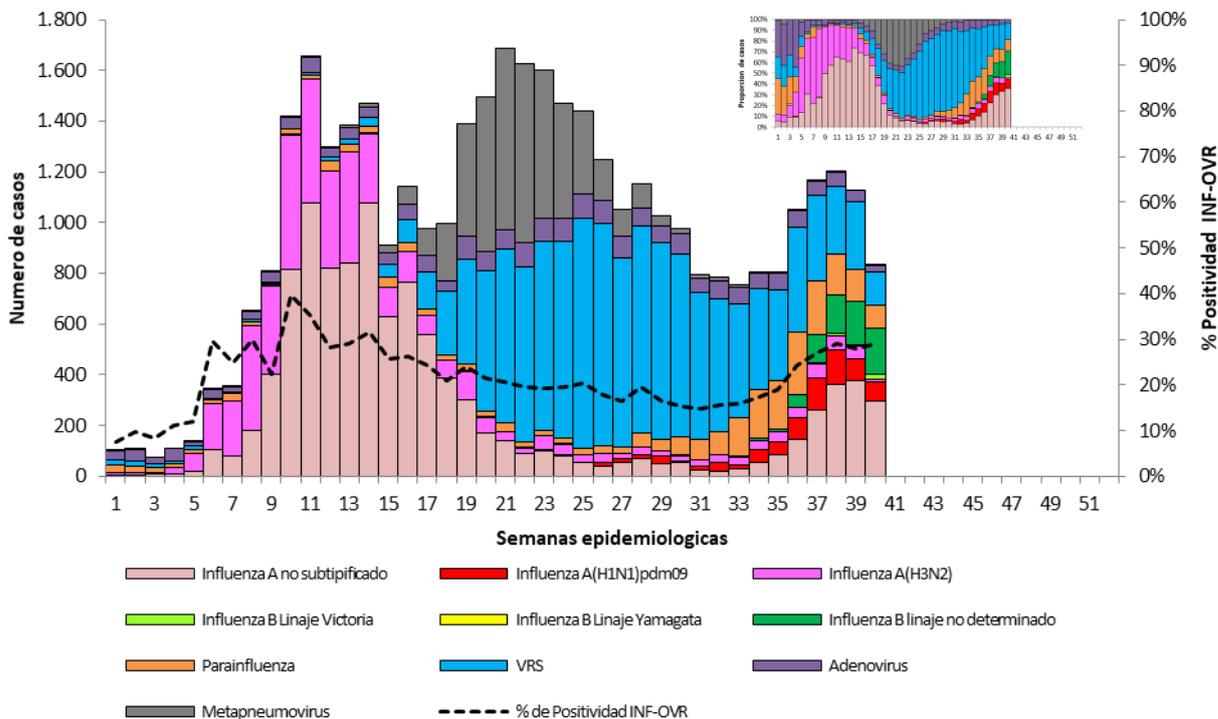
Gráfico 9. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2021. SE01-SE40 2022



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 SE40 se detecta circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: influenza, VSR, parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus. Se destaca la frecuencia absoluta y relativa de metapneumovirus en particular a partir de la semana 16 y hasta la 26 y el descenso de virus influenza en las últimas 15 semanas, registrándose un incremento de los casos positivos entre SE34-38.

Gráfico 10. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01- SE40 de 2022. Argentina. (n=39.432)

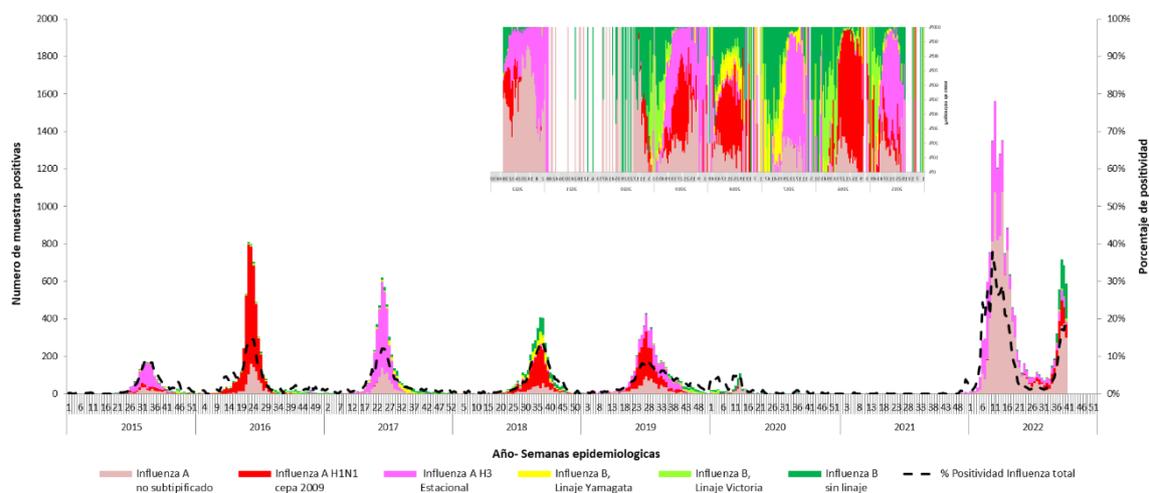


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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 a expensas de Influenza A (H3N2) con un descenso posterior a partir de la SE16 pero con una circulación ininterrumpida. A partir de SE34, se detecta nuevamente un aumento en el número de casos destacándose la co-circulación de influenza A (H1N1), A (H3N2) e influenza B.

Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados la proporción de positividad para influenza se sitúa en 20,6% durante la SE40.

Gráfico 10. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica, SE 01 de 2015 a SE40 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}.

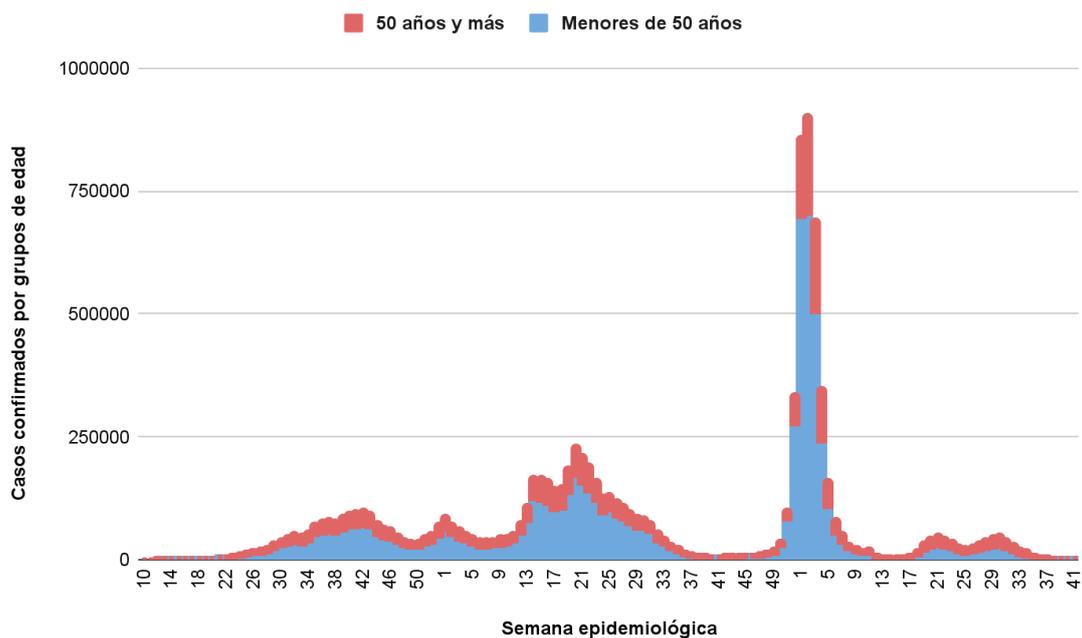
VIGILANCIA DE COVID-19

En Argentina, durante la SE 41 se confirmaron 1.870 casos de Covid-19 y 12 fallecimientos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Desde el inicio de la pandemia hasta el 15 de octubre de 2022, se notificaron 9.715.464 casos confirmados de Covid-19 y 129.970 fallecimientos.

Para el análisis de la tendencia de los casos se utiliza como variable temporal la fecha de inicio del caso¹⁷. Considerando dicha fecha, se registra un descenso de los casos de 31% durante la SE 40 en relación a la semana previa (681 casos menos) según datos notificados a la SE 41.

¹⁷ 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 11. Casos confirmados por semana epidemiológica¹⁸ según grupo de edad. SE 10/2020 - SE 41/2022, Argentina

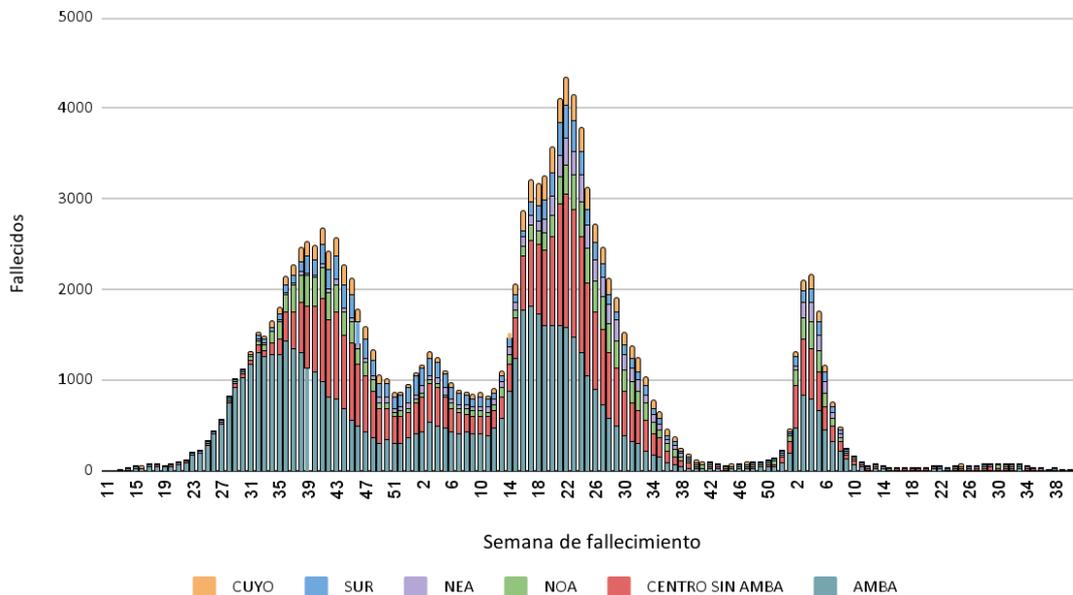


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS^{2.0}.

En cuanto a los fallecimientos, según las notificaciones realizadas a la SE 41, en la SE 40 se produjeron 11 muertes, valores similares a lo registrado en la SE previa (n=10). Se destaca que desde la SE 12/2022 se observa la cantidad de fallecidos por semana más baja desde el comienzo de la pandemia.

¹⁸ 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.

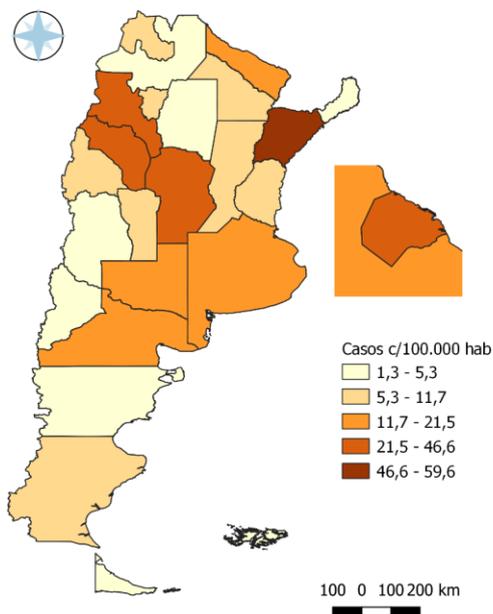
Gráfico 12. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE1/2020 a SE 41/2022, Argentina según regiones.



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

La incidencia de casos de COVID-19 a nivel nacional en población general en las últimas 4 semanas (SE 38 a SE 41/2022) fue de 16,71 casos por cada 100.000 habitantes. Las jurisdicciones que presentaron las tasas más elevadas fueron Corrientes y CABA (Mapa 3).

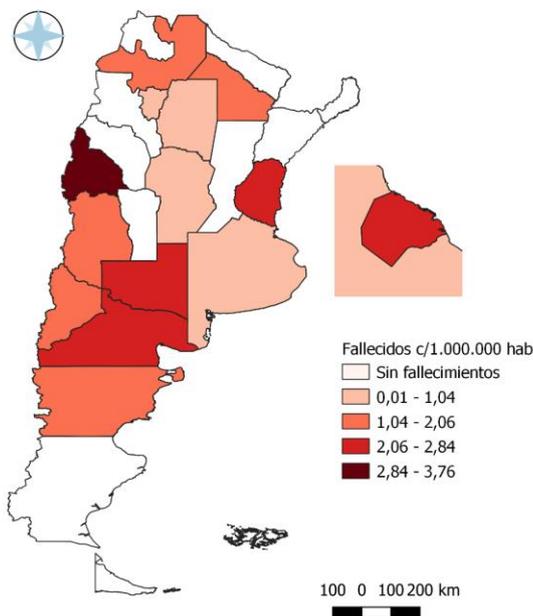
Mapa 1. Incidencia de COVID-19 en población general cada 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 38 a 41/2022, Argentina. N=7.724.



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

En cuanto a la tasa específica de mortalidad por COVID-19 (Mapa 4), a nivel nacional esta fue 1,08 fallecidos por cada millón de habitantes considerando el período comprendido en las últimas 4 semanas (SE38 a 41). Las provincias con las mayores tasas para el período fueron San Juan, Entre Ríos y La Pampa.

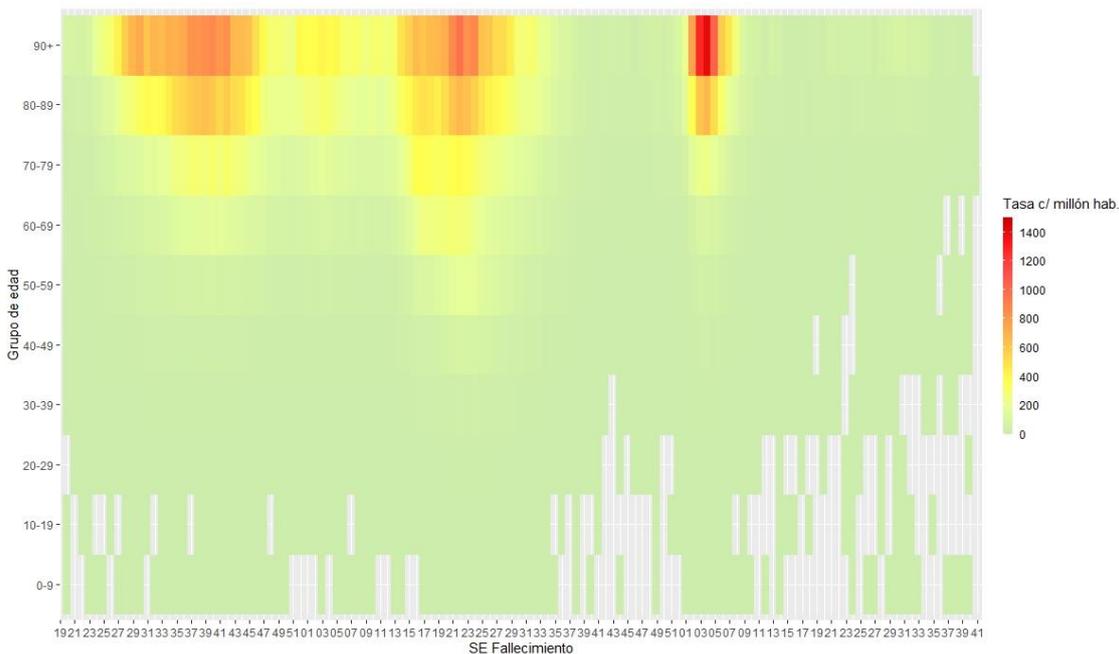
Mapa 2. Tasa de mortalidad acumulada en las últimas dos semanas por 1.000.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 38 a 41/2022, Argentina. N=50.



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 por grupos decenales de edad 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. También se observa (graficado en gris) una mayor cantidad de SE sin casos fallecidos en los grupos de edad menores de 50 años.

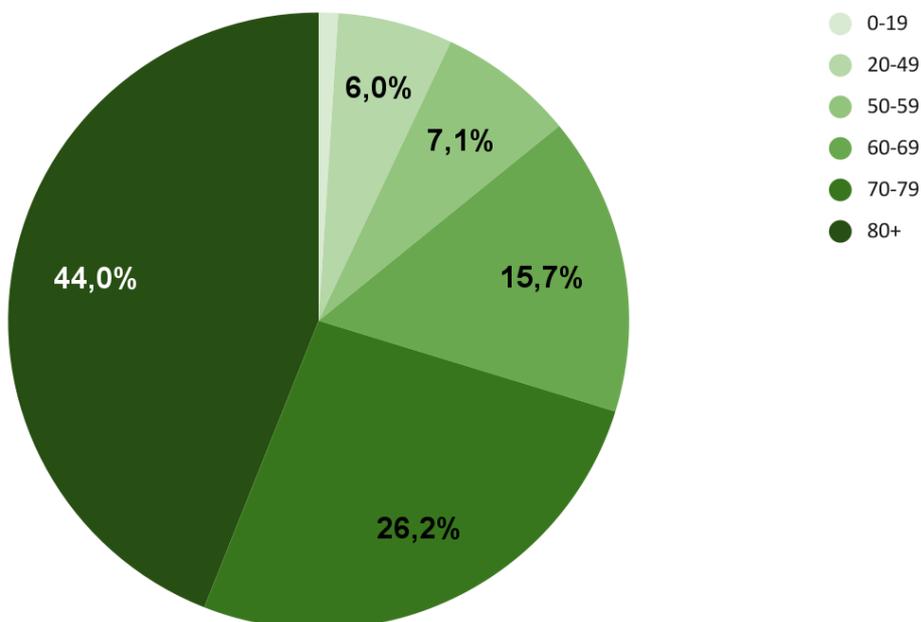
Gráfico 12. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/20 a 41/22.



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% tenían 50 años o más.

Gráfico 13. Fallecidos por grupo edad. Total País, SE 01 a 41/22. N=12.306*



*Nota: Se excluyen 4 fallecidos 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 - 18/10/22 SE 41.](#)

INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

Omicron es actualmente la variante dominante que circula a nivel mundial. El patrón de alta transmisión observado para Ómicron ha facilitado la aparición de mutaciones adicionales que definen diferentes sublinajes clasificados dentro la misma variante. A la fecha, se han reportado globalmente 5 diferentes linajes principales de Ómicron: BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 y BA.5 y sus linajes descendientes (BA.1.1, BA.2.12.1, entre otros). En la actualidad, los linajes descendientes de BA.5 Omicron continúan siendo dominantes a nivel mundial.

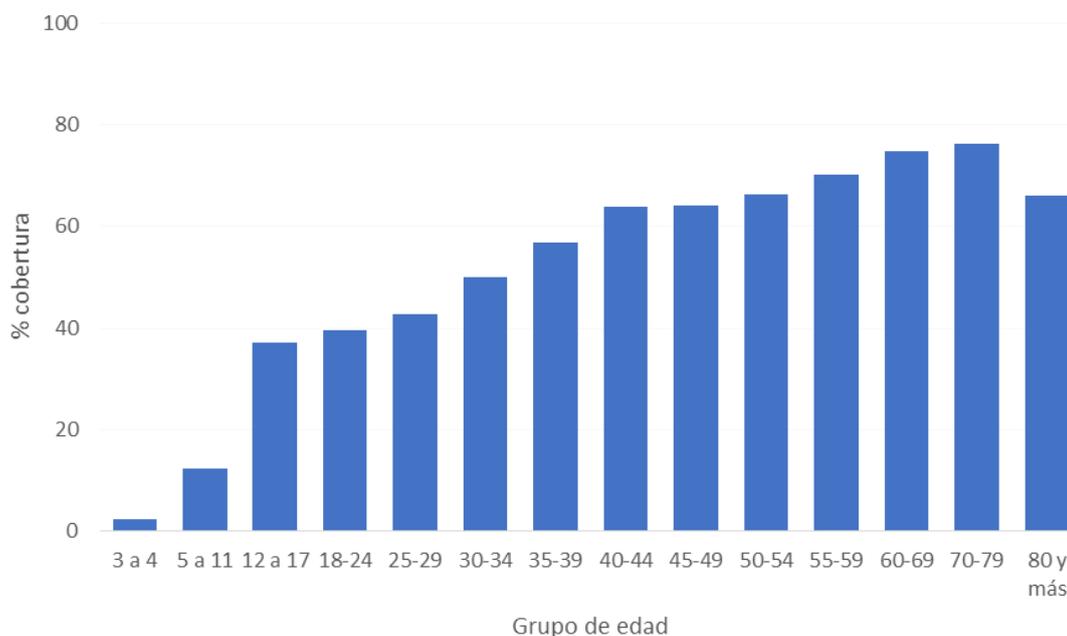
En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En relación a los linajes de Ómicron, en SE37 la proporción de BA.4, BA.5 y Omicron compatible con BA.4/BA.5 es de 32,35%, 39,71% y 14,71%, mientras que BA.2 se sitúa en 10,29%. Si se consideran solo las muestras con identificación de linaje, el porcentaje de BA.4, BA.5 y Omicron compatible con BA.4/BA.5 es de 33,33%, 40,91% y 15,15%, mientras que BA.2 se sitúa en 10,61%.

En relación al resto de las variantes del virus, en SE 4 y SE 15 del 2022, se informaron 2 casos de variante Lambda, sin identificación de casos adicionales a la fecha.

Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 18/10/22 SE 41](#) y el [Informe de Vigilancia Genómica SE 35.](#)

INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas para el primer refuerzo, el 47,3% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 58,7% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es del 71,7%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años la cobertura alcanzó el 37%, en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 12,3% y en el grupo de 3 a 4 años (incorporado en la SE 31) la cobertura es del 2,2%.

Gráfico 14. Coberturas de 1er refuerzo por grupo de edad. SE 41

Fuente: 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 RESPIRATORIOS¹⁹

América del Norte: La actividad de la influenza se mantuvo baja en toda la subregión. Predominó influenza A (H3N2) con la circulación concurrente de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B/Victoria. La actividad del SARS-CoV-2 siguió disminuyendo en general. En Canadá, la influenza se ubicó en los niveles basales. En México, la actividad de la influenza aumentó en niveles de intensidad moderada. En los Estados Unidos, se informó un aumento temprano en la actividad de la influenza en algunas áreas. En general, en la subregión, la circulación del VRS continúa aumentando.

Caribe: la actividad de la influenza se mantuvo en los niveles basales, predominando la circulación del virus influenza A(H3N2). En Santa Lucía y Haití, la actividad del SARS CoV-2 continúa elevada.

América Central: la actividad de la influenza se mantuvo baja, predominando influenza A(H3N2) con la circulación concurrente de influenza B (linaje indeterminado). En Guatemala aumentó la actividad de la influenza, predominando influenza A(H3N2), con circulación de influenza B (linaje indeterminado) en Nicaragua, en un nivel de baja intensidad. Además, se observó un aumento de la actividad del VRS en Panamá y Guatemala.

¹⁹Tomado de: Reporte de Influenza SE40 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS, disponible en <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Países Andinos: la actividad de la influenza se mantuvo baja, con predominio de influenza A(H3N2). Venezuela reportó un aumento en la actividad de la influenza con circulación de influenza A(H3N2).

Brasil y Cono Sur: la actividad de la influenza se mantuvo baja en la subregión, aunque se observó una tendencia creciente en las últimas semanas, probablemente debido a una mayor actividad en niveles de intensidad moderados en Argentina; Brasil y Chile, donde la actividad se mantuvo baja. Predominó influenza A(H3N2), seguida de las detecciones de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B (linaje indeterminado). La actividad del SARS CoV-2 fue baja en toda la subregión. Se registró un aumento de la actividad del VRS en Brasil y Uruguay, donde la actividad de la IRAG continuó por encima de los niveles epidémicos promedio.

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19²⁰

621.795.324

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS hasta el 16 de octubre de 2022

6.546.924

Personas fallecidas en el mundo.

2.963.504

Casos nuevos reportados en la última semana.

8.294

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

6%↓

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

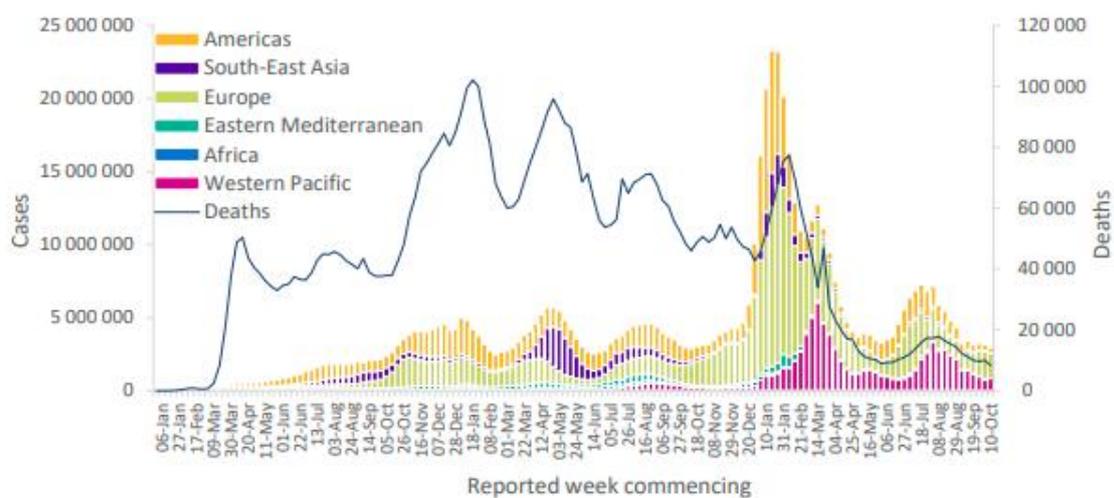
17%↓

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

- ✓ 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, BA.5 es el linaje predominante de la variante Omicron. Según muestras estudiadas en la SE 39, la proporción de secuencias notificadas de BA.5 representaron el 78,9%, seguida de BA.4 con una prevalencia del 6,7% y los linajes descendientes de BA.2, que representan el 3,9%.

²⁰ 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 16. Casos y fallecidos de COVID-19 reportados semanalmente, por región de OMS.



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

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

VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

INTRODUCCIÓN

Para los datos nacionales, este informe se confeccionó con información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud hasta el día 16 de octubre 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.

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 DENGUE TEMPORADA 2022-2023

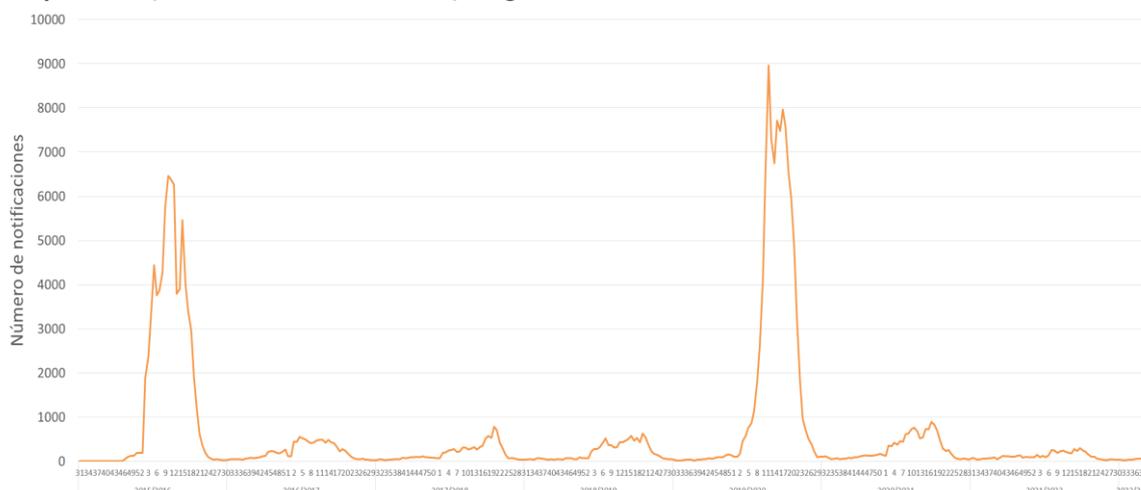
El período de análisis de esta edición corresponde a la SE 41/2022 de la temporada 2022-2023, correspondiente al período interbrote, siendo meses no epidémicos. Durante estos meses se registra una baja en la cantidad de casos sospechosos a nivel país.

Gráfico 17. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para temporadas no epidémicas (2016-2017, 2017-2018, 2018-2019, 2020-2021, 2021-2022 y 2022-2023 a SE 41/2022). 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).

Gráfico 18. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para todas las temporadas (2015-2016 a SE 41/2023). 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).

Desde la SE 31 del 2022 a la fecha, se registran cuatro casos confirmados de dengue, todos con antecedente de viaje al exterior, cuatro casos probables y dos casos de probable flavivirus importado. El primer caso confirmado (SE 31) se trata de una persona con residencia en Corrientes, que registra antecedente de viaje a Colombia. El caso fue estudiado por laboratorio, con serotipo DEN-1. El segundo caso (SE 32) registra residencia en Buenos Aires y presenta antecedente de viaje a Paraguay. El tercer caso (SE 33) se registró en San Juan, en una persona con antecedente de viaje a Brasil. En la SE 40 se registró un cuarto caso de dengue confirmado en Córdoba, con antecedente de viaje a Colombia y serotipo DEN-2. No hay registro de casos confirmados autóctonos hasta el momento. Se realizaron las acciones de control y bloqueo pertinentes.

En cuanto a los casos probables, corresponden a las provincias de Buenos Aires y Salta (SE 31 y SE 35, 39 y 40 respectivamente). Todos registran una prueba de laboratorio IgM positiva y se encuentran en investigación, a fines de confirmar o descartar la infección. El caso de probable flavivirus corresponde a Tierra del Fuego, y presenta antecedente de viaje a Cuba. Fue estudiado en el laboratorio de referencia arrojando pruebas positivas de IgM para el virus dengue y Zika. Se encuentra a la espera de segundas muestras.

Desde la SE 31 del presente año, se notificaron 335 casos con sospecha de dengue, de las cuales el 58% son sospechosos no conclusivos, el 18% se encuentran pendientes de estudios de laboratorio, el 21% fueron descartados y el 3% representan cuatro casos confirmados, cuatro casos probables y el caso de probable flavivirus. Las notificaciones se registraron en doce provincias del país: Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, Salta, Santa Fe, Tucumán y San Juan.

INFORMACIÓN REGIONAL DEL DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE 39

Dengue, Zika y Chikungunya en países limítrofes

Durante el 2022, a SE 41/2022, se registraron en Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay los serotipos DEN-1 y DEN-2. Además, se registró también circulación de los serotipos DEN-3 y DEN-4 en Brasil. Uruguay presenta 7 casos confirmados y Chile no registra casos de dengue. Durante

En cuanto a casos fatales, se registraron 898 en Brasil y 7 en Bolivia.

Si se observa las curvas epidemiológicas de Bolivia, Brasil y Paraguay, se puede ver que, durante el 2022, Brasil presentó un número de casos mayor a los años anteriores, similares a años epidémicos.

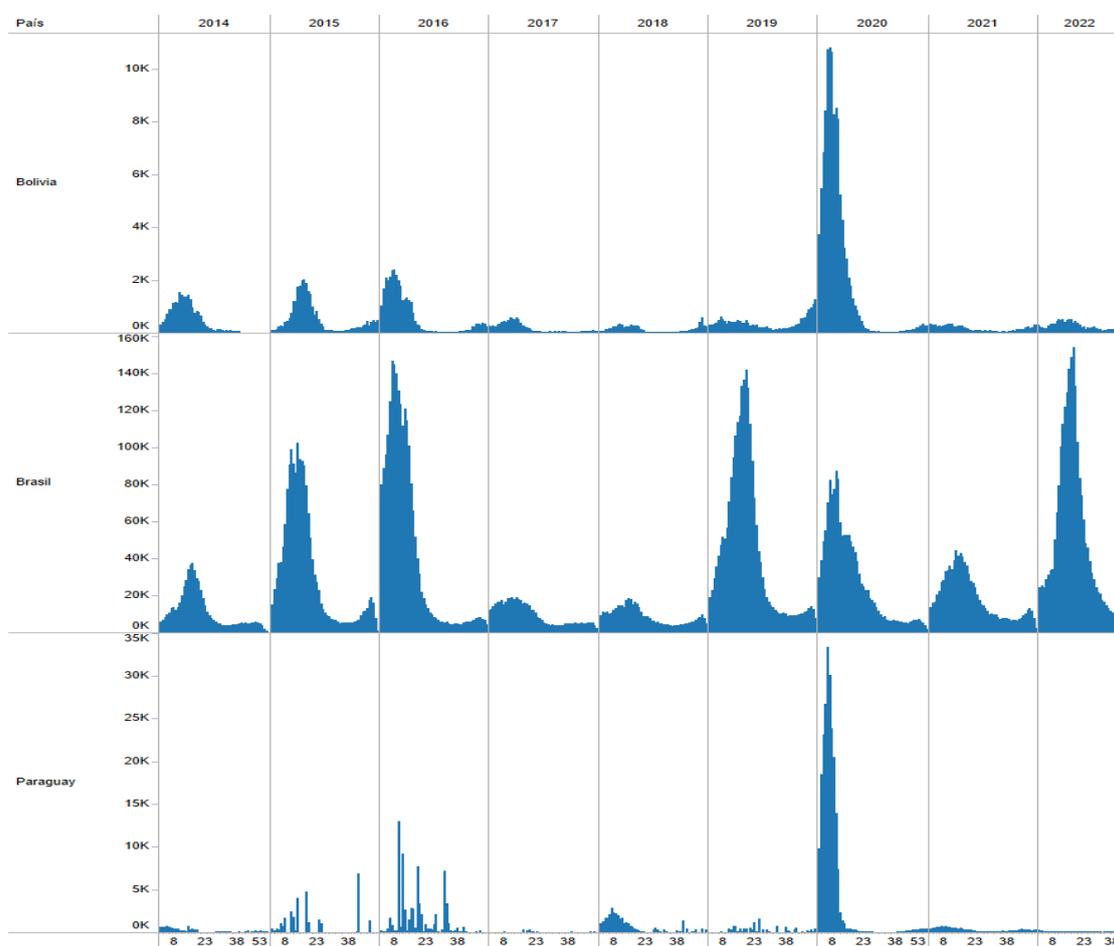
Tabla 2. Casos totales, confirmados por laboratorio y tasas de incidencia cada 100.000 hab. de dengue. Muertes y tasas de letalidad cada 100mil hab., según país*. SE 01/2022 a 41/2022.

País	Última actualización	Serotipos circulantes	Total casos	Tasa de incidencia	Confirmados laboratorio	Muertes	Letalidad
Brasil	SE 37	DEN 1, 2, 3 y 4	2.131.615	996,11	1.111.459	898	0,04
Bolivia	SE 38	DEN 1 y 2	10.496	88,11	3.187	7	0,07
Paraguay	SE 41	DEN 1 y 2	4.130	57,20	187	0	0,00
Uruguay	SE 20	-	29	0,83	7	0	0,00
Argentina	SE 36	DEN 1 y 2	815	1,76	818	0	0,00

*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}).

Gráfico 19. Número de casos de dengue por SE. Bolivia, Brasil y Paraguay. Años 2014 a 2021 y SE 1 a 39/2022.



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA). Datos reportados por los Ministerios e Institutos de Salud de los países y territorios de la Región.

* NOTA: Número de casos reportados de fiebre por dengue incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes

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 3).

Tabla 3. 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 39/2022.

País	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus de Zika		
	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes
<i>Brasil</i>	SE 37	118.238	68	SE 33	2.372	0
<i>Bolivia</i>	SE 38	11	0	SE 38	3	0
<i>Paraguay</i>	SE 39	164	0	SE 39	0	0
<i>Argentina</i>	SE 39	0	0	SE 39	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, se registró únicamente un caso confirmado en Brasil, con lugar de contagio al norte de Brasil, región lejana a la frontera con Argentina. A lo largo del año 2021 se han registrado únicamente casos en Brasil y Bolivia.

CONCLUSIONES

Desde el inicio de la temporada actual (SE 31/2022 a la fecha), se han registrado cuatro casos confirmados importados de dengue, cuatro casos probables que se encuentran en investigación y dos casos de probable flavivirus.

No se registra evidencia de circulación viral en el momento actual en el país. Se refuerza en este contexto la importancia del estudio por laboratorio hasta confirmar o descartar el diagnóstico de todos los casos, lo que permita determinar oportunamente la eventual circulación viral. De igual manera, se refuerza la importancia del cierre de casos de otros arbovirus, en un contexto de circulación viral de otras arbovirosis en la región.

En cuanto a la situación regional, Brasil presentó un gran número de casos y un comportamiento epidémico durante el 2022. Ante esta situación, se insta a reforzar la vigilancia, prevención y control en zonas limítrofes con el país vecino y en personas sintomáticas con antecedentes de viaje a ese país y otras zonas con circulación viral.

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).

INFORME ESPECIAL



REPORTE DE 2 CASOS DE CANDIDA AURIS EN INSTITUCION DE SALUD. PRIMEROS CASOS EN ARGENTINA

Situación actual:

El día 28/10 de 2022 el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” informa a la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación sobre dos aislamientos de *C. auris*, provenientes de muestras clínicas de dos pacientes tratados en una clínica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las mismas fueron identificadas en un laboratorio privado también de la ciudad por la técnica de MALDI-TOF y derivadas al Laboratorio Nacional de Referencia en Micología Clínica (LNRM) del INEI el mismo 28/10.

Ante esta situación, se procedió a informar a la Gerencia Operativa de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y se realizó una reunión conjunta entre las autoridades y personal de la clínica, equipos técnicos de la ciudad de Buenos Aires y del Ministerio de Salud de la Nación. Paralelamente, el LNRM del INEI recibió las

Candida auris

Es un patógeno emergente que fue aislado y descrito por primera vez en 2009. En 2011 se describió el primer caso de fungemia causado por esta especie y en 2012 se notificó el primer brote hospitalario de *C. auris* en la Región de las Américas. Desde el primer caso en 2009, *C. auris* ha sido reportada como agente causal de infecciones invasoras en humanos en al menos 47 países.

La emergencia de esta levadura se debe a su facilidad para persistir y causar brotes en el ámbito hospitalario, así como a la escasa eficacia de los antifúngicos para controlar la infección. La mortalidad reportada en fungemia por *C. auris* varía entre 30-72 %. Puede colonizar el cuerpo humano y puede persistir en el ambiente hospitalario por semanas; además, algunos desinfectantes de uso común no son efectivos contra esta especie.

La mayoría de los aislados de *C. auris* son considerados resistentes a una clase de antifúngicos. En Estados Unidos, el 90 % de los aislados de *C. auris* son resistentes a fluconazol, el 30 % son resistentes a la anfotericina B y menos de un 5 % son resistentes a las equinocandinas. Un alto porcentaje de aislados presentan resistencia a 2 clases de antifúngicos (multirresistencia) y algunos pocos aislados muestran resistencia a las 3 clases de antifúngicos existentes (panresistencia).

Modo de transmisión: Contacto con ambientes contaminados o con personas colonizadas.

Factores de riesgo: los mismos que para otras especies de *Candida*, incluyendo diabetes mellitus, pacientes internados, cirugía previa, tratamiento previo con antibióticos de amplio espectro o con antifúngicos, presencia de catéter venoso central, cirugía previa, catéteres, sondas, alimentación parenteral, larga estadía en hospitales, quimioterapia, cáncer, estado de inmunosupresión, neutropenia, entre otras. La colonización con *C. auris* también representa un factor de riesgo.

Antecedentes epidemiológicos: Contacto con superficies, fómites o personas (colonizadas o infectadas) con *C. auris*.

Signos y síntomas (según presentación clínica): Infección sistémica o invasora: Candidemia: fiebre, hipotensión, oliguria y confusión. Sepsis o shock séptico. La fiebre no responde al tratamiento con antibióticos de amplio espectro. Candidiasis diseminada: en general en pacientes inmunocomprometidos. Candidemia con focos de infección en distintos órganos vitales. Los síntomas pueden variar según el órgano afectado. Infecciones localizadas: las infecciones localizadas por *C. auris* más frecuentemente reportadas son: en heridas y otitis externa; y menos frecuente infección urinaria y pulmonar. Los síntomas varían de acuerdo al sitio de infección y el estado inmunológico del paciente*

Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control. Actualización 2021.

muestras procedentes del laboratorio que realizó el primer diagnóstico y confirmó la identificación de *C. auris* también por MALDI-TOF. Al momento, se encuentran en proceso técnicas moleculares para caracterizar el patógeno y pruebas de sensibilidad *in vitro* con el método de referencia.

Uno de los aislados proviene de un paciente internado desde el 02/10 en la unidad de cuidados intensivos de una clínica de CABA. El mismo fue derivado de una clínica del exterior del país, trasladado en un vuelo sanitario y, actualmente, permanece internado. El 18/10 se le realizó un urocultivo con aislamiento de *Candida* sp., que el 28/10 fue identificado como *Candida auris* por técnica de MALDI-TOF en un laboratorio privado.

El otro aislado es de un paciente que presenta una fístula de drenaje posquirúrgica y es tratado de forma ambulatoria en la misma clínica. A éste paciente, el 13/10 se le realizó un cultivo de líquido peritoneal donde se aisló una levadura también identificada como *C. auris* el día 28/10.

Ambos pacientes no compartieron el mismo ámbito en el mismo momento durante su estadía en la clínica y la investigación epidemiológica continúa en proceso.

El presente constituye el primer brote de *C. auris* en una institución de salud registrado en Argentina

Con base a la información disponible hasta el momento, los equipos del Ministerio de Salud de la Nación y del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires elaboraron recomendaciones para la investigación y control de la situación en el ámbito institucional de ocurrencia.

NOTIFICACIÓN:

Las infecciones por *Candida auris* constituyen eventos de notificación obligatoria en los términos de la ley 15465.

Todo caso sospechoso, confirmado o de portadores sin síntomas aparentes o de colonización deberá ser notificado en forma nominal, completa e inmediata al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}), incluyendo variables clínicas, epidemiológicas y de laboratorio de acuerdo con las siguientes definiciones de caso:

Caso sospechoso: toda persona con sintomatología compatible refractario al tratamiento antifúngico, que presenta un cultivo positivo a partir de muestras de sitio estériles o no estériles para una levadura identificada como *C. auris*, *Candida haemulonii*, *C. haemulonii* var. *vulnera*, *C. duobushaemulonii*, *C. pseudohaemulonii*, o *Candida vulturna* por los métodos convencionales para identificación de levadura (VITEK, PHOENIX, API 20C, ID 32C, CHROMagar plus).

Caso confirmado: toda persona con sintomatología compatible, que presenta un cultivo positivo a partir de muestras de sitio estériles o no estériles para una levadura identificada como *C. auris* por la técnica de MALDI-TOF y/o secuenciación de ADN y/o otras técnicas que permitan su correcta identificación.

Portador sin síntoma aparente o colonización: persona que presenta un cultivo positivo a partir de muestras de sitio no estériles para una levadura identificada como *C. auris* por la técnica de MALDI-TOF y/o secuenciación de ADN y/o otras técnicas que permitan su correcta identificación. La persona no presenta síntomas.

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud de la Nación. [Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria](#). Actualización 2022.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. [Actualización. Epidemiológica: Brotes de Candida auris en servicios de atención a la salud en el contexto de la pandemia de COVID-19](#). 6 de febrero de 2021, Washington, D.C. OPS/OMS. 2021

Successful control of *Candida auris* transmission in a German COVID-19 intensive care unit. *Mycoses*. 2022;65:643–649.

Prevención y control de infecciones por *Candida auris* | Enfermedades fúngicas | CDC. <https://www.cdc.gov/fungal/candida-auris/es/c-auris-infection-control.html>

Recomendaciones GEMICOMED/GEIRAS-SEIMC para el manejo de las infecciones y colonizaciones por *Candida auris*. *Rev Iberoam Micol*. 2019;36(3):109–114

Consideraciones del Laboratorio Nacional de Referencia en Micología Clínica de Argentina sobre la emergencia de *Candida auris*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/consideraciones-del-laboratorio-nacional-de-referencia-en-micologia-clinica-de-argentina>.

Safety Considerations When Working with Known or Suspected Isolates of *Candida auris*. <https://www.cdc.gov/fungal/candida-auris/c-auris-lab-safety.html>

LISTADO DE INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Gerencia Operativa de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones hospitalarias. Instituto Nacional de Epidemiología. INE-ANLIS. Ministerio de Salud de la Nación.

Laboratorio de Identificación de Levaduras. Departamento Micología. Laboratorio Nacional de Referencia en Micología Clínica. Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas “Dr. Carlos G. Malbrán”- ANLIS. Ministerio de Salud de la Nación.

Laboratorio Antifúngicos. Departamento Micología. Laboratorio Nacional de Referencia en Micología Clínica. Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas “Dr. Carlos G. Malbrán”- ANLIS. Ministerio de Salud de la Nación.

Coordinación Uso Apropiado de Antimicrobianos. Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación.

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA



INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN A METALES - PLOMO

INTRODUCCIÓN

En virtud de la semana internacional para prevenir la intoxicación por plomo que para este 2022 comprende los días 23 al 29 de octubre, se comparte información para la notificación de este problema de salud pública.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

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

- INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN A PLOMO

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

FUENTES PROBABLES DE INTOXICACIÓN/ EXPOSICIÓN A PLOMO

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

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

En nuestro país, las fuentes más importantes de exposición al metal derivan de la contaminación de suelo, aire, agua o alimentos con desechos industriales o por la actividad minera y presencia

de fundiciones. El tetraetilo de plomo se usó en Argentina como aditivo de las naftas hasta 1996, año en que fue prohibido.

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

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

MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN

Evento SNVS	Modalidad	Estrategia / Componente	Periodicidad
Intoxicación/exposición a Plomo	Individual	Universal/Clínico/laboratorio/Epide miología	Semanal

Definición de brote: Episodio en el cual dos o más personas presentan un cuadro clínico compatible con intoxicación aguda por plomo en un mismo lugar o zona geográfica, con relación temporal.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIONES DE CASO INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN A PLOMO

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

Caso Probable: Toda persona con test de screening positivo.²¹

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

²¹ Esta clasificación fue incorporada en la Ficha de Notificación "Intoxicación/Exposición por metales y metaloides", y no figura en el "Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria" ya que durante la discusión y revisión de las normas el Test de screening Leadcare estaba fuera de circulación por definición del CDC y FDA.

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

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

Ficha de notificación de intoxicación/exposición a metales y metaloides

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-09/Ficha_Intox_metales_1-7.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 ENOs 2022

Actualización 25/08/2022

PARA MÁS HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/notificacion>

*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina