



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA
[27 AL 02 NOVIEMBRE]

45

NÚMERO 730 AÑO 2024
FECHA DE PUBLICACIÓN:
18/11/2024

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA



AUTORES DE ESTE BOLETÍN:

Informe dengue y otros arbovirus: Gabriela Fernández¹, Yasmin El Ahmed¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹, María Pía Buyayisqui¹, Carlos Giovacchini². Contó además con la contribución de María Alejandra Morales³, Cintia Fabbri³, Victoria Luppo³

Informe mpox: Antonella Vallone¹, Silvina Moisés¹, Tamara Wainzinger¹, Carlos Giovacchini³ y María Marta Iglesias¹.

Informe infecciones respiratorias agudas: Carla Voto¹, María Paz Rojas Mena¹, Melisa Laurora¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹. Contó además con la contribución de Andrea Pontoriero⁴, Tomás Poklepovich⁵.

Alertas y comunicaciones internacionales: Ignacio Di Pinto¹.

AGRADECIMIENTOS:

Este boletín es posible gracias al aporte realizado a través de la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia por las áreas de vigilancia epidemiológica de nivel local, jurisdiccional y nacional y a todas las personas usuarias del SNVS^{2.0}.

IMAGEN DE TAPA:

Donar sangre salva vidas. Un donante puede salvar hasta 4 vidas. Foto aportada desde el banco de imágenes del Ministerio de Salud de la Nación.

CÓMO CITAR ESTE BOLETÍN: Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2024). Boletín Epidemiológico Nacional N°730, SE 45.

Destacados en boletines jurisdiccionales: Franco Ormeño Mazzochi¹.

Herramientas para la vigilancia, prevención y respuesta: Antonella Vallone¹, Morena Diaz¹ y Martina Prina¹.

Gestión del SNVS y de los datos de vigilancia: Alexia Echenique Arregui¹, Leonardo Baldivieso¹, Estefanía Cáceres¹, Mariel Caparelli¹, Ana Laura Parenti¹, Paula Rosin¹, Guillermina Pierre¹, Juan Pablo Ojeda¹, Julio Tapia¹.

Compilación: Sebastián Riera¹

Edición: Carlos Giovacchini²

Coordinación General: Cecilia Gonzalez Lebrero¹

1 Dirección de Epidemiología

2 Departamento de Epidemiología, INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán"

3 Centro Nacional de Referencia de Dengue y Otros arbovirus, INEVH-ANLIS "Carlos G. Malbrán"

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

5 Centro Nacional de Genómica y Bioinformática – ANLIS.

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| Situaciones epidemiológicas emergentes | 4 |
| Situación epidemiológica de MPOX | 5 |
| Eventos priorizados | 17 |
| Vigilancia de dengue y otros arbovirus | 18 |
| Vigilancia de infecciones respiratorias agudas | 26 |
| Alertas y comunicaciones epidemiológicas internacionales..... | 47 |
| Evaluación de los riesgos para la salud pública asociados a la potencial ocurrencia de influenza aviar zoonótica A(H5N1) clado 2.3.4.4b en América Latina y el Caribe..... | 49 |
| Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas..... | 55 |
| Destacados en boletines jurisdiccionales | 59 |
| Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA)..... | 60 |
| CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación..... | 61 |
| La Pampa: Enfermedad tipo influenza (ETI)..... | 62 |
| Salta: Neumonía..... | 63 |
| Santa Fe: Virus respiratorios en pacientes internados con infecciones respiratorias agudas..... | 64 |
| Tierra del Fuego: Diarreas..... | 65 |
| Tucumán: Bronquiolitis | 66 |
| Herramientas para la vigilancia, la prevención y la respuesta | 67 |
| 1° Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue | 68 |
| 3° Edición del Curso: “Sistema Nacional de Vigilancia de Salud SNVS 2.0” | 69 |
| 6° Edición del Curso: “Herramientas básicas para la Implementación de Salas de Situación de Salud” | 70 |
| Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0..... | 71 |

**SITUACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
EMERGENTES**

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MPOX

INTRODUCCIÓN

Ante el recrudecimiento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo clado del virus de la mpox (clado Ib), su rápida propagación en el este de la República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, la Organización Mundial de la Salud lo ha declarado como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI [2005]). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de la Nación ha emitido una Alerta Epidemiológica el 16 de agosto, incluyendo la descripción de la situación actual y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos –entre otros aspectos relacionados con este evento que se encuentra disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_viruela_simica_16082024.pdf

SITUACIÓN INTERNACIONAL

Situación en África⁶

Desde el 1 de enero de 2022, 23 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpox. Hasta el 10 de noviembre de 2024, se habían notificado a la OMS un total de 14.582 casos confirmados por laboratorio, incluidas 76 muertes.

En 2024, hasta el 10 de noviembre, 19 países habían notificado 12.178 casos confirmados, incluidas 53 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos en 2024 son la República Democrática del Congo (n = 9.457), Burundi (n = 1.863) y Uganda (n = 443).

Un número significativo de casos sospechosos de mpox que son clínicamente compatibles con la enfermedad no se someten a pruebas debido a la capacidad de diagnóstico limitada en algunos países africanos y, por lo tanto, nunca se confirman. Por este motivo se incluyen los casos sospechosos en este informe. En 2024, 17 países notificaron 50.549 casos sospechosos y analizados en laboratorio, incluidas 1.140 muertes sospechosas y confirmadas.

Este indicador debe interpretarse con cautela, ya que los casos sospechosos de mpox se registran según distintas definiciones de caso nacionales. En algunos países, los casos sospechosos que se someten a pruebas no se eliminan del recuento, independientemente de si el resultado de la prueba es positivo (caso confirmado) o negativo (caso descartado). Además, no todos los países tienen sistemas de vigilancia sólidos para mpox, lo que significa que es probable que los recuentos de casos notificados subestimen el alcance de la transmisión comunitaria.

Epidemiología genómica

Según las mutaciones y la agrupación filogenética, MPXV se divide actualmente en dos clados principales, el clado I (uno, formalmente clado de la cuenca del Congo) y el clado II (dos, formalmente clado de África occidental). Cada uno de estos clados se subdivide a su vez en dos subclados: clado Ia y clado Ib dentro del clado I; clado IIa y clado IIb dentro del clado II. El clado Ia circula en varios países de África central y se asocia con una propagación regular desde uno o más reservorios animales con cierta transmisión de persona a

⁶ Brote de Mpox 2022-24: tendencias mundiales. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

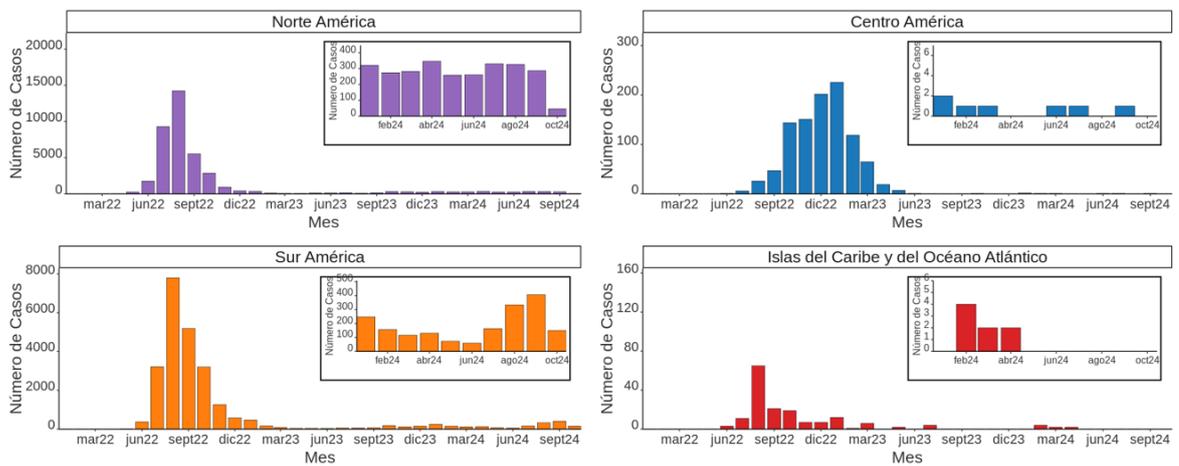
persona. Se han realizado estudios del clado Ia en Camerún, la República Centroafricana, el Congo, la República Democrática del Congo, Sudán del Sur y Sudán.

El clado Ib ha surgido recientemente en las regiones orientales de la República Democrática del Congo y está sufriendo una transmisión sostenida de persona a persona. También se han detectado casos del clado Ib en Burundi, Kenia, Ruanda, Suecia, Tailandia, Uganda, India, Alemania, Reino Unido, Zambia y Zimbabue. El clado Ila rara vez se ha aislado en humanos y la mayoría de las secuencias genéticas disponibles provienen de especies animales. El clado IIb ha estado circulando de manera sostenida en humanos desde al menos 2016 y ha provocado el brote multipaís en curso desde 2022 hasta la actualidad.

Situación en las Américas⁷

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de Organización Panamericana de la Salud, entre las SE 1 y 44 de 2024 fueron notificados en la Región de las Américas 4.648 casos de mpox y 6 defunciones.

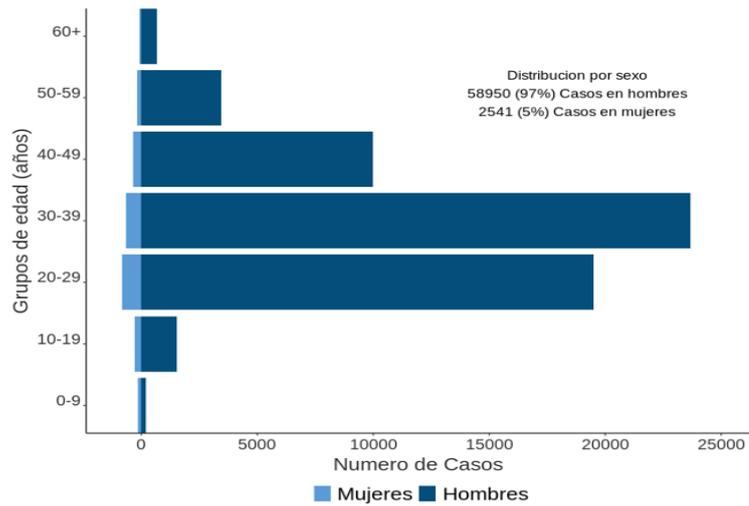
Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según Región de las Américas, abril 2022 a octubre 2024.



Fuente: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

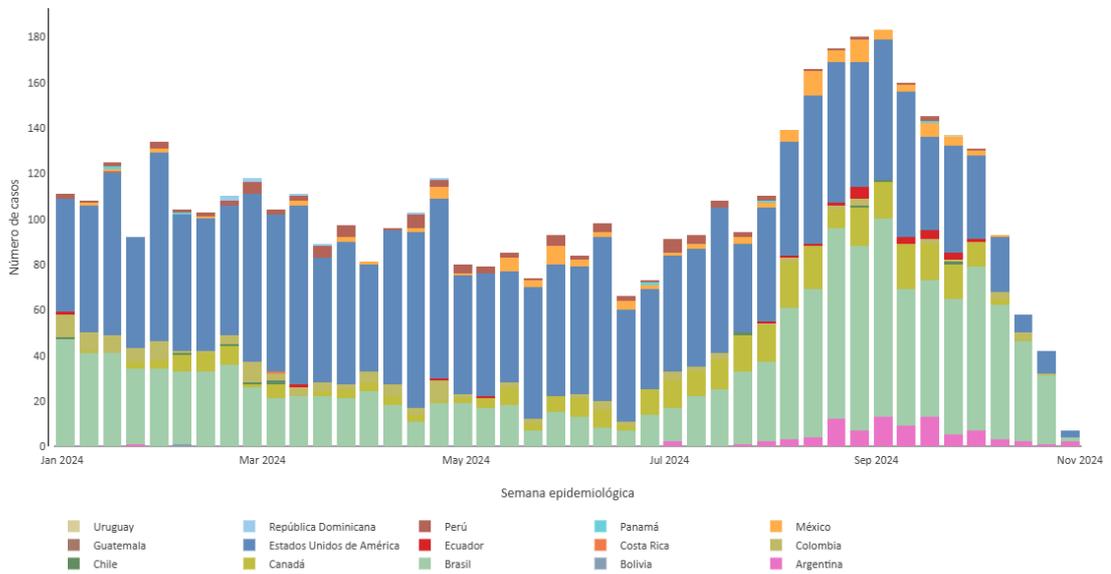
⁷ Organización Panamericana de la Salud. Casos de mpox - Región de las Américas. Disponible en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

Gráfico 2. Casos confirmados de mpox según edad y sexo. Región de las Américas, abril 2022 a octubre 2024.



Fuente: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

Gráfico 3. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 a SE44 2024.

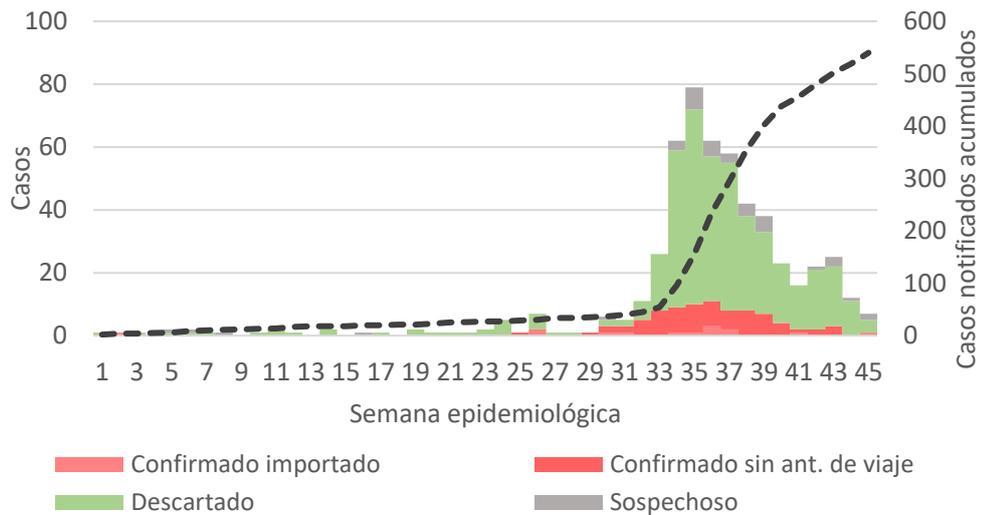


Fuente: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

SITUACIÓN EN ARGENTINA

En 2024, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 45 se identificaron hasta el momento 89 casos confirmados de mpox de un total de 540 casos sospechosos notificados. La curva epidémica de casos confirmados por fecha mínima⁸ muestra una persistencia en la detección de casos desde la SE29 y hasta SE39, con un promedio de 7 casos semanales y con el mayor número en la SE 36 con 11 casos. Se observa un descenso desde la SE40, con un caso confirmado en la SE45. Este último corresponde a un paciente con antecedente de contacto con viajero.

Gráfico 4. Casos notificados de Mpox según clasificación por semana epidemiológica de fecha mínima y total de casos notificados acumulados según semana de notificación. Argentina, SE1/2024 a SE45/2024. (N= 540)

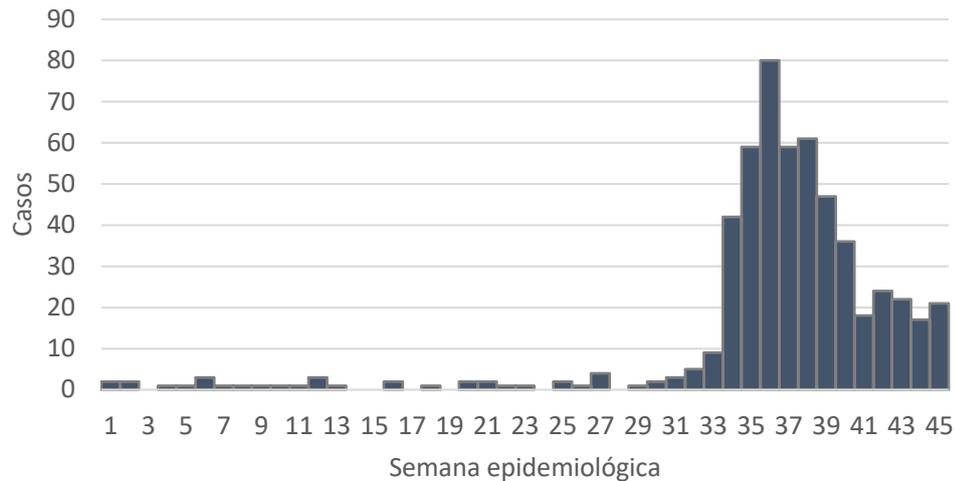


Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

Luego del Alerta emitido en la SE33 aumentó la sensibilidad del sistema de vigilancia, llegando a 465 notificaciones de casos sospechosos en las semanas posteriores (90% del total de notificaciones registradas durante el año).

El mayor número de notificaciones se registró en la SE36 con 80 casos reportados. En la semana 45 se registraron 21 notificaciones, un 74% inferior a dicha semana. Del total de casos confirmados del periodo (89), el 85% (n=76) se notificó a partir de la SE34 (11 de ellos correspondían por fecha mínima a semanas previas pero se notificaron luego del alerta). La sensibilización del sistema se verifica, asimismo, en la disminución de la positividad concomitante al aumento de casos estudiados, la cual pasó del 50% en las SE 32-33 (n=14) a 11% en las SE 44-45 (n=38).

⁸ La fecha de inicio de síntomas mínima se construye según una jerarquía que prioriza la mayor cercanía al momento de inicio de la enfermedad: con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra, y, por último, la de notificación si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

Gráfico 5. Casos notificados de Mpox por semana epidemiológica de notificación. Argentina, SE1/2024 a SE45/2024. (N= 540)

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS “Carlos Malbrán” en 62 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

Siete de los casos requirieron internación, ninguno de ellos en cuidados intensivos. No se registraron casos fallecidos en el presente año. Catorce casos registran antecedentes de viaje o contacto con viajeros.

El 96% de los casos confirmados residen en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en CABA (70%) y Buenos Aires (20%).

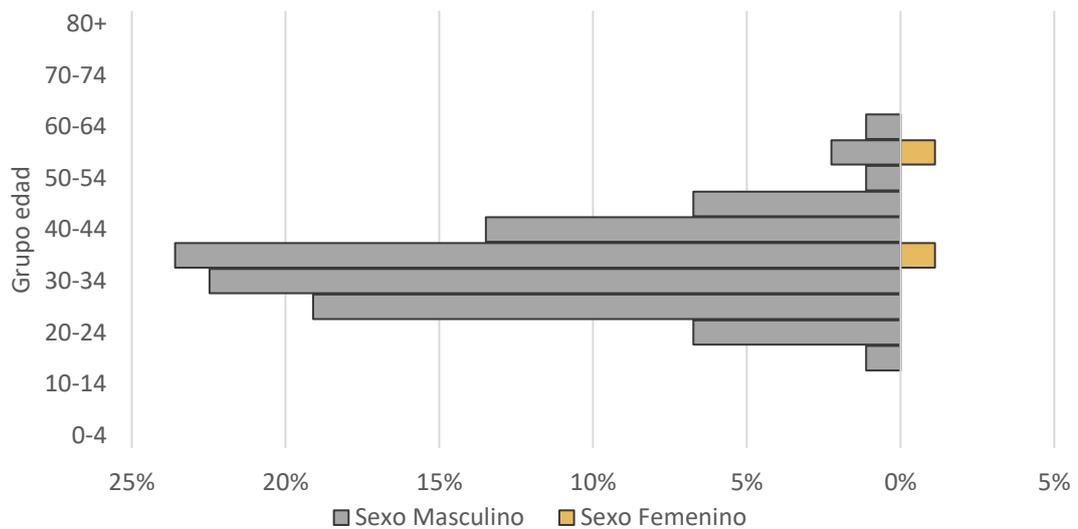
Tabla 1. Mpox: casos confirmados y total de notificaciones acumuladas según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1/2024 a SE45/2024.

| Provincia | Confirmados SE 1 a 45 2024 | Confirmados notificados en la última semana | Confirmados notificados en las últimas 4 semanas | Total de notificaciones 2024 |
|---------------------|----------------------------|---|--|------------------------------|
| Buenos Aires | 18 | 0 | 4 | 199 |
| CABA | 62 | 2 | 3 | 192 |
| Córdoba | 2 | 0 | 0 | 19 |
| Entre Ríos | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Santa Fe | 3 | 0 | 0 | 30 |
| Centro | 85 | 2 | 7 | 442 |
| Mendoza | 1 | 0 | 0 | 8 |
| San Juan | 0 | 0 | 0 | 5 |
| San Luis | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Cuyo | 1 | 0 | 0 | 18 |
| Chaco | 0 | 0 | 0 | 7 |
| Corrientes | 1 | 0 | 0 | 7 |
| Formosa | 0 | 0 | 0 | 13 |
| Misiones | 0 | 0 | 0 | 1 |
| NEA | 1 | 0 | 0 | 28 |
| Catamarca | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Jujuy | 0 | 0 | 0 | 1 |
| La Rioja | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Salta | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Santiago del Estero | 0 | 0 | 0 | 8 |
| Tucumán | 0 | 0 | 0 | 10 |
| NOA | 0 | 0 | 0 | 27 |
| Chubut | 0 | 0 | 0 | 5 |
| La Pampa | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Neuquén | 1 | 0 | 0 | 9 |
| Río Negro | 1 | 0 | 0 | 7 |
| Santa Cruz | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Tierra del Fuego | 0 | 0 | 0 | 1 |
| SUR | 2 | 0 | 0 | 25 |
| Total PAIS | 89 | 2 | 7 | 540 |

Jurisdicciones con casos confirmados de mpox

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

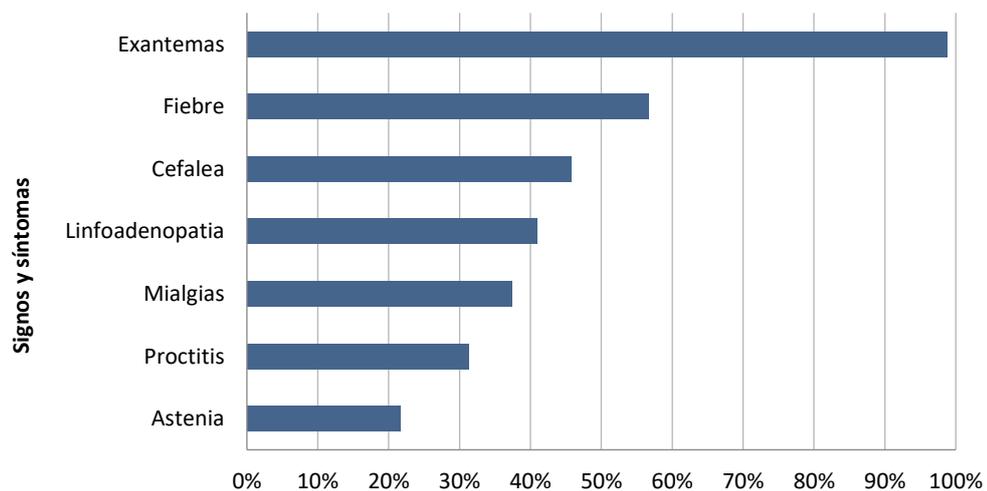
De los 89 casos confirmados, 87 corresponden a personas de sexo masculino y dos al sexo femenino, mientras que la mediana de edad es de 35 años.

Gráfico 6. Distribución proporcional por edad y sexo. Argentina, SE1/2024 a SE45/2024. (N=89)

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

Con los datos disponibles hasta el momento, las poblaciones más afectadas son la de hombres que tienen sexo con hombres (64% de 59 casos que cuentan con datos para las variables epidemiológicas) y el principal factor de riesgo resulta el antecedente de relaciones sexuales con parejas nuevas múltiples y ocasionales. De los 42 casos que cuentan con el dato referido a la condición de VIH, 34 registran coinfección con VIH⁹.

En el 99% de los 83 casos que cuentan con información sobre signos y síntomas se registró la presencia de exantemas en diferentes localizaciones (incluyendo genitales, perianales, manos, rostro y torso), seguidos en frecuencia por fiebre y cefalea.

Gráfico 7. Signos y síntomas en casos confirmados (en porcentaje). Argentina, SE1/2024 a SE45/2024. (N=83)

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

⁹ Este dato puede estar sesgado por la frecuencia en la consulta de esta población y por contar con datos solo para el 47% de los casos confirmados hasta el momento.

RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO DE SALUD

- Las principales medidas para disminuir el riesgo de propagación de la enfermedad consisten en la identificación temprana de los casos, las medidas aislamiento de casos y rastreo de contactos.
- En el marco de la prevención combinada del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, la evaluación de una persona con sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS, y para articular el manejo de la mpox en las personas con diagnóstico de VIH conocido a servicios de atención de enfermedad avanzada por VIH.
- El grupo técnico asesor de OMS actualmente NO recomienda la vacunación masiva ni de la población general. La vigilancia epidemiológica debe intensificarse para proveer la información suficiente para identificar a las personas con mayor riesgo de infección y, por lo tanto, la prioridad si se lleva a cabo la vacunación. Actualmente la principal medida de salud pública para interrumpir la transmisión de la enfermedad es la identificación efectiva de casos, implementando medidas de control de la transmisión, aislamiento, y el rastreo de contactos para su seguimiento en caso de desarrollar clínica compatible.
- Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograrlo. 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).

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograr la identificación temprana de los casos, una correcta anamnesis, registro y notificación que permita las acciones de control. Para ello 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-, con foco en el manejo de las complicaciones potenciales; 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, eliminando todas las posibles barreras de acceso, principalmente las que puedan relacionarse con cualquier tipo de discriminación o estigma relacionado con la enfermedad, con las poblaciones que son desproporcionadamente afectadas por la mpox o con las prácticas potencialmente asociadas a su transmisión.

En vistas de la información acerca de casos de transmisión sexual del clado I en la República Democrática del Congo, resulta de importancia indagar en los casos sospechosos acerca de antecedente de viaje a este país o contacto con personas con dicho antecedente.

Definiciones y clasificaciones de caso:

Caso sospechoso

- Toda persona que presente exantema característico*, sin etiología definida, de aparición reciente (menor a 7 días) 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**. Y al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos*** dentro de los 21 días previos al inicio de los síntomas:

- 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,

Ó

- Toda persona que haya estado en contacto directo con un caso de mpox sospechoso o confirmado, Y presente, entre 5 y 21 días del contacto de riesgo, uno o más de los siguientes signos o síntomas:
 - Fiebre >38,5° de inicio súbito
 - Linfadenopatía
 - Astenia
 - Cefalea
 - Mialgia
 - Malestar general
 - Lesiones cutáneo mucosas
 - Proctitis

Ó

- Toda persona que no presenta o refiere un antecedente epidemiológico claro, que presente lesiones cutáneo-mucosas características* con una evolución compatible y en el que haya una alta sospecha clínica.

* Exantema característico: 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 pueden evolucionar a la necrosis que no correspondan a las principales causas conocidas de enfermedades exantemáticas (varicela, herpes zoster, sarampión, herpes simple, sífilis, infecciones bacterianas de la piel). No obstante, no es necesario descartar por laboratorio todas las etiologías para estudiar al caso para Mpox.

** En el caso de proctitis y/o úlceras genitales se deben investigar también en forma conjunta los diagnósticos de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum*, entre otros.

*** Indagar sobre viajes o contacto con viajeros especificando la procedencia, en particular provenientes de los países de África con circulación conocida de clado Ib (en el momento de la redacción de este boletín: República Democrática del Congo, Burundi, Kenia, Ruanda, Uganda)

Caso confirmado

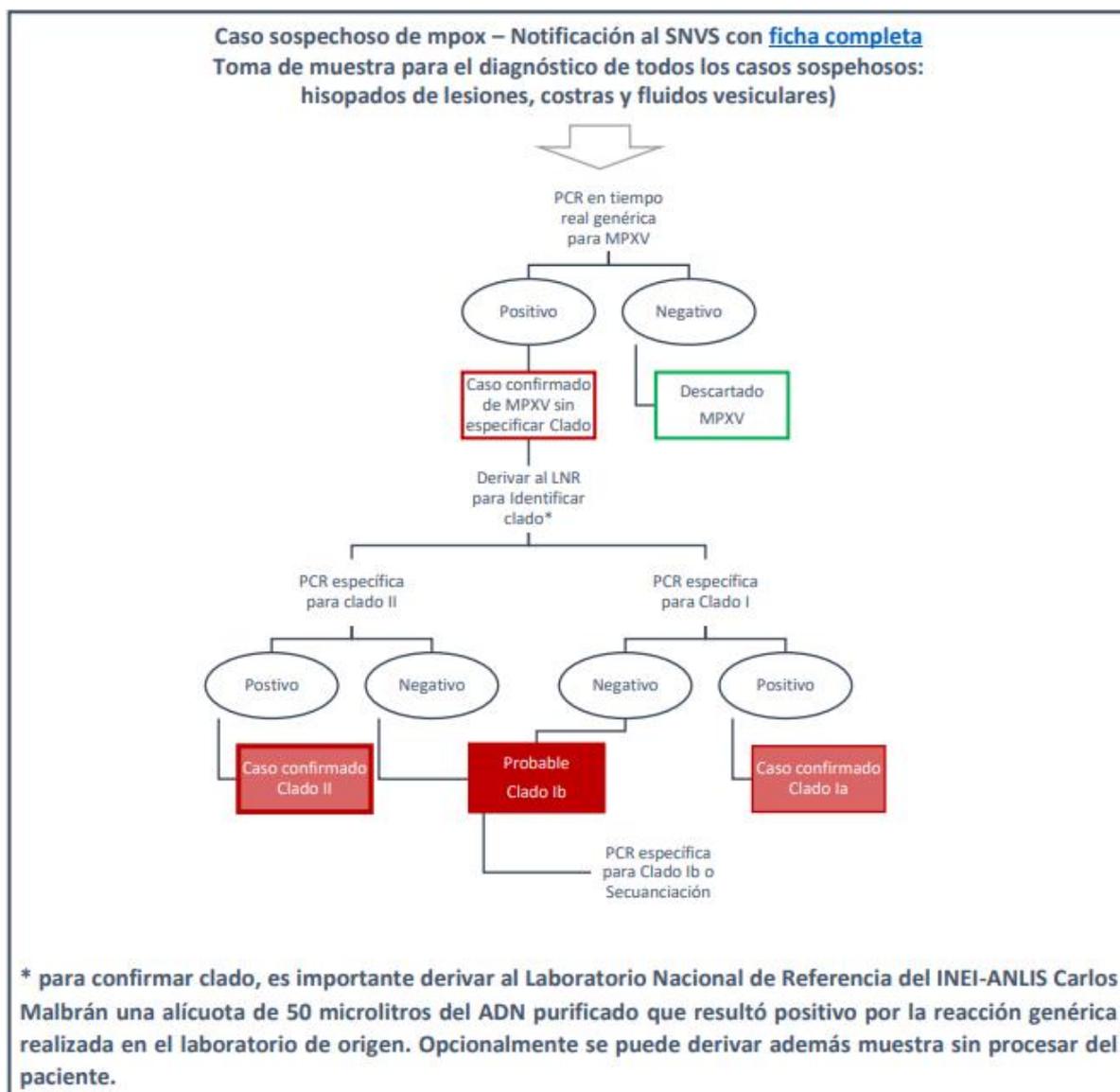
- Todo caso sospechoso con resultados detectables de PCR para Orthopox del grupo eurasiático-africano o de PCR en tiempo real para virus MPX genérica o específica de los clados.

Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión de laboratorio cuando se analizan muestras clínicas se aconseja limitar la cantidad de personal que analiza las muestras, evitar cualquier procedimiento que pueda generar aerosoles y usar el equipo de protección personal. Las normas nacionales e internacionales sobre el transporte de sustancias infecciosas deben seguirse estrictamente durante el embalaje de las muestras y el transporte al laboratorio de referencia.

Notificación:

Los casos deben notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, al evento Viruela Símica (mpox) de forma inmediata ante la sospecha.

- Se debe notificar el caso al SNVS dentro de las 24hs. Grupo de evento: Viruela / Evento: mpox (ex viruela símica).

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y NOTIFICACIÓN DE MPOX**MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS:**

- Se recomienda el aislamiento de todo caso sospechoso hasta la obtención del resultado de laboratorio (confirmado o descartado); en caso de confirmarse, continuar el aislamiento hasta que todas las costras de las lesiones se hayan caído y haya formado una nueva capa de piel.
- Si no se puede realizar aislamiento permanente se deberá implementar medidas para la minimizar el riesgo de la transmisión (cubrir las lesiones, utilizar barbijo quirúrgico bien ajustado, cubriendo nariz, boca y mentón, evitar contacto con personas vulnerables, evitar el contacto estrecho con otras personas, ventilar los ambientes).

- Realizar la investigación epidemiológica correspondiente, incluyendo los antecedentes epidemiológicos, características clínicas, e información sobre contactos estrechos, garantizando la privacidad, el trato digno y la completitud de la información.
- Realizar la notificación dentro de las 24 horas.
- En caso que se necesite hospitalización, debe realizarse en una habitación individual con baño privado y eventualmente internación por cohortes.
- Si el paciente precisa moverse por fuera de la habitación, debe hacerlo siempre con barbijo quirúrgico y cubriéndose las heridas.
- La movilidad del paciente fuera de su habitación debe limitarse a lo esencial para realizar procedimientos o métodos diagnósticos que no puedan llevarse a cabo en ella. Durante el transporte, el paciente debe utilizar barbijo quirúrgico y las lesiones cutáneas deben estar cubiertas.
- Se debe establecer el correcto manejo de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo desde el triaje hasta las salas de aislamiento, en cualquier nivel de atención, evitando el contacto con otras personas en salas de espera y/o salas de hospitalización de personas internadas por otras causas.
- Los y las profesionales de la salud que atiendan casos sospechosos o confirmados deben utilizar protección para los ojos (gafas protectoras o un protector facial que cubra el frente y los lados de la cara), barbijo quirúrgico, camisolín y guantes desechables.
- Durante la realización de procedimientos generadores de aerosoles deben utilizar barbijos tipo máscaras N95 o equivalentes.
- El aislamiento domiciliario debe realizarse en una habitación o área separada de otros convivientes durante todas las etapas de la enfermedad hasta que todas las lesiones hayan desaparecido, se hayan caído todas las costras y surja piel sana debajo.
- Si durante el aislamiento domiciliario el paciente requiere atención médica debe comunicarse con el sistema de salud.
- Las personas convivientes deben evitar el contacto con el caso sospechoso o confirmado, especialmente contacto de piel con piel.
- No se debe compartir ropa, sábanas, toallas, cubiertos, vasos, platos, mate etc.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, personas gestantes, niños y niñas durante el período de transmisión.
- Ante el riesgo potencial de transmisión del virus de las personas enfermas a los animales, se recomienda que las personas con diagnóstico sospechoso o confirmado de mpox eviten el contacto directo con animales, incluidos los domésticos (como gatos, perros, hámsters, hurones, jerbos, cobayos), el ganado y otros animales en cautividad, así como la fauna silvestre. Las personas deben estar especialmente atentas a los animales que se sabe que son susceptibles, como los roedores, los primates no humanos, etc.
- Debe también evitarse el contacto de los residuos infecciosos con animales, especialmente roedores.

La sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática el testeo para VIH y otras ITS.

MEDIDAS ANTE CONTACTOS:

- La identificación de contactos debe iniciarse dentro de las 24hs.
- Verificar diariamente la posible aparición de cualquier signo o síntoma compatible, incluyendo medir la temperatura y verificar mediante autoevaluación si no han aparecido lesiones en la piel en cualquier parte del cuerpo, o si aparecen síntomas como cansancio/decaimiento, inflamación de los ganglios linfáticos, cefalea, dolores musculares, dolor de espalda.

- El contacto en seguimiento debe disponer de un teléfono para comunicarse con el equipo de seguimiento en caso de presentar síntomas y, en ese caso, una vía facilitada para su atención adecuada en un centro asistencial.
 - Ante la aparición de cualquier síntoma debe considerarse un caso sospechoso y, como tal, realizar las acciones recomendadas ante casos sospechosos.
 - El contacto deberá estar en seguimiento por el sistema de salud por 21 días para identificar el posible comienzo de síntomas compatibles.
 - Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y personas gestantes.
-

Para más información, consultar el Manual para la vigilancia epidemiológica y control disponible en Argentina https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

Manual para la vigilancia epidemiológica y control de la viruela símica en Argentina:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Manual_viruela_simica_10-08-2022.pdf

Ficha de notificación: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Nueva_ficha_viruela_simica_11_08_2022.pdf

Más recomendaciones e información en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/viruela-simica-mpox>

Lineamientos para el abordaje comunicacional de la Viruela Símica/mpox:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/08/recomendaciones_comunicacion_viruela_simica_30-8-2022.pdf

EVENTOS PRIORIZADOS

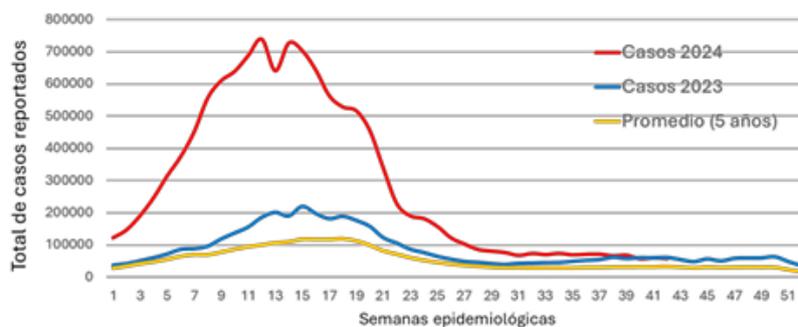
VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

SITUACIÓN REGIONAL DE DENGUE

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de situación No 42. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 42, 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 7 de noviembre.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 42 del 2024, se reportaron en la Región de las Américas un total de 12,261,165 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 1,284 casos por 100,000 hab). Esta cifra representa un incremento de 209% en comparación al mismo periodo del 2023 y 387% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 42 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 12,261,165 casos de dengue reportados en las Américas, 6,574,893 casos (53%) fueron confirmados por laboratorio y 19,806 (0.16%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total 7,399 muertes por dengue, para una letalidad del 0.060%.

Veinte países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 42. Estos países registran en conjunto 58,736 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 42.

Subregión Centroamérica y México.

Un total de 30,843 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 42. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 83% en comparación con el mismo periodo del 2023 y de 192% con respecto al promedio de los últimos 5 años

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 42 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Centro América y México.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Subregión Caribe.

Se notificaron 1,241 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 42. Hasta esta semana la subregión presenta una disminución de 16% en comparación con el mismo periodo del 2023 y un incremento de 27% con respecto al promedio de los últimos 5 años

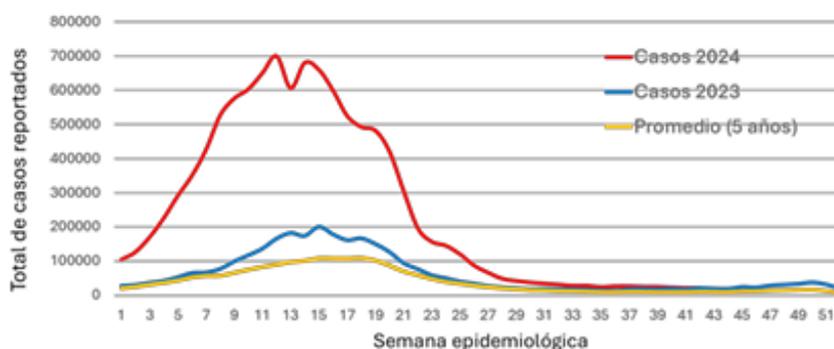
Subregión Andina.

Durante la SE 42 se notificaron 5,464 nuevos casos sospechosos de dengue. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 23% en comparación con el mismo periodo del 2023 y un incremento de 184% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Perú presentan un incremento de 34% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

Subregión Cono Sur.

Se notificaron 21,188 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 42. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta un incremento de 259% en comparación con la misma semana del 2023 y de 442% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 42 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Cono Sur.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 14/11/2024 en países regionales seleccionados¹⁰.

Brasil: Hasta la SE 44/2024 se reportaron 9.861.643 casos de dengue, 3,5 veces el número registrado en el mismo período del 2023, y 5.726 fallecidos. A la misma semana, se registraron 403.871 casos de chikungunya, 64% más que lo reportado hasta dicha semana del año 2023, y 190 fallecidos. Por último, entre la SE1/2024 y la SE 41/2024 se reportaron 39.133 casos de zika, representando un aumento de 17% respecto a lo notificado hasta esa semana en el 2023. No se registraron fallecidos de zika durante 2024.

Bolivia: Entre la SE 1 y la 38/2024, se registraron 43.440 casos de dengue, un 71% menos que lo reportado a la misma semana del 2023, y 25 fallecidos. Con respecto a chikungunya, hasta la misma semana se reportaron 418 casos, 70% menos respecto al año anterior. Hasta esa semana se

¹⁰ Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

reportaron 220 casos de zika, lo que representa una reducción del 74% en el número de casos registrados para este período en 2023. No se reportan fallecidos para estos dos eventos.

Paraguay: Entre la SE 1 y 44/2024 se notificaron 288.520 casos de dengue, lo cual representa aproximadamente 12 veces más de lo registrado durante el mismo período en 2023. Los fallecidos para el período correspondiente a 2024 fueron 128. Asimismo, hasta la misma semana, se registraron 2.762 casos de chikungunya, una disminución del 98% respecto de lo reportado para el mismo período del año anterior. Con respecto al zika, hasta la semana 42/24 se registraron 8 casos de este evento, mientras que en el mismo tiempo de 2023 no hubo casos registrados. No se han reportado fallecidos para estos dos eventos.

Perú: Desde la SE 1 a la 44/2024 se notificaron 271.023 casos de dengue, lo cual representa un 4% más de lo registrado durante el mismo período en 2023, y 253 fallecidos. Con relación a chikungunya, hasta la SE 44 se registraron 81 casos, 40% menos que lo reportado a la misma semana de 2023, y 1 fallecido. Asimismo, hasta la SE 44 se registraron 8 casos de zika, 66% menos que en el mencionado período del año previo. Se reportó un fallecido para este evento.

En relación con los serotipos de dengue, Paraguay y Bolivia registran circulación de DEN 1 y DEN 2. Perú reporta circulación de los serotipos DEN 1, DEN 2 y DEN 3. Brasil, por su parte, presenta circulación del serotipo DEN 4, además de los 3 serotipos previamente mencionados.

En comparación con el año anterior, se ha observado un aumento en los casos de dengue en Brasil, Paraguay y Perú. En cuanto a chikungunya, Bolivia, Paraguay y Perú han reportado una disminución en el número de casos. Asimismo se han detectado casos de zika en Paraguay, mientras que se ha registrado una reducción de casos en Bolivia y Perú.

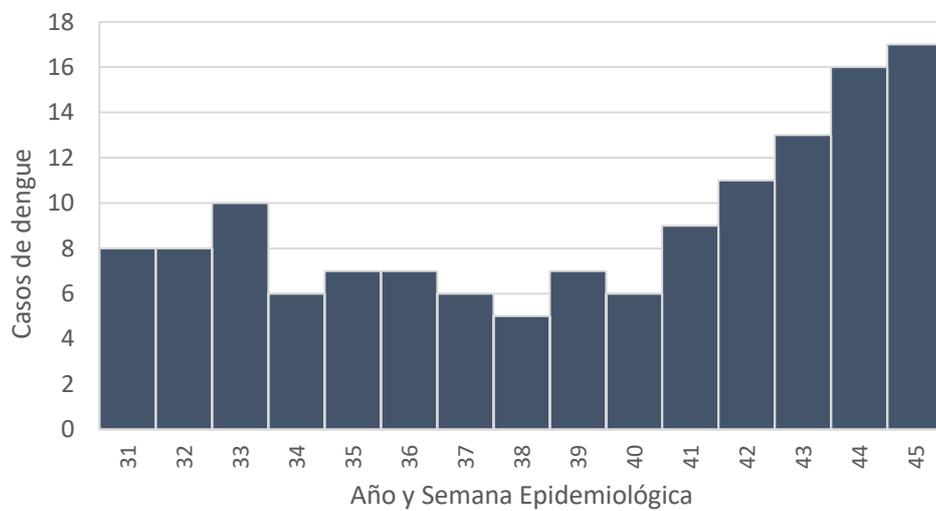
SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

En la temporada 2024/2025, que comenzó en la SE31/2024 y hasta la SE45/2024, se registraron 8685 casos sospechosos de dengue en el SNVS de los cuales 136 fueron confirmados (126 sin antecedentes de viaje, 7 con antecedentes de viaje y 3 por trasplante).

Durante la SE45, se notificaron 1526 casos sospechosos de los cuales 21 se confirmaron (de los cuales 1 cuenta con antecedente de viaje) y 44 se tratan de casos probables aún en investigación¹¹.

A continuación, se grafican los casos confirmados autóctonos, importados y no vectoriales, por semana epidemiológica según fecha mínima del caso.

Gráfico 4. Dengue: Casos confirmados¹² por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31 a SE45/2024. Argentina.



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

¹¹ Hay que tener en cuenta que estos casos pueden ser notificados esta SE pero con inicio de síntomas o toma de muestras de SE anteriores.

¹² La diferencia con lo publicado en ediciones anteriores responde a una reevaluación de casos de la provincia del Chaco que fueron clasificados como casos probables según el algoritmo de laboratorio, debido a que no cuentan con pruebas que permitan confirmar la infección reciente por virus de dengue.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE45/2024. Argentina.

| Jurisdicción | Confirmados sin antecedentes de viaje ¹³ | Confirmados con antecedentes de viaje y no vectoriales ¹⁴ | Probables | Con laboratorio negativo | Sospechosos | Estudiados con antecedente de vacunación | Total notificados |
|---------------------|---|--|------------|--------------------------|-------------|--|-------------------|
| Buenos Aires | 4 | 4 | 35 | 648 | 357 | 1 | 1049 |
| CABA | 1 | 1 | 14 | 398 | 304 | 3 | 721 |
| Córdoba | 7 | 2 | 87 | 899 | 129 | 2 | 1126 |
| Entre Ríos | 1 | 0 | 11 | 147 | 6 | 0 | 165 |
| Santa Fe | 1 | 1 | 14 | 328 | 80 | 1 | 425 |
| Total Centro | 14 | 8 | 161 | 2420 | 876 | 7 | 3486 |
| Mendoza | 4 | 2 | 14 | 239 | 15 | 0 | 274 |
| San Juan | 0 | 0 | 1 | 37 | 8 | 9 | 55 |
| San Luis | 0 | 0 | 0 | 20 | 6 | 0 | 26 |
| Total Cuyo | 4 | 2 | 15 | 296 | 29 | 9 | 355 |
| Chaco | 2 | 0 | 80 | 570 | 63 | 0 | 715 |
| Corrientes | 1 | 0 | 15 | 101 | 72 | 0 | 189 |
| Formosa | 103 | 0 | 2 | 1209 | 0 | 0 | 1314 |
| Misiones | 0 | 0 | 0 | 70 | 1 | 0 | 71 |
| Total NEA | 106 | 0 | 97 | 1950 | 142 | 0 | 2289 |
| Catamarca | 0 | 0 | 1 | 168 | 6 | 0 | 175 |
| Jujuy | 0 | 0 | 1 | 322 | 23 | 0 | 346 |
| La Rioja | 0 | 0 | 11 | 79 | 18 | 0 | 108 |
| Salta | 1 | 0 | 15 | 403 | 83 | 1 | 503 |
| Santiago del Estero | 0 | 0 | 19 | 228 | 136 | 0 | 383 |
| Tucumán | 1 | 0 | 62 | 630 | 284 | 1 | 978 |
| Total NOA | 2 | 0 | 109 | 1830 | 544 | 2 | 2493 |
| Chubut | 0 | 0 | 0 | 4 | 1 | 0 | 5 |
| La Pampa | 0 | 0 | 0 | 36 | 0 | 0 | 36 |
| Neuquén | 0 | 0 | 0 | 4 | 1 | 0 | 5 |
| Río Negro | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| Santa Cruz | 0 | 0 | 0 | 8 | 1 | 0 | 9 |
| Tierra del Fuego | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| Total Sur | 0 | 0 | 0 | 57 | 4 | 0 | 61 |
| Total País | 126 | 10 | 382 | 6553 | 0 | 18 | 8684 |

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 Argentina desde la SE1 a la SE45 de 2024 se registraron hasta el momento 580.200 casos de dengue de un total de 765.453 casos notificados investigados.

Los casos se presentaron durante todas las semanas a expensas fundamentalmente de las notificaciones aportadas por las provincias de Formosa (103 casos, de los cuales en 44 pudo identificarse el serotipo DEN-2 y en 6 DEN-1 y con residencia en los departamentos Capital, Patiño, Pilagás, Pirane y Pilcomayo) y de Chaco (82 casos en total donde el 49% de los casos confirmados y probables cuentan con residencia en San Fernando, el resto se reparten en otros 13 departamentos de la provincia). Ambas provincias notificaron casos durante todas las semanas de la temporada.

A las provincias anteriormente mencionadas, se sumaron casos sin antecedentes de viaje, detectados de manera aislada por el momento, en las provincias de:

- Córdoba: 7 casos, 4 en Capital (dos en la SE42, un caso en la SE43, dos casos en la SE 44 y dos

¹³ Contiene casos confirmados de dengue sin antecedente de viaje o que se encuentren en investigación.

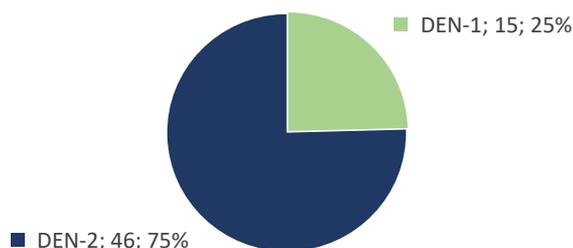
¹⁴ Corresponde a casos con antecedente de viaje o que sean pacientes trasplantados.

casos en la SE45). En seis de ellos, se pudo identificar DEN-1;

- Mendoza: 4 casos, 2 en Luján de Cuyo (1 caso en la SE42, 1 caso en la SE44 y 2 casos en la SE45, todos sin identificación de serotipo),
- Tucumán: Un caso en Cruz Alta confirmado en la SE43 por el laboratorio nacional de referencia pero que corresponde a la SE34, con residencia en el departamento Cruz Alta y detección de anticuerpos neutralizantes para DEN-1;
- CABA: Un caso (detectado en la SE43 con residencia en la Comuna 3 e identificación de DEN-1);
- Buenos Aires: Un caso en Merlo en la SE35, un caso con identificación del serotipo DEN-1 en la SE43 asistido en CABA con domicilio en el partido de La Matanza, 1 caso en la SE44 residente en Esteban Echeverría y 1 caso en la SE45 residente en General Pueyrredón;
- Entre Ríos: Un caso correspondiente a la SE44 con residencia en el departamento de Concordia, sin identificación de serotipo;
- Salta: un caso en Salta Capital con identificación de DEN-2;
- Santa Fe: Un caso (con identificación de DEN-1 en el departamento de Castellanos).

Adicionalmente, se confirmaron 7 casos importados: 2 residentes de la provincia de Buenos Aires - uno con antecedentes de viaje a Brasil e identificación de DEN-2 y otro a Cuba sin identificación de serotipo-; 2 casos residentes en Córdoba - los dos con antecedentes de viaje a Cuba e identificación del serotipo DEN-4 en un caso y DEN-3 en el otro-; 1 caso residente en CABA con antecedente de viaje a India e identificación de DEN-2; 2 casos correspondientes a la provincia de Mendoza que cuentan con viaje a Perú, sin identificación de serotipo. Se confirmaron además 3 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires y Santa Fe y se confirmaron 5 casos con antecedente reciente de vacunación contra el dengue en las jurisdicciones de CABA, Córdoba, Santa Fe y Tucumán.

Gráfico 5. Dengue: proporción de serotipos en casos sin antecedentes de viaje. SE31 a SE45/2024. Argentina



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

Como se mencionó en la primera parte, la mayoría de los casos de DEN-2 de esta temporada informados hasta el momento corresponden a la provincia de Formosa, seguido de CABA y Salta. Los casos de DEN-1 se identificaron en Formosa, Córdoba, CABA, Buenos Aires, Santa Fe y Tucumán.

Tabla 2. Dengue: Casos de dengue y casos con laboratorio positivo según jurisdicción SE1 a SE45/2024. Argentina.

| Jurisdicción | Confirmados totales | Confirmados por laboratorio | Notificaciones totales |
|---------------------|---------------------|-----------------------------|------------------------|
| Buenos Aires | 109772 | 32246 | 146433 |
| CABA | 25559 | 24559 | 56662 |
| Córdoba | 127746 | 10824 | 148370 |
| Entre Ríos | 19468 | 4734 | 24418 |
| Santa Fe | 61529 | 19365 | 73192 |
| Total Centro | 344.074 | 91.728 | 449.075 |
| Mendoza | 4807 | 1750 | 8954 |
| San Juan | 2168 | 673 | 3160 |
| San Luis | 3863 | 764 | 4488 |
| Total Cuyo | 10.838 | 3.187 | 16.602 |
| Chaco | 21614 | 15197 | 31426 |
| Corrientes | 10779 | 7285 | 15022 |
| Formosa | 10633 | 10500 | 23844 |
| Misiones | 16567 | 7463 | 21541 |
| Total NEA | 59.593 | 40.445 | 91.833 |
| Catamarca | 11077 | 6572 | 15428 |
| Jujuy | 14155 | 3864 | 19961 |
| La Rioja | 11936 | 1409 | 14642 |
| Salta | 24172 | 7455 | 34428 |
| Santiago del Estero | 18936 | 4127 | 24940 |
| Tucumán | 84139 | 28849 | 95644 |
| Total NOA | 164.415 | 52.276 | 205.043 |
| Chubut | 63 | 31 | 150 |
| La Pampa | 553 | 474 | 1450 |
| Neuquén | 178 | 128 | 378 |
| Río Negro | 99 | 24 | 156 |
| Santa Cruz | 226 | 128 | 498 |
| Tierra del Fuego | 161 | 117 | 268 |
| Total Sur | 1.280 | 902 | 2.900 |
| Total País | 580.200 | 188.538 | 765.453 |

Jurisdicciones SIN circulación viral

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

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE OTROS ARBOVIRUS

En el siguiente cuadro, se presentan la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2024-2025 (SE31 a SE45). La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue; durante el 2024 se han investigado hasta el momento 1214 casos y ninguno ha tenido resultado positivo. Así mismo, no se han detectado en la temporada casos confirmados de Chikungunya, Zika, Encefalitis de San Luis o Fiebre amarilla.

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivos para Otros arbovirus. SE31 a SE45/2024. Argentina.

| Evento | Fiebre Chikungunya | | Enfermedad por virus Zika | | Fiebre de Oropouche | | Encefalitis de San Luis | | Fiebre amarilla | |
|---------------------|--------------------|------------|---------------------------|------------|---------------------|------------|-------------------------|------------|-----------------|------------|
| | Posit | Estudiadas | Posit | Estudiadas | Posit | Estudiadas | Posit | Estudiadas | Posit | Estudiadas |
| Buenos Aires | 0 | 14 | 0 | 11 | 0 | 0 | 1 | 16 | 0 | 2 |
| CABA | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Córdoba | 0 | 12 | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 | 123 | 0 | 0 |
| Entre Ríos | 0 | 13 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 16 | 0 | 1 |
| Santa Fe | 0 | 51 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 |
| Total Centro | 0 | 94 | 0 | 20 | 0 | 2 | 6 | 159 | 0 | 4 |
| Mendoza | 0 | 32 | 0 | 27 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| San Juan | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| San Luis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| Total Cuyo | 0 | 32 | 0 | 27 | 0 | 3 | 0 | 5 | 0 | 0 |
| Chaco | 10 | 185 | 0 | 90 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Corrientes | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Formosa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Misiones | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total NEA | 10 | 192 | 0 | 90 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Catamarca | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jujuy | 0 | 13 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| La Rioja | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Salta | 0 | 117 | 0 | 79 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santiago del Estero | 0 | 10 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Tucumán | 0 | 1 | 0 | 5 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total NOA | 0 | 144 | 0 | 93 | 0 | 35 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Chubut | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| La Pampa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Neuquén | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Río Negro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santa Cruz | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tierra del Fuego | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total Sur | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total País | 10 | 462 | 0 | 230 | 0 | 44 | 6 | 167 | 0 | 5 |

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

Los 10 casos positivos de Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; un caso en la semana 35, dos en la SE37, uno en la 39, uno en la SE42 y uno en la 43 en distintos departamentos de la provincia. Cuatro de los probables se dieron en la SE40 y 42 en el departamento de Quitilipi.

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE SE 45/2024

Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis:

- Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 44 de 2024 se registraron 1.093.476 casos de ETI, 158.694 casos de Neumonía y 167.799 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un aumento de las notificaciones de ETI del 3,93% y una disminución de neumonías de 9,80% y de bronquiolitis 23,80%, respecto al mismo período del 2023.

Vigilancia de virus respiratorios priorizados en Unidades de Monitoreo Ambulatorio:

- Virus Influenza: en el momento actual y desde la SE31 se registra un ligero ascenso de casos de Influenza B. A lo largo del año se registraron casos durante todas las semanas y el mayor número se experimentó entre las SE21 y SE24 (máximo en SE23- 166 casos). El aumento estacional experimentado a partir de la SE16 y hasta la SE28 estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el mayor descenso de casos de Influenza A, aumenta la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En las SE 44 y 45 se notificaron 39 detecciones de influenza entre las 132 muestras estudiadas.
- VSR: aproximadamente el 75% de los casos se registraron entre las SE24 y SE34. Desde SE35, se registra un menor número de casos semanales, con 2 detecciones entre 90 muestras estudiadas en las últimas dos semanas.
- SARS-CoV-2: alrededor del 74% de los casos del período se registraron entre las SE01 y SE12. Posteriormente, las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, aunque con un ligero ascenso a partir de la SE34 y hasta la actualidad.

Vigilancia de virus respiratorios priorizados en pacientes internados:

- Durante la SE45/2024 se registraron 54 detecciones de SARS-CoV-2, 8 casos de influenza y 3 de VSR.
- Virus Influenza: Desde la SE31 se registra un menor número de casos, con un promedio de 60 casos semanales y detecciones tanto de Influenza A como B, aunque con predominio de influenza B desde la SE32 en adelante. Previamente, se había registrado un ascenso de las detecciones desde SE16, con el 82% de los casos del año concentrados entre las SE18 y SE30, fundamentalmente a expensas de Influenza A. Durante 2024, se notificaron 182 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.
- VSR: El 92% de los casos detectados hasta el momento durante 2024 se registran entre las SE20 y SE36, con el mayor número de detecciones entre las SE23 y SE30.
- SARS-CoV-2: alrededor del 59% de los casos del periodo analizado se concentran hasta el momento entre las SE1 y SE12. A partir de la SE13 y hasta la SE33 los casos detectados se mantuvieron por debajo de los 60 semanales. A partir de la SE34 se observa un mayor número de detecciones respecto a lo registrado en las semanas previas, con un promedio de 140 casos semanales en las últimas 5 semanas analizadas.

Vigilancia a través de la red de laboratorios de virus respiratorios

- **Influenza:** Si bien se detectaron casos durante todas las semanas del año, aproximadamente el 85% de lo reportado corresponde al periodo comprendido entre SE18 y SE30 (la tendencia al ascenso comenzó en la SE16 y el mayor número de detecciones se registró en SE23, con 2146 casos). En este período predominó el tipo A. Entre las SE31 y SE44 se registra un menor número de casos que en el período previo, pero con una estabilidad en torno a los 110 casos semanales en promedio y un cambio en el tipo identificado, correspondiente casi exclusivamente al tipo B (linaje Victoria), con un ligero ascenso de en las últimas semanas.
- **VSR:** a partir de la SE16 de 2024 se verifica un incremento de las notificaciones, con alrededor del 93% de los casos concentrados entre las SE20 y SE36. Si bien los casos presentan tendencia descendente, se registran más de 100 casos semanales hasta la SE39.
- **SARS-CoV-2:** el mayor número de detecciones hasta el momento se dio a comienzos del año, concentrándose el 85% de los casos entre las SE1 a SE12, con el periodo de mayor detección entre las SE03 y SE06 (promedio 7113 casos). Entre las SE17 y SE31 los casos se mantuvieron por debajo de 130 semanales. A partir de la SE32 se verifica un paulatino ascenso de las detecciones, con un máximo de 761 casos en la SE44.
- **Otros virus respiratorios:** en el momento actual se registra circulación de parainfluenza (tercero en frecuencia luego de SARS CoV-2 e influenza), y en menor medida metapneumovirus y adenovirus.

Vigilancia universal de COVID-19:

- Desde la SE29 se registra un ascenso paulatino de las detecciones semanales de SARS-CoV-2, aunque los casos permanecen en valores bajos. En la SE45 de 2024 se registraron 732 casos confirmados y 1 fallecimiento con este diagnóstico.¹⁵
- **Variantes de SARS CoV-2:** entre las SE5 y 12 de 2024, JN.1 se identificó en un 78,63% (n= 276), seguida de BA.2.86* en un 10,26% (n=36). En relación a las VUM, se registraron en ese periodo 9 detecciones de JN.1.7 (2,56%) (*Indica la inclusión de linajes descendientes).¹⁶

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

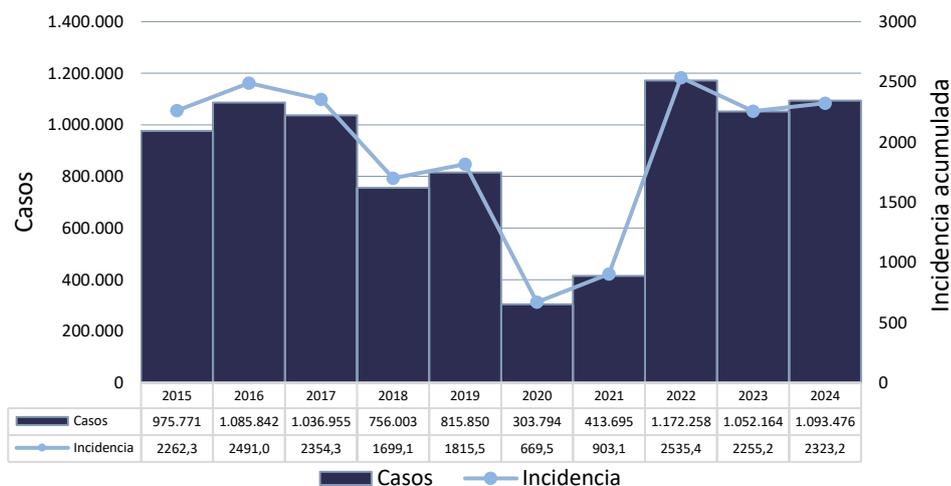
Entre las SE 1 y 44 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.093.476 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2323,2 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en el período 2015-2024, se observa que el número de notificaciones de ETI correspondiente a las SE1-44 de 2024 es menor respecto del año 2022 (cuando se registraron un total de 1.172.258 casos), y mayor en comparación con los restantes años históricos analizados.

¹⁵ Como parámetro temporal, para los casos confirmados de COVID-19 se considera la fecha de inicio del caso construida a partir de 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.

¹⁶ La información de vigilancia genómica de SARS-CoV-2 fue actualizada el 6 de noviembre de 2024.

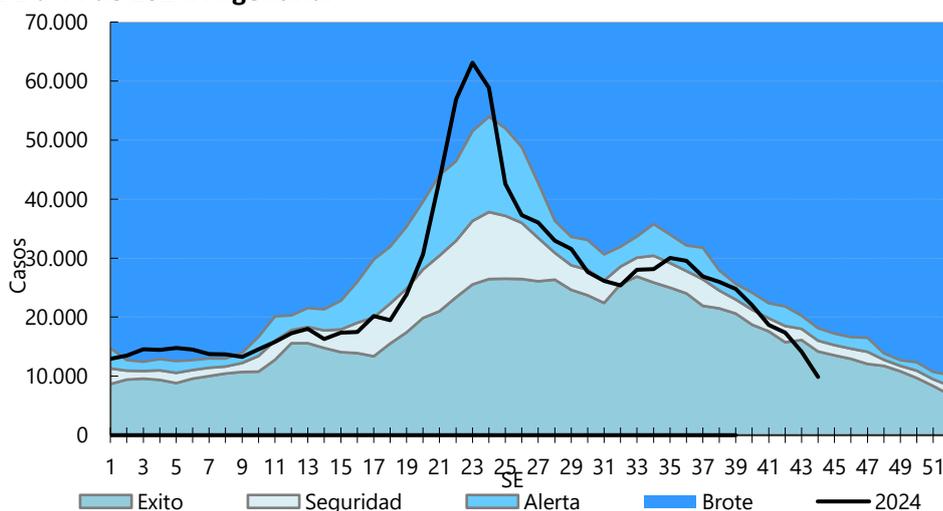
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE44. Total país.



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

Respecto a los registros históricos, las notificaciones de ETI registradas en el SNVS presentan un ascenso en las primeras semanas de 2024, que alcanza niveles de brote entre SE2 y 8. Posteriormente descienden, se ubican en niveles de seguridad y permanecen entre esta zona y los niveles de alerta hasta la SE21, con tendencia ascendente el número de notificaciones semanales desde SE10, más pronunciada desde SE19. Entre SE22 y 24 los registros alcanzan el nivel de brote, con máximo en SE23 y tendencia descendente posterior. Entre las SE33 y 35 se verifica un ligero ascenso que vuelve a alcanzar la zona de seguridad y alerta (entre SE35 y 40) y luego los casos descienden, permaneciendo en los niveles esperados desde la SE43.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023¹⁷. SE 1 a 44 de 2024. 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

¹⁷ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

NEUMONÍA

Entre las SE 1 y 44 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 158.694 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 337,2 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías entre las SE1 a 44 del período 2015-2024, se observa que los años con el mayor número de casos fueron 2016 y 2015. Entre los años 2016 a 2018 se verifica que las notificaciones de neumonía muestran tendencia descendente, con un incremento en 2019 y un nuevo descenso en 2020. Entre los años 2021 y 2023 los casos vuelven a ascender. Para el año en curso, las notificaciones superan a las registradas para el período 2018-2021, mientras se encuentran en valores más bajos respecto a los restantes años analizados.

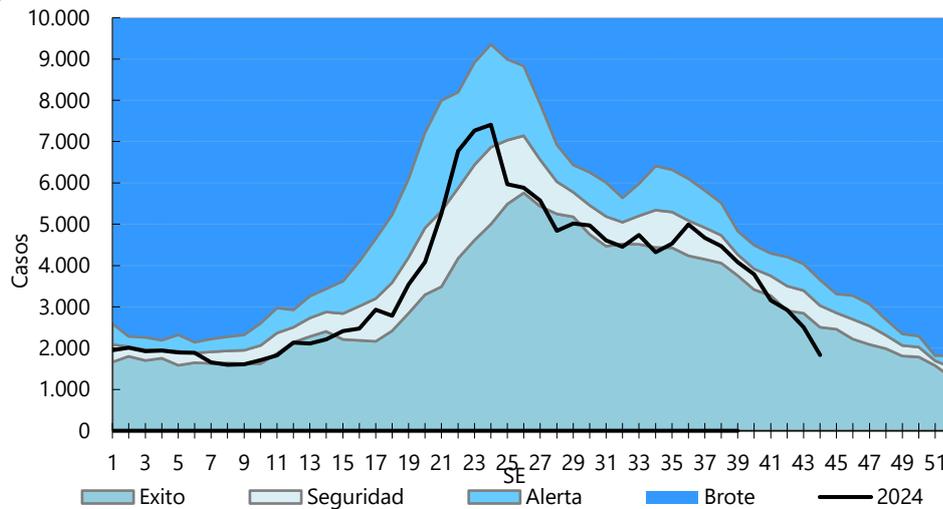
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE44. Total país.¹⁸



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}

Las notificaciones de neumonía se ubican en entre la zona de seguridad y alerta en las SE 1-7 de 2024, oscilando desde SE8 entre los niveles esperados y de seguridad. A partir de SE10 se registra tendencia ligeramente ascendente de las notificaciones semanales de neumonías, que se acelera en SE19 y alcanza niveles de alerta entre SE22 y 24, con un descenso posterior. Si bien a partir de la SE27 las notificaciones oscilan entre niveles de éxito y seguridad, entre las SE35-37 se registra un ligero nuevo ascenso de las neumonías que luego descienden y se ubican en niveles esperados desde SE43.

¹⁸ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 de 2022. A partir de la SE23/2022 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRA 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 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.¹⁹ SE 1 a 44 de 2024. Argentina.

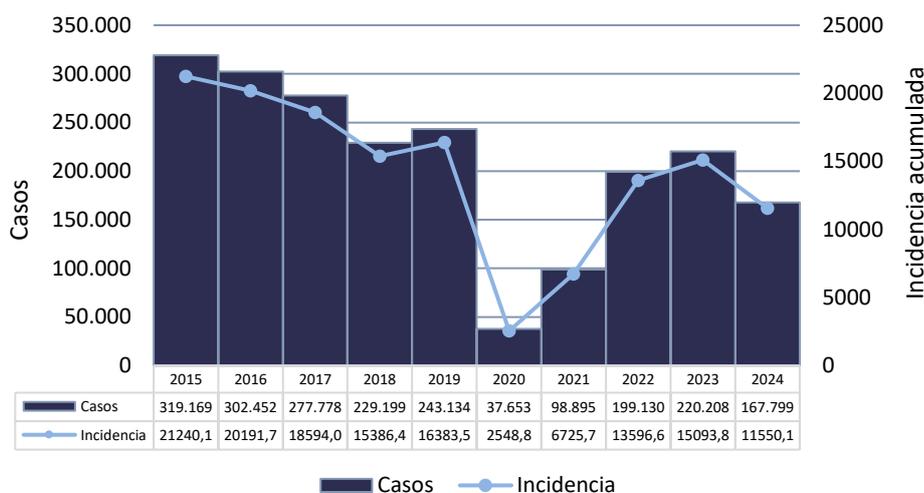
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

BRONQUIOLITIS

Entre las SE 1 y 44 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 167.799 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 11550,1 casos/100.000 habitantes.

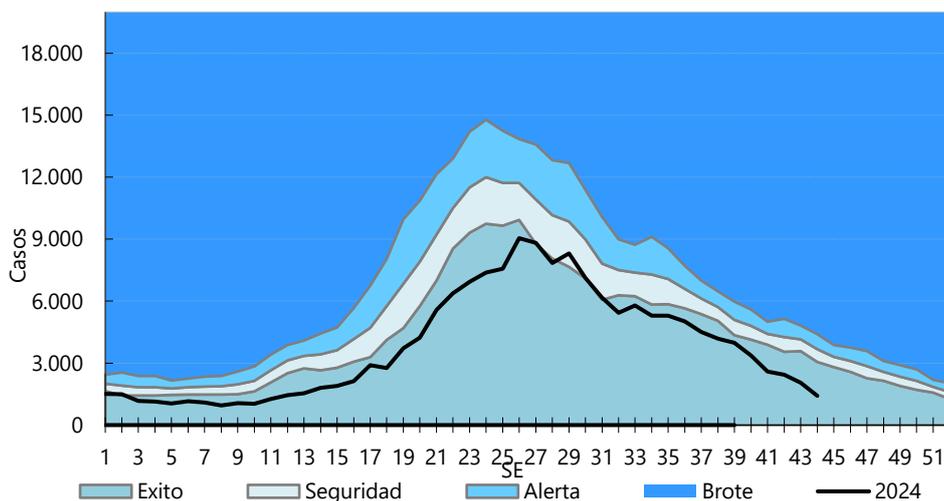
El número de notificaciones de bronquiolitis en los nueve años previos (2015-2023) muestra que el año con mayor número de casos entre SE1-44 fue 2015, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019, con un nuevo descenso y valores inusualmente bajos en 2020 y 2021. Para los años 2022 y 2023 se registra un aumento de las notificaciones de bronquiolitis. En el corriente año 2024 se observa que las notificaciones son menores respecto a registros históricos, superando únicamente las notificaciones de 2020 y 2021.

¹⁹ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE44. Total país²⁰.

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

En las primeras 2 SE del año las notificaciones de bronquiolitis en menores de 2 años oscilaron entre la zona de éxito y seguridad, ubicándose posteriormente dentro de los límites esperados, en relación a los registros históricos. Las notificaciones presentan tendencia ascendente desde la SE11 y alcanzan su máximo en SE26, con descenso posterior. Entre las SE27 y 31, si bien se observa tendencia descendente en el número de notificaciones semanales, los casos de bronquiolitis oscilan entre niveles de seguridad y éxito, permaneciendo en las semanas siguientes en niveles esperados.

Gráfico 6: Bronquiolitis: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.²¹ SE 1 a 44 de 2024. 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

²⁰ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 de 2022. A partir de la SE23/2022 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.

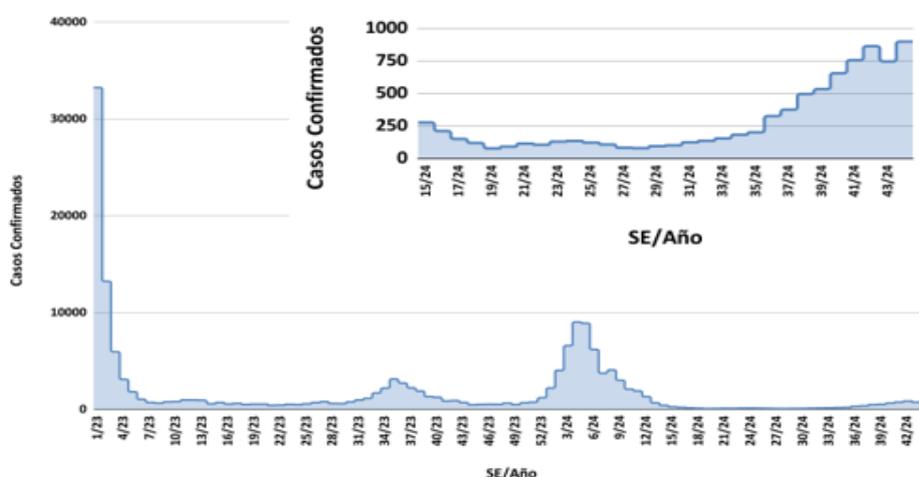
²¹ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022

COVID-19²²

Si bien el número de casos confirmados de COVID-19 por semana epidemiológica durante el año 2023 y en lo que va de 2024 es menor en comparación con años previos, se observó un ascenso de las detecciones de SARS-CoV-2 entre SE 52/2023 y SE4/2024, con tendencia descendente de las notificaciones en las siguientes semanas epidemiológicas.

En las últimas semanas, desde la SE29, se registra un ascenso de las detecciones semanales de COVID-19, aunque los casos permanecen en niveles bajos.

Gráfico 7: COVID-19: Casos confirmados y fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 45/2024. Argentina.

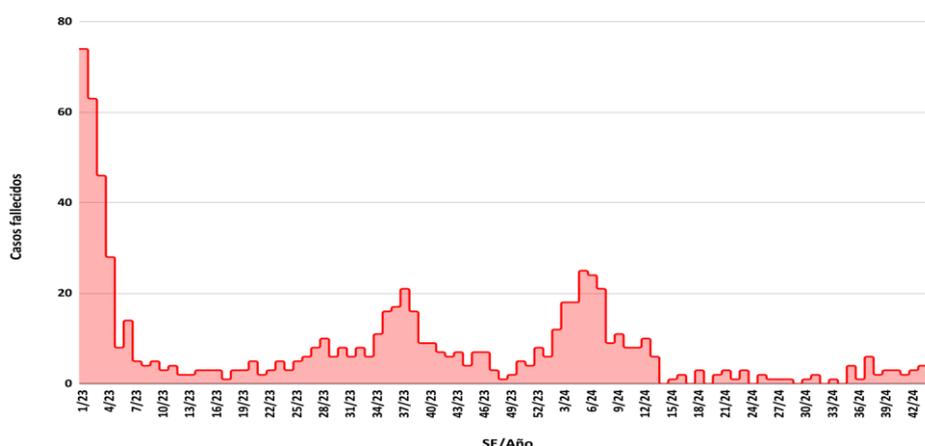


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS^{2.0}.

Respecto a los fallecimientos, se observó en las primeras semanas de 2024 un ligero aumento en las notificaciones en el SNVS 2.0 en concordancia con el ascenso de casos registrado, que alcanzó su máximo en la SE5 de 2024 y posteriormente presentó una tendencia descendente. Durante la SE45/2024, se registra 1 persona fallecida con diagnóstico de COVID-19²³.

²² Datos sujetos a modificación debido a una metodología de análisis diferencial por inconvenientes en el procesamiento automatizado de los datos aportados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

²³ De acuerdo a la estrategia de vigilancia epidemiológica vigente, para el análisis de fallecimientos por COVID-19 se consideran los casos en los que se registre tanto el fallecimiento, así como el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 por las técnicas de laboratorio disponibles en alguno de los eventos para la notificación de IRAs en el SNVS.

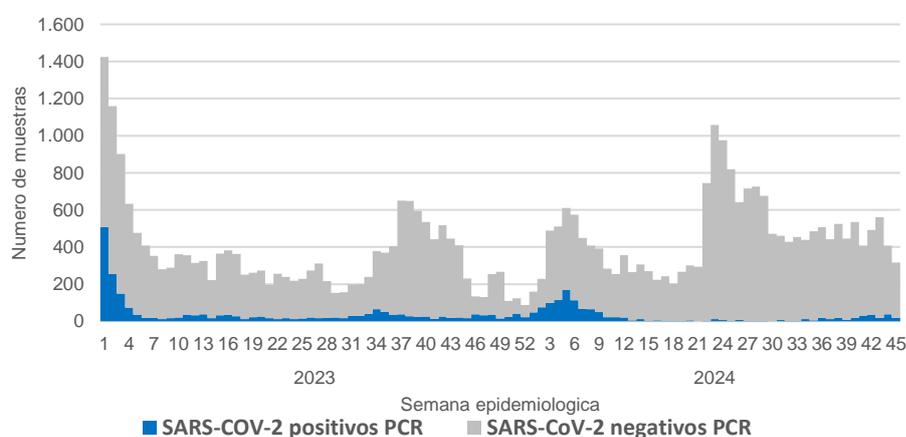
Gráfico 8: COVID-19: Casos fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 45/2024. Argentina.

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

VIGILANCIA DE COVID-19, INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EN UNIDADES DE MONITOREO DE PACIENTES AMBULATORIOS (UMAS)

Desde el inicio del año 2024 hasta la SE45, se registraron en el SNVS2.0, en el evento “Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios”, un total de 20.813 muestras estudiadas por rt-PCR para SARS-COV-2, de las cuales 1176 fueron positivas. Esto representa un ascenso de 16,25% respecto a las muestras estudiadas registradas para el mismo periodo de 2023, aunque con un descenso de 41,23% en las detecciones. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 5,65%.

Entre las SE1 y 5 de 2024, se observó un ascenso tanto en las muestras estudiadas como en las detecciones de SARS-CoV-2 en UMA por técnica molecular, con un descenso posterior. Alrededor del 74% de los casos en UMA de 2024 fueron detectados durante primeras 12 SE del año. Desde la SE13 y hasta la actualidad las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, aunque con un ligero ascenso de casos registrado a partir de la SE34. En la SE45/2024, se notificaron 18 casos positivos entre las 317 muestras analizadas por PCR para este agente etiológico.

Gráfico 9. Muestras positivas y negativas para SARS-COV-2 por técnica PCR, por SE. SE1/2023 a SE45/2024. Estrategia UMA. Argentina.

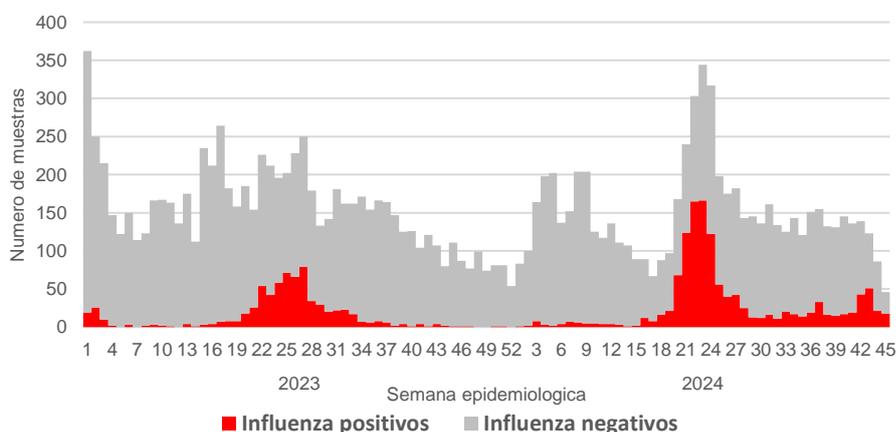
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

Además, desde el inicio de 2024 se estudiaron un total de 6.749 muestras para influenza, de las cuales 1277 resultaron positivas. Si bien las muestras estudiadas para este agente en esta estrategia registran un descenso de aproximadamente el 11,67% en 2024 respecto al mismo período de 2023, se verifica un 80,37% más detecciones de influenza, lo que evidencia la mayor circulación durante el año en curso en el período analizado. La positividad acumulada durante 2024 es de 18,92% para este virus en UMA.

Aun cuando a lo largo del año se registraron casos de influenza en UMA durante todas las semanas, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24 (máximo en SE23- 166 casos). Este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria.

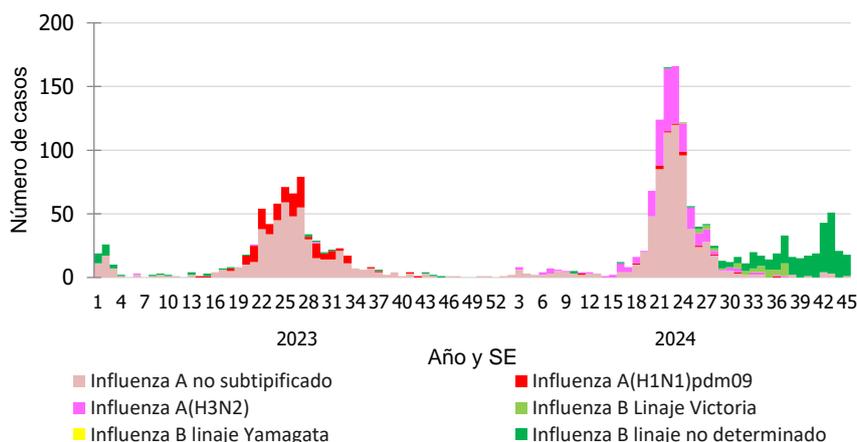
En las SE 44 y 45 se notificaron 39 detecciones de influenza entre las 132 muestras estudiadas.

Gráfico 10. Muestras positivas y negativas para influenza, por SE. SE1/2023 a SE45/2024. Estrategia UMA. Argentina.



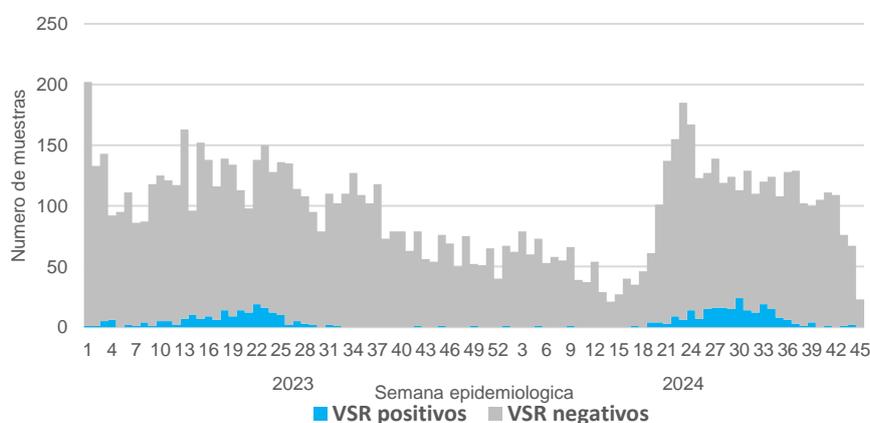
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

En relación con las detecciones de virus influenza desde SE1/2024 (n= 1277), la mayoría correspondieron a Influenza A (n= 948, 74,24%), mientras que Influenza B se identificó en los 329 casos restantes. Respecto de los virus Influenza A, 271 muestras cuentan con subtipificación, detectándose predominantemente Influenza A (H3N2) (n= 257) y algunos casos de Influenza A (H1N1) pdm09 (n= 14). Entre los casos de influenza B detectados en la estrategia UMA en el periodo analizado, 45 fueron identificados como Influenza B Victoria, el resto correspondieron a Influenza B sin identificación de linaje.

Gráfico 11. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica – SE1/2023 a SE45/2024. Estrategia UMA. 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}.

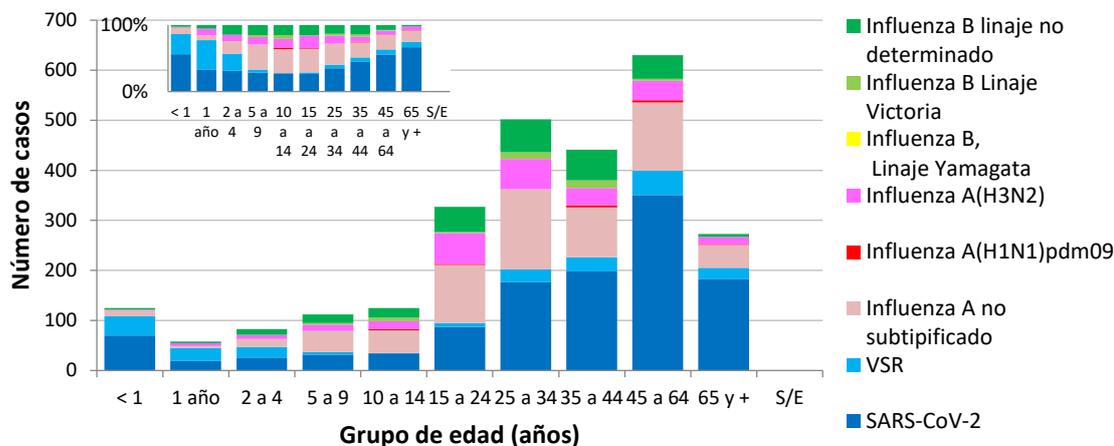
En cuanto a VSR, se registraron 3.993 muestras estudiadas en lo que va de 2024, con un total de 223 positivos para VSR durante 2024 en UMAS y una positividad acumulada de 5,58%. Se verifica un ascenso de las detecciones de VSR a partir de la SE19, con aproximadamente el 75% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En las dos últimas semanas analizadas (SE44 y 45), se notificaron 2 casos de VSR entre las 90 muestras estudiadas.

Gráfico 12. Muestras positivas y negativas para VSR por SE. SE1/2023 a SE45/2024. Estrategia UMA. 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 relación a la distribución por grupos de edad, los casos de influenza acumulados desde inicio de 2024 en UMA corresponden a todos los grupos, con el mayor número de casos en el grupo de 25 a 34 años, seguido por los grupos 15 a 24, 45 a 64 y 35 a 44 años. Además, se verifican detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, predominando en los adultos y adultos mayores. En relación a los casos de VSR, la mayor parte de las detecciones corresponden al grupo de 45 a 64 años y a menores de 1 año.

Gráfico 13. Distribución absoluta y relativa de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE45/2024. Estrategia UMA. 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 SARS COV-2, INFLUENZA Y VSR EN PERSONAS INTERNADAS

Entre SE01 y SE45 de 2024, en términos acumulados, se notificaron 5916 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. **Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 15,01% menos casos.**

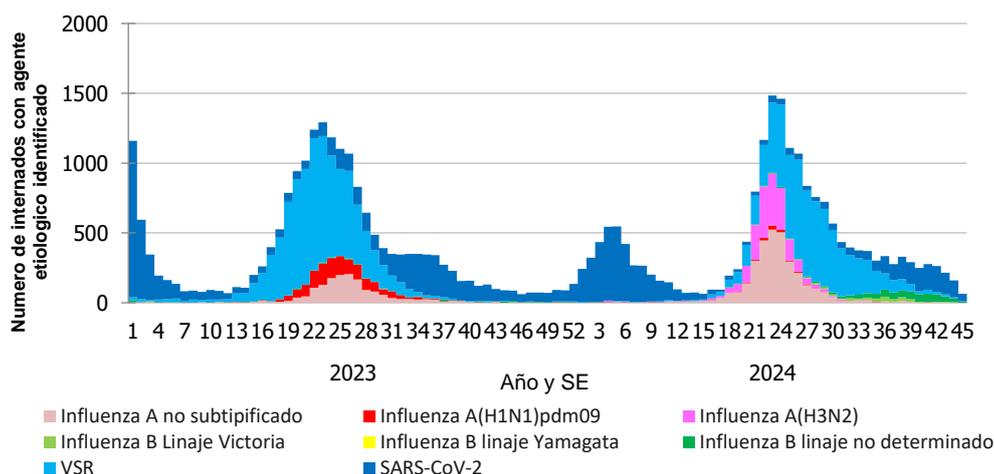
Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia ascendente entre las SE52/2023 y SE5/2024, descendiendo de manera sostenida desde esa semana hasta la SE12. Se destaca que en las primeras 12 semanas de año se concentró el 59% de los casos registrados en lo que va de 2024. A partir de la SE13 y hasta la SE33 los casos detectados se mantuvieron por debajo de los 60 semanales (mínimo de 19 en SE17 y máximo de 57 en SE33). Desde la SE34 se observa un mayor número de detecciones respecto a lo registrado en las semanas previas, con un promedio de 140 casos semanales en las últimas 5 semanas analizadas (54 casos notificados en hospitalizados para la SE45).

Adicionalmente, en lo que va de 2024, se registraron 6105 detecciones positivas para virus **influenza** en internados. Esto representa un ascenso del 100,76% respecto de las notificaciones registradas para el mismo período de 2023.

A partir de la SE16 se registra un incremento de las detecciones semanales de influenza en hospitalizados, que alcanzan su máximo en SE23 (con 934 casos) y posteriormente descienden. El 82% de los casos notificados en el año se concentraron entre las SE18 y SE30, fundamentalmente a expensas de Influenza A/H3N2. Desde la SE31 se registra un menor número de casos, con un promedio de 60 casos semanales y detecciones tanto de Influenza A como B, aunque con predominio de influenza B desde la SE32 en adelante. En la SE45/2024 se registraron 8 casos de influenza en personas hospitalizadas.

Respecto a **VSR**, desde SE1/2024 a SE45/2024 se notificaron 7201 casos hospitalizados positivos para VSR, con un **descenso del 20,80% respecto a las notificaciones del mismo periodo del año previo**. A partir de la SE16 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, que alcanza su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. El 92% de los casos de VSR durante 2024 fueron identificados entre las SE20 y 36, con el mayor número de detecciones entre las SE23 y SE30. En la última semana analizada (SE45), se registraron 3 casos de VSR en hospitalizados.

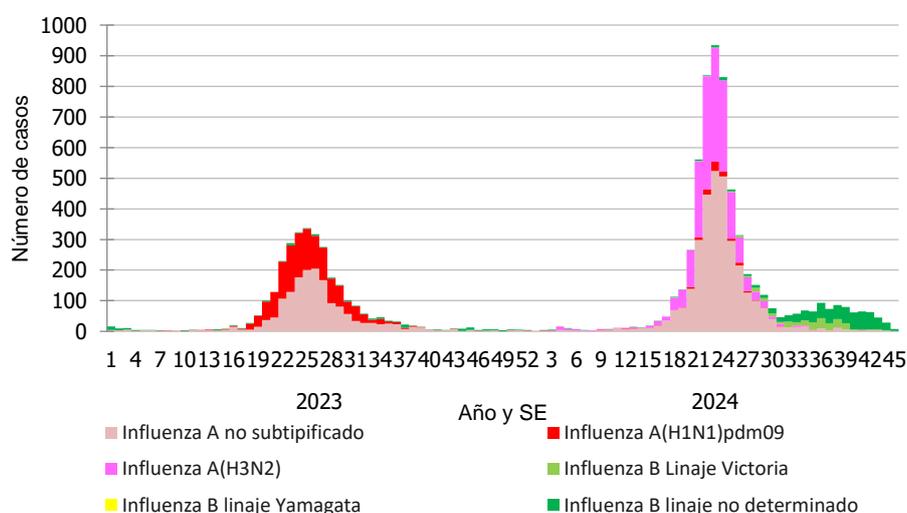
Gráfico 14. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2023 a SE45/2024. Argentina.



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}.

Para el año 2024, entre las 6105 detecciones de influenza, 5207 fueron influenza A (85,29%) y 898 influenza B (14,71%). Respecto de los virus Influenza A, 2057 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales la mayoría correspondieron a **influenza A (H3N2) (n= 1938, 94,21%)**, mientras que las 119 muestras restantes fueron identificadas como influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 242 muestras fueron identificadas como Influenza B Victoria, en tanto que las demás muestras permanecen como Influenza B sin linaje.

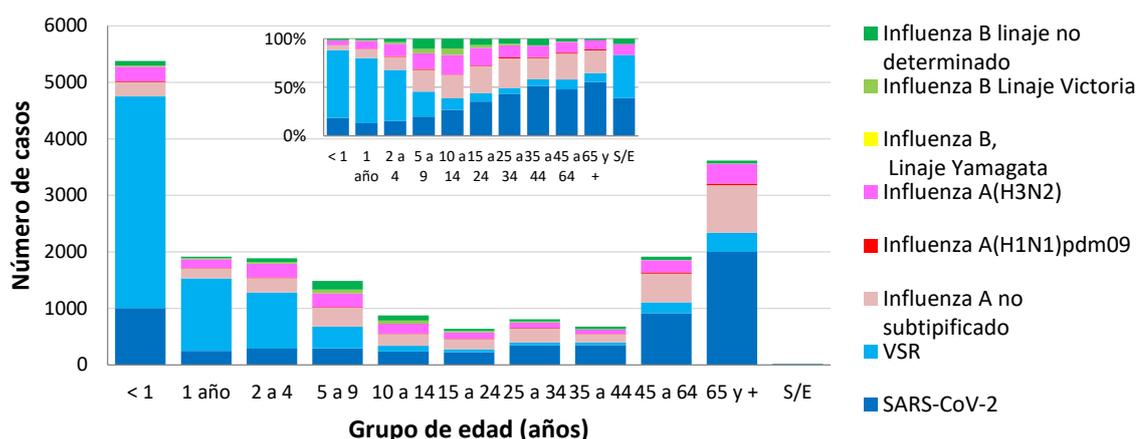
Gráfico 15. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE1/2023 a SE45/2024. Argentina.



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}.

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde inicio de año 2024 el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en personas de 65 años y más, de 5 a 9 años y en el grupo de 45 a 64 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, menores de 1 año y personas de 45 a 64 años.

Gráfico 16. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2024 a SE45/2024.



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 la fecha de elaboración de este informe, entre las SE 01-45 del año 2024, se notificaron al SNVS 2.0 182 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.²⁴

VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS - RED DE LABORATORIOS

En el momento actual y desde la SE32, se verifica un paulatino incremento de los casos de SARS-CoV-2. Influenza presentó un ascenso pronunciado de las notificaciones desde SE16, con predominio de influenza A, que alcanzó su máximo en SE23 y luego descendió, observándose concomitantemente un paulatino aumento de las detecciones de influenza B en las últimas semanas. Respecto a VSR, se registró un ascenso desde la SE16, que alcanzó su máximo en SE26.

Si bien el número de casos de SARS-CoV-2 por SE en lo que va de 2024 es menor en comparación con años previos, se observó un ascenso de las detecciones durante las primeras semanas del año, con el 85% de los casos registrados en el año concentrados entre las SE1 a SE12. Durante ese aumento de casos, el periodo de mayor detección se dio entre las SE03 y SE06, con un promedio de 7113 casos y un máximo de 8460 en la SE04. Posteriormente, se registró un descenso de las detecciones, que se mantuvieron por debajo de los 130 casos semanales entre las SE17 y SE31 (mínimo de 70 en la SE19 y un máximo de 125 en la SE24). A partir de la SE32 y hasta la última semana analizada, las detecciones de SARS-CoV-2 presentan un paulatino ascenso, con un máximo de 761 casos en la SE44.

Para el año 2024, se destaca un ascenso pronunciado de las notificaciones de influenza desde SE16 a 23 (máximo de 2146 casos), registrándose predominantemente casos de influenza A sin subtipificar/A H3N2, con un menor número de detecciones semanales en las siguientes semanas. Si

²⁴ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

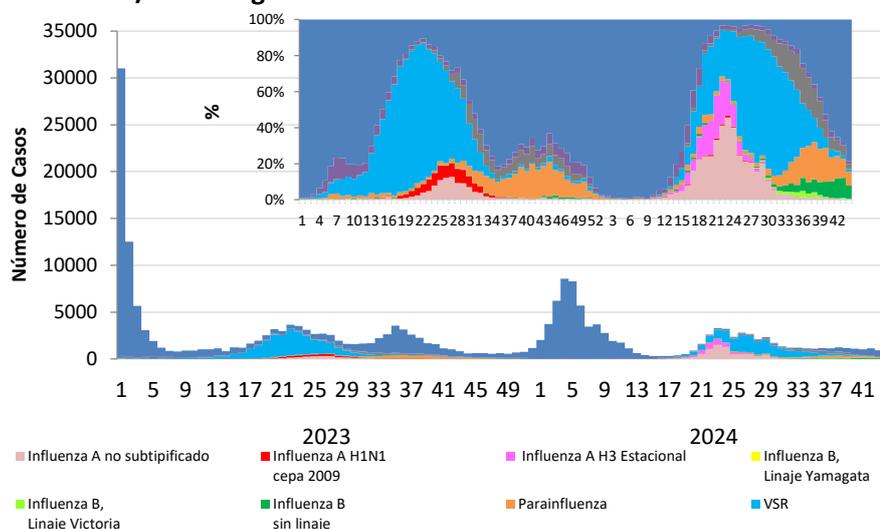
bien se detectaron casos durante todas las semanas del año, aproximadamente el 85% de lo reportado corresponde al periodo comprendido entre SE18 y SE30. Entre las SE31 y SE44 se registra un menor número de casos que en el período previo, pero con una estabilidad en torno a los 110 casos semanales en promedio y un cambio en el tipo identificado, correspondiente predominantemente al tipo B (linaje Victoria), que presenta tendencia ascendente en las últimas semanas.

En relación a los casos de VSR, a partir de la SE16 de 2024 se verifica un incremento de las notificaciones, que alcanzan su máximo en SE26 (1774 casos). Se destaca que alrededor del 93% de las detecciones se concentran entre las SE20 y SE36. Luego del máximo alcanzado en SE26, los casos presentan tendencia descendente, aunque permanecen por encima de los 100 casos semanales hasta la SE39.

Respecto a otros virus respiratorios, además de SARS-CoV-2, VSR e influenza, durante todas las semanas del año 2023 se registró circulación de parainfluenza y adenovirus, con algunas detecciones positivas para metapneumovirus (principalmente a partir de SE15).

En la SE44 de 2024 se verifica circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: parainfluenza, metapneumovirus y adenovirus. Desde la SE23 se registra un ascenso de las detecciones de metapneumovirus, que alcanzó su máximo en SE36. Además, en las últimas semanas, un incremento de los casos de parainfluenza.

Gráfico 17. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2023 a SE44/2024. Argentina.

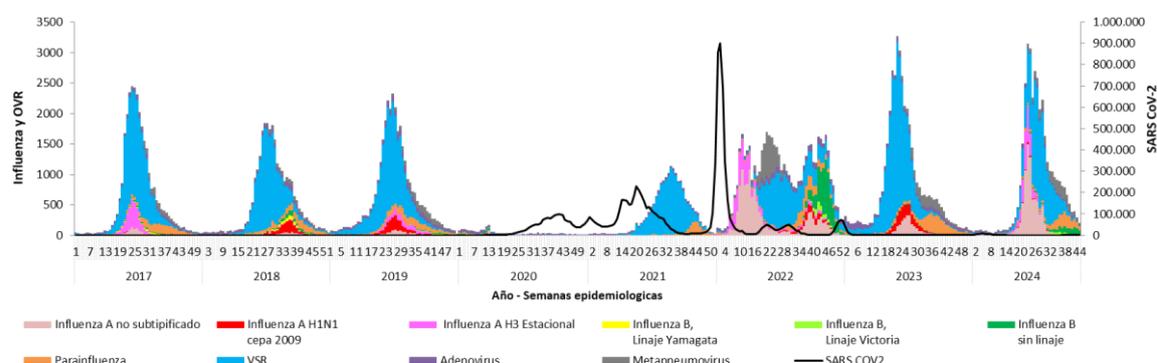


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana 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. Durante el año 2022 se ha registrado un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de Influenza con un ascenso entre las SE3-14 y SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A (H1N1) e Influenza B; así como también por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente de metapneumovirus para el cual se registró una elevada frecuencia absoluta y relativa entre las semanas 16 y hasta la 26.

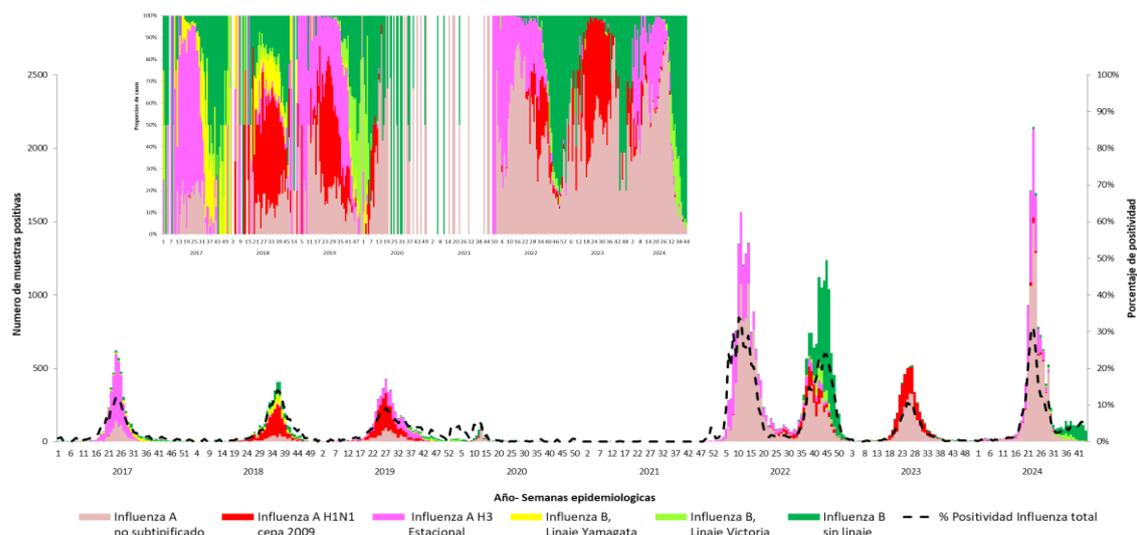
Durante el año 2023, el VSR presentó una actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22. El número de detecciones positivas para parainfluenza fue mayor al de todos los años históricos del periodo analizado, con un comportamiento estacional similar al registrado para los años 2017 y 2018. Los casos positivos para adenovirus se identificaron durante todas las semanas del año 2023, con el mayor número de casos notificado en la SE5 -a diferencia del pico de casos entre las SE30 y 37 para los años 2017-2019- y una tendencia descendente de las detecciones semanales durante todo el 2023 luego del mayor número de muestras positivas observadas durante 2022. En cuanto a metapneumovirus, se verificó un descenso de las notificaciones en 2023 respecto a las muestras positivas del año 2022, con un 43,32% menos detecciones en el 2023 y un comportamiento estacional similar al observado en el período 2017-2019. En relación a influenza, durante el año 2023 se observó un ascenso de casos entre las SE18-27 de 2023, similar a lo registrado para los años 2017 y 2019.

Gráfico 18. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE44/2024. 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}.

Gráfico 19. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE44/2024. Argentina.



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

VARIANTES DE SARS-COV-2

Situación mundial

A nivel mundial, durante el periodo de 28 días comprendido entre el 16 de septiembre y el 13 de octubre de 2024, se compartieron 24.694 secuencias de SARS-CoV-2 a través de GISAID. En comparación, en los dos períodos anteriores de 28 días, se compartieron 39.101 y 46.631 secuencias, respectivamente.²⁵

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) designa 2 variantes de interés (VOI), BA.2.86 y JN.1. Además, fueron designadas 7 variantes bajo monitoreo (VUM): JN.1.7, JN.1.18, KP.2, KP.3, KP.3.1.1, LB.1 and XEC^{26,27}.

A nivel mundial, JN.1 es la VOI más reportada (actualmente informada por 144 países), representando el 12.2% de las secuencias en la semana 41 y habiendo disminuido desde una prevalencia del 17,2% en la semana 38. Su linaje parental, BA.2.86, sigue mostrando una prevalencia muy baja, representando entre el 0,1% y el 0,2% de las secuencias cada semana entre la semana 38 y la semana 41.

La última evaluación de riesgo de JN.1 se publicó el 15 de abril de 2024, con una evaluación general de bajo riesgo para la salud pública a nivel mundial basada en la evidencia disponible.

Las siete variantes bajo monitoreo enumeradas son todos linajes descendientes de JN.1.

KP.3.1.1 y XEC (una VUM recientemente incluida en la lista) muestran una prevalencia creciente a escala mundial, aunque a ritmos diferentes, mientras que todas las demás están disminuyendo.

La dinámica de KP.3.1.1 y XEC muestra notables diferencias regionales en aquellas regiones con datos suficientes. Entre las semanas 38 y 41, KP.3.1.1 experimentó un fuerte crecimiento en las Américas y el Pacífico Occidental, y una leve disminución en la región europea. En relación a XEC, tuvo aumento en tres regiones: región de las Américas, Europa y Pacífico Occidental.

Las tasas decrecientes de pruebas y secuenciación a nivel mundial hacen que sea cada vez más difícil estimar el impacto de la gravedad de las variantes emergentes del SARS-CoV-2. Actualmente no se han reportado datos de laboratorio o informes epidemiológicos que indiquen cualquier asociación entre VOI/VUM y una mayor gravedad de la enfermedad.

Situación nacional

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, se verifica un predominio de las variantes JN.1* y BA.2.86*.

Entre las SE5 y 12 de 2024, se notificaron al SNVS 351 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales JN.1 se identificó en un 78,63% (n= 276), seguida de BA.2.86* en un 10,26% (n=36). En relación a las VUM, en ese periodo se registraron 9 detecciones de JN.1.7

²⁵ COVID-19 epidemiological update – 6 de noviembre de 2024. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

²⁶ OMS- Tracking SARS-CoV-2 variants-. <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

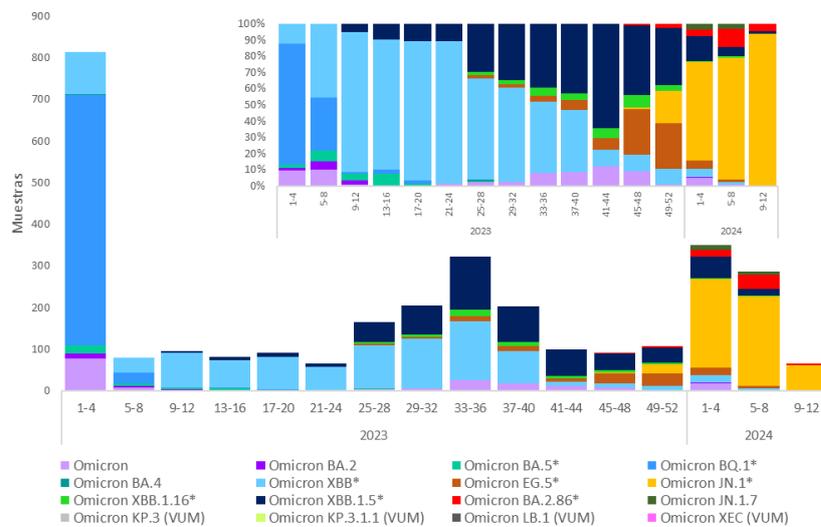
²⁷ Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for-sars-cov-2-variants>

(2,56% de las muestras) (*Indica la inclusión de linajes descendientes)^{28,29}

En total, al 6 de noviembre de 2024 en Argentina se detectaron 568 casos de la variante JN.1* y 59 casos confirmados de la variante BA.2.86*. Además, respecto a las VUM, se notificaron 22 detecciones de JN.1.7, 2 de KP.3.1.1, 1 de KP.3, 1 de LB.1 y 1 de XEC.

Los casos fueron detectados a partir del trabajo conjunto de la Red Nacional de Virus Respiratorios coordinada por el Laboratorio Nacional de Referencia de Virosis Respiratorias INEI-ANLIS, la Red Federal de Genómica y Bioinformática y por el Laboratorio de Salud Pública, Área Genómica y diagnóstico Molecular de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata.

Gráfico 20: Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrisesmanas. SE01/2023- SE12/2024.Total país³⁰.



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

²⁸ Se debe considerar que a partir del 11 de agosto de 2023, se incorpora la notificación de las Variantes de Interés XBB.1.5*, XBB.1.16* y EG.5* al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS2.0.

²⁹ Información nacional actualizada el 6 de noviembre de 2024

³⁰ Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

Notificación de Variantes de Interés al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS2.0

Las 2 variantes de interés (VOI) actualmente reconocidas como tales por la Organización Mundial de la Salud se encuentran incorporadas las categorías en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, dentro del listado de resultados de laboratorio en el Evento “Vigilancia genómica de SARS-CoV-2”:

- Omicron BA.2.86*
- Omicron JN.1*

Además, se incorporaron las 7 variantes bajo monitoreo (VUM) para su notificación en el evento:

- Omicron JN.1.7 (VUM)
- Omicron KP.2 (VUM)
- Omicron KP.3 (VUM)
- Omicron KP.3.1.1 (VUM)
- Omicron JN.1.18 (VUM)
- Omicron LB.1 (VUM)
- Omicron XEC (VUM)

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS³¹

Situación Regional: La actividad de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) ha mostrado una tendencia general a la baja en las últimas semanas, excepto en América del Norte, donde se ha observado un ligero aumento en los casos de ETI.

La actividad de SARS-CoV-2 continúa siendo elevada en América del Norte y se encuentra en ascenso en Brasil y el Cono Sur. La influenza ha mostrado una disminución generalizada, aunque persisten fluctuaciones en algunos países del Caribe y un ligero aumento en países de la subregión Andina y el Cono Sur. La actividad del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) se mantiene alta en algunos países de América Central, con una tendencia ascendente en algunos países del Caribe y América del Norte.

América del Norte: Los casos de ETI, IRAG y las hospitalizaciones asociadas a virus respiratorios se han mantenido en niveles bajos en las cuatro últimas SE. La actividad de la influenza ha mostrado un ligero incremento aunque se ha mantenido por debajo del umbral epidémico en todos los países. Durante este periodo, los virus de influenza predominantes han sido del tipo A(H3N2) y A(H1N1)pdm09. La actividad del VRS ha permanecido en niveles bajos, aunque mostrando un ligero incremento en algunos países. En contraste, la actividad del SARS-CoV-2, tras alcanzar niveles similares a los máximos observados en la ola previa 2023-2024, ha mostrado un descenso.

Por países: En Canadá, la actividad del SARS-CoV-2 se mantiene en niveles elevados en comparación con olas previas, aunque con una tendencia decreciente. La actividad de la influenza sigue por debajo del umbral epidémico, mientras que la actividad del VRS se mantiene en niveles bajos, con un ligero

³¹ Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

ascenso. En México, los casos de ETI e IRAG han continuado en descenso durante las últimas cuatro SE, manteniéndose en niveles epidémicos. La mayoría de los casos positivos se atribuyen a SARS-CoV-2, que muestra una tendencia descendente, seguido por influenza. La actividad del VRS sigue en niveles bajos, aunque con un ligero aumento. En Estados Unidos, la tasa de hospitalizaciones asociadas a SARS-CoV-2 por cada 100,000 habitantes ha disminuido en las últimas cuatro semanas. Los niveles de positividad para SARS-CoV-2, tras alcanzar valores similares a los picos observados en la temporada 2023-2024, han mostrado una tendencia descendente en las últimas cuatro SE, situándose en niveles bajos. La actividad de la influenza y del VRS se mantiene en niveles bajos, aunque con un leve incremento. Los casos de ETI, aunque en niveles bajos, han mostrado una tendencia creciente en las últimas cuatro SE.

Caribe: Los casos de ETI se han mantenido en niveles bajos en las últimas cuatro semanas, aunque con un aumento en la proporción de casos positivos para VRS. Los casos de IRAG se han mantenido en niveles bajos. La actividad de influenza permanece fluctuante en niveles bajos, predominando los subtipos A(H3N2) y A(H1N1)pdm09. La actividad de VRS ha mostrado un pronunciado aumento en varios países en las cuatro últimas SE. La actividad de SARS-CoV-2 continúa en niveles bajos y con tendencia decreciente.

Por países: En las últimas cuatro SE, se ha observado actividad de influenza en Belice, Jamaica y Guyana. Asimismo, se ha registrado actividad de SARS-CoV-2 en Haití, Barbados y San Vicente y las Granadinas. Adicionalmente, se ha detectado actividad de VRS en República Dominicana, Barbados, Islas Caimán, Guyana y San Vicente y las Granadinas. En Jamaica, se ha detectado un incremento en los casos de IRAG, superando el umbral epidémico. Los casos de neumonía se encuentran en niveles moderados. Durante las cuatro últimas SE, se ha observado un aumento en la actividad de influenza, que ha superado el umbral epidémico. En Guyana, los casos de IRAG se han mantenido estables en las cuatro últimas SE, con un aumento en la proporción de casos positivos a VRS.

Centroamérica: Se ha observado un descenso en la actividad de ETI e IRAG en las últimas cuatro SE, sin embargo la proporción de casos de ETI e IRAG atribuible a VRS ha mostrado un marcado ascenso. La actividad de influenza se mantiene en niveles bajos, por debajo del umbral epidémico en la mayoría de los países. Durante este periodo, los virus de influenza predominantes han sido del tipo B/Victoria. La actividad de VRS se mantiene elevada, alcanzando niveles similares a los máximos registrados en temporadas previas. La actividad de SARS-CoV-2 se ha mantenido en niveles bajos.

Por países: En Costa Rica, se ha observado un repunte en los casos de ETI e IRAG en las últimas cuatro SE, con niveles extraordinarios de IRAG. La mayoría de los casos positivos son atribuibles a VRS y, en menor medida, influenza y a SARS-CoV-2. La actividad de SARS-CoV-2 e influenza se encuentra en niveles bajos. La actividad de VRS ha mostrado un marcado aumento, situándose en niveles altos. En El Salvador, la circulación de influenza se mantiene fluctuante en torno al umbral epidémico. La actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos. La actividad de VRS también se mantiene en niveles bajos, aunque con una tendencia ascendente. En Guatemala, se ha observado un incremento en los casos de ETI por cada 1,000 consultas, alcanzando niveles epidémicos. Sin embargo, los casos positivos de ETI e IRAG han mostrado un descenso durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas, con la mayor proporción de casos positivos de ETI atribuibles a influenza y de IRAG a VRS. En Honduras, la actividad de IRAG se ha mantenido en niveles epidémicos durante las últimas cuatro SE. Los casos positivos están en descenso, siendo mayoritariamente atribuibles a influenza, que fluctúa en niveles epidémicos, y en menor medida a VRS, cuya actividad también fluctúa en niveles bajos. No se ha detectado actividad de SARS-CoV-2 durante este periodo. En Nicaragua, los niveles de influenza se han mantenido por debajo del umbral epidémico durante las últimas cuatro SE, y la circulación de SARS-CoV-2 continúa en niveles bajos. Los niveles de positividad de VRS, tras

alcanzar máximos similares a los observados en temporadas previas, han mostrado un marcado descenso en este periodo. En Panamá, los casos de ETI e IRAG positivos han continuado en descenso durante las últimas cuatro SE. La mayoría de los casos positivos son atribuibles a VRS, cuya actividad, tras un marcado ascenso que alcanzó niveles máximos similares a temporadas previas, ha comenzado a disminuir. En menor medida, se han detectado casos positivos de SARS-CoV-2, cuya actividad permanece baja. Asimismo, la actividad de influenza se ha mantenido por debajo del umbral epidémico.

Países Andinos: La actividad de ETI e IRAG ha mostrado un descenso en las últimas cuatro SE en la mayoría de los países. La actividad de influenza ha presentado un descenso con niveles bajos, predominando el tipo B/Victoria. La actividad de VRS se ha mantenido en niveles bajos, mientras que la de SARS-CoV-2 se encuentra en descenso tras haber alcanzado niveles medios en comparación con olas previas.

Por países: En Colombia, la actividad de IRA (Infección Respiratoria Aguda) e IRAG ha mostrado un descenso, situándose por debajo del umbral epidémico en las últimas cuatro SE. La mayoría de los pocos casos positivos se atribuyen a influenza, que se mantiene por debajo del umbral epidémico, y a VRS, cuya actividad está en descenso. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos. En Ecuador, la actividad de IRAG y neumonía ha mostrado un incremento, fluctuando en niveles epidémicos. Los casos positivos de IRAG se atribuyen principalmente a influenza, cuya actividad fluctúa en niveles epidémicos, y en menor medida a SARS-CoV-2, que, tras un aumento en las semanas previas, actualmente se mantiene estable en niveles bajos. La actividad de VRS se mantiene en niveles bajos. En Perú, la actividad de SARS-CoV-2 continúa en descenso y se mantiene en niveles bajos. La actividad de VRS también permanece en niveles bajos. La actividad de influenza fluctúa por debajo del umbral epidémico.

Brasil y Cono Sur: La actividad de ETI e IRAG ha mostrado un descenso en las últimas cuatro semanas. La actividad de influenza ha presentado un ligero aumento, aunque se mantiene por debajo del umbral epidémico en la mayoría de los países, con excepción de Argentina y Chile. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo B/Victoria. La actividad de VRS ha mostrado un marcado descenso hasta alcanzar niveles bajos, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 ha registrado un aumento, aunque permanece en niveles bajos en comparación con olas previas.

Por países: En Argentina, la actividad de ETI e IRAG se mantiene por debajo del umbral epidémico.

La actividad de influenza se encuentra en niveles epidémicos, con un repunte en las últimas cuatro SE. Paralelamente, la actividad de VRS ha mostrado una tendencia decreciente, situándose en niveles bajos, mientras que la de SARS-CoV-2 ha presentado un marcado incremento, alcanzando niveles intermedios en comparación con los máximos de olas previas. En Brasil, se ha observado un descenso en los casos de ETI e IRAG durante las últimas cuatro SE, situándose en torno al umbral epidémico. La actividad de influenza permanece por debajo del umbral epidémico. Por su parte, la positividad de SARS-CoV-2 ha mostrado un ligero incremento, aunque se mantiene en niveles bajos. La actividad de VRS continúa en niveles bajos. En Chile, la actividad de ETI se encuentra en descenso con niveles moderados de actividad, asociada a casos positivos de influenza y, en menor medida, de SARS-CoV-2. Los casos de IRAG continúan en descenso, situándose en niveles epidémicos. La mayoría de los casos positivos de IRAG son atribuibles a VRS, SARS-CoV-2 e influenza. La actividad del VRS ha seguido disminuyendo hasta alcanzar niveles bajos. La actividad de SARS-CoV-2 e influenza, aunque se mantiene en niveles bajos, ha mostrado un incremento en las últimas cuatro SE, superando en el caso de influenza el umbral epidémico. En Paraguay, la actividad de IRAG se mantiene en niveles epidémicos, con una tendencia decreciente. Los casos positivos se atribuyen principalmente al VRS,

cuya actividad está disminuyendo, y al SARS-CoV-2, que ha mostrado un ligero ascenso. La actividad de ETI permanece por debajo del umbral epidémico, con pocos casos positivos atribuibles a influenza y SARS-CoV-2. En Uruguay, la actividad de ETI e IRAG ha mostrado un descenso progresivo, situándose por debajo del umbral epidémico. Los pocos casos positivos se atribuyen a SARS-CoV-2, que ha registrado un aumento en la positividad.

**ALERTAS Y
COMUNICACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
INTERNACIONALES**

INTRODUCCIÓN

Esta sección de Alertas Epidemiológicas Internacionales se construye con la información recibida por el Centro Nacional de Enlace (CNE), oficina encargada de la comunicación con otros países en relación a la información sanitaria dentro del marco del Reglamento Sanitario internacional (RSI) que funciona en la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

La mayoría de los eventos que requieren la emisión de Alertas y Actualizaciones Epidemiológicas se refieren principalmente a agentes infecciosos, aunque también pueden estar relacionados con mercancía contaminada, contaminación de alimentos, o ser de origen químico o radionuclear, de acuerdo con las provisiones del [Reglamento Sanitario Internacional \(RSI 2005\)](#).

El propósito de las **Alertas Epidemiológicas** es informar acerca de la ocurrencia de un evento de salud pública que tiene implicaciones o que pudiera tener implicaciones para los países y territorios del mundo.

Las Actualizaciones Epidemiológicas consisten en actualizar la información sobre eventos que están ocurriendo en la población y sobre los cuales ya se alertó o informó previamente.

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 7 y el 13 de noviembre del 2024.

EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD PÚBLICA ASOCIADOS A LA POTENCIAL OCURRENCIA DE INFLUENZA AVIAR ZONÓTICA A(H5N1) CLADO 2.3.4.4B EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Riesgo general y confianza para la salud humana (basado en la información disponible en el momento de la evaluación)

Riesgo general

Regional: moderado

Confianza en la información disponible

Regional: moderado

Declaración de riesgo

El propósito de esta evaluación rápida de riesgos (RRA) regional es evaluar el riesgo actual para la salud pública asociado con la introducción y expansión de la influenza aviar zoonótica A(H5N1) clado 2.3.4.4b en especies de aves y mamíferos, en América Latina y el Caribe y complementa la RRA de la Región de las Américas publicada el 13 de julio del 2024.

Este RRA se ha llevado a cabo considerando los siguientes criterios: (i) el riesgo de diseminación del virus, en particular la posible propagación a otros países de América del Norte, América Central, América del Sur y el Caribe, con brotes en aves, ganado lechero y spillovers (propagación de una especie a otra) a otros mamíferos; (ii) el riesgo para la salud humana basado en la creciente tendencia de confirmación de infecciones humanas en los Estados Unidos de América (EE.UU.), las incertidumbres en torno a la fuente de exposición de un caso confirmado en los EE.UU., la aparición de exposiciones a riesgos laborales o interfaces incidentales humano-animal que faciliten el contacto entre animales infectados y humanos como ganado lechero o mamíferos marinos infectados con el virus, la exposición continua a ambientes contaminados, así como los factores de riesgo y determinantes relacionados con brotes animales que están presentes en América Latina y el Caribe; y (iii) el riesgo para la salud pública basado en las diferentes capacidades de detección temprana, prevención, respuesta y contención dentro de la región, así como los desafíos en la implementación y adaptación de medidas de control a nivel intersectorial (que abarcan capacidades de respuesta, vigilancia, técnicas de diagnóstico, preparación de los servicios de salud y de los servicios animales, y suministros médicos con los recursos disponibles). Esta evaluación también considera que **el virus actualmente sigue siendo puramente aviar y que, hasta la fecha, no se ha identificado la transmisión de persona a persona del virus de la influenza A(H5)**. También considera que el riesgo de infección en trabajadores agrícolas expuestos a animales infectados varía de bajo, moderado a alto, dependiendo del tipo de exposición y la aplicación de medidas de prevención y control de infecciones.

El riesgo general de este evento en la Región de las Américas, especialmente en América Latina y el Caribe, se clasifica como “Moderado”, con un nivel de confianza “Moderado” en la información disponible, por las siguientes razones:

La evaluación rápida de riesgos se revisará si se dispone de más información epidemiológica, clínica o virológica.

Factores epidemiológicos y virológicos:

Desde 2021 y hasta el 24 de octubre del 2024, 19 países y territorios de la Región de las Américas han notificado a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) 2.950 brotes de influenza A(H5N1) en aves domésticas y silvestres: Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, Islas Malvinas, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y República Bolivariana de Venezuela. Durante este mismo período, se registraron 640 brotes de influenza aviar A(H5N1) en mamíferos que causaron morbilidad y mortalidad en más de 60 especies de mamíferos, en su mayoría carnívoros, en siete países de la Región: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, Perú y Uruguay. En 2024 hasta el 24 de octubre, seis países habían notificado 242 brotes en aves (Brasil, Canadá, Ecuador, México, Perú y Estados Unidos) y tres países habían notificado 340 brotes en mamíferos (Argentina, Canadá y Estados Unidos).

El clado 2.3.4.4b de la influenza aviar H5N1 se detectó inicialmente en América del Norte en 2021 y luego llegó a América del Sur en 2022. Los estudios confirman las infecciones en aves y mamíferos, lo que sugiere que las aves migratorias desempeñan un papel clave en su transmisión. El análisis filogenético muestra que las cepas sudamericanas están estrechamente relacionadas con las de América del Norte, lo que respalda la hipótesis de una ruta de transmisión de norte a sur a través de los continentes.

El clado 2.3.4.4b está asociado con muertes masivas de aves acuáticas y mamíferos silvestres, y casos en aves de corral notificados en países a lo largo de la ruta migratoria del Pacífico Americano, como Perú y Chile. También se han notificado infecciones por IAAP H5 del clado 2.3.4.4b en países del lado este de la Cordillera de los Andes, con grandes brotes en aves de corral, aves silvestres y mamíferos silvestres en Brasil, Argentina y Uruguay, que se ocurrieron durante el 2023.

Desde 2022, y hasta el 28 de octubre del 2024, se ha detectado 37 casos humanos influenza aviar A(H5N1) clado 2.3.4.4b en los Estados Unidos. Se notificó un caso en 2022 y se han notificado 36 casos en varios estados durante el 2024. Además, se han notificado dos casos humanos en América Latina, el primero a principios del 2023 en la provincia de Bolívar en Ecuador, y el segundo en la región de Antofagasta en Chile en marzo del 2023. El caso en Ecuador fue una niña de nueve años de una zona rural que tuvo contacto con aves de traspatio, mientras que el caso en Chile se notificó en marzo del 2023, en un hombre de 53 años de la región de Antofagasta, cerca de la costa donde previamente se habían detectado aves marinas infectadas con H5N1.

Desde marzo del 2024, se han reportado infecciones por influenza aviar A(H5N1) clado 2.3.4.4b en ganado lechero, y se han producido brotes en varios estados en el ganado lechero, aves de corral y otros animales en los EE. UU. Durante el 2024, hasta el 28 de octubre, se han notificado 36 casos humanos de A(H5) en los EE. UU., y todos los casos, excepto uno, se asociaron a la exposición ocupacional a animales infectados. La fuente de exposición del caso detectado en el estado de Missouri a través de la vigilancia de rutina en agosto del 2024 sigue siendo desconocida; la detección se produjo en un paciente que estaba hospitalizado y tenía afecciones médicas subyacentes, y no se identificó una exposición animal reciente.

Capacidad de vigilancia y respuesta: La Región de las Américas se beneficia de las iniciativas de preparación para pandemias de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluido el Marco de Preparación para una Pandemia de Influenza (Marco PIP) y la Iniciativa de Preparación y Resiliencia para Amenazas Emergentes (PRET) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos programas mejoran las capacidades regionales de detección temprana, vigilancia, distribución de vacunas y respuesta a brotes de influenza zoonótica, mejorando la preparación para gestionar la

posible propagación. Sin embargo, las capacidades intersectoriales varían entre países y dentro de un mismo país. Las incertidumbres actuales sobre la fuente de exposición del caso más reciente resaltan las posibles dificultades para monitorear la circulación del virus en poblaciones animales o ambientes contaminados. Esto podría elevar el riesgo de ausencia o demora en la detección en humanos en países con capacidades de detección limitadas a nivel intersectorial. En las Américas, la red GISRS es la base de la vigilancia de la salud pública en humanos y la experiencia de la red puede ser utilizada por otros sectores para fortalecer la detección temprana.

Información general

Evaluación de la amenaza

Influenza aviar A(H5N1) clado 2.3.4.4b

La influenza aviar es causada por la infección con un virus de la familia Orthomyxoviridae, incluido en el género Alphainfluenzavirus (virus de la influenza A). Los virus de la influenza A tienen nucleoproteínas antigénicas y proteínas de la matriz relacionadas, pero se clasifican en subtipos según sus antígenos hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N). Actualmente, se han identificado subtipos con 16H (H1-H16) y 9N (N1-N9). La influenza aviar es una enfermedad vírica altamente contagiosa que afecta tanto a las aves domésticas como a las silvestres.

Las aves son los huéspedes naturales de los virus de la influenza aviar. Sin embargo, también se han aislado virus de la influenza aviar en especies de mamíferos, tanto terrestres como marinos, así como de humanos (29). Algunas cepas del virus de la influenza aviar han causado infecciones zoonóticas esporádicas, principalmente de los subtipos H5, H7 y H9, y estos tres subtipos se han destacado como posibles riesgos pandémicos en caso de mutaciones adicionales que favorezcan la transmisión sostenida de humano a humano. Existe el riesgo de que el virus pueda regresar a los humanos con características pandémicas debido a la redistribución genómica en coinfecciones (spillover y spillback). Actualmente se desconoce la evolución del virus H5 en las poblaciones de ganado vacuno y las posibles redistribuciones.

Los virus de la influenza aviar son distintos de los virus de la influenza estacional humana y no se transmiten fácilmente entre seres humanos. Sin embargo, los virus de la influenza aviar pueden infectar ocasionalmente a seres humanos a través del contacto directo o indirecto con animales infectados o entornos contaminados. Las infecciones humanas pueden variar desde una enfermedad leve hasta la muerte.

La transmisión frecuente de la influenza aviar altamente patógena (IAAP) A(H5N1) clado 2.3.4.4b entre especies aviares y mamíferos ha dado lugar a adaptaciones genéticas que favorecen la infección de los hospedadores mamíferos. El brote actual en el ganado lechero en los Estados Unidos evidencia una adaptación exitosa y la replicación viral en los tejidos de los mamíferos. Los análisis genómicos han documentado que aproximadamente la mitad de las secuencias de mamíferos a nivel mundial dentro de influenza aviar A(H5N1) clado 2.3.4.4b tienen firmas de aminoácidos en la proteína polimerasa básica 2 (PB2) que mejoran la replicación viral en las células de los mamíferos, la actividad de la polimerasa específica del hospedador y la sensibilidad a la temperatura. Los brotes en visones de granja en Europa en 2022 han demostrado que el virus puede mutar para reconocer los receptores humanos, lo que aumenta aún más el riesgo de transmisión zoonótica. La gravedad de la presentación clínica esperada del virus H5, en contraste con los virus de la influenza estacional, aún se desconoce.

Evaluación de la exposición

La detección de la infección por el virus de la influenza aviar, que suele transmitirse entre aves, se ha observado cada vez más en mamíferos. Este aumento de casos en mamíferos en los últimos años se atribuye a cambios en la ecología y la epidemiología del virus. De hecho, los virus de la Influenza A(H5N1), especialmente el clado 2.3.4.4b, siguen diversificándose genéticamente y propagándose geográficamente. Desde 2020, la variante del clado 2.3.4.4b ha causado un número sin precedentes de muertes en aves silvestres y de corral en numerosos países de África, Asia y Europa.

Siempre que se detectan aves infectadas con el virus de la influenza aviar, existe el riesgo de infecciones esporádicas en mamíferos y humanos debido a la exposición a animales infectados o entornos contaminados. Desde 2022, 27 países y territorios en todo el mundo notificaron brotes en mamíferos a OMSA, con mamíferos marinos y terrestres afectados, incluidos animales de la familia Artiodactyla, Carnivora, Cetacea y Didelphimorphia (bovinos, cerdos, perros, gatos, visones de granja, zorros, focas, leones marinos, zarigüeyas, etc.). Con respecto al clado 2.3.4.4b, en octubre de 2022, se notificó un brote de IAAP H5N1 clado 2.3.4.4b en visones de granja en España, con evidencia de transmisión de visón a visón, pero no se identificó el modo de transmisión. En julio del 2023, un brote de este clado afectó a una granja de cría de visones para la producción comercial de pieles en Finlandia. Se confirmó la infección en zorros, visones americanos y perros mapaches de 20 granjas. El análisis genético sugirió la introducción a partir de aves silvestres que buscaban alimento en áreas agrícolas. Las investigaciones apuntaron a una transmisión directa de animal a animal. Desde 2003 y hasta el 27 de septiembre del 2024, se habían notificado a la OMS 904 casos humanos y 463 muertes (51% de letalidad) causados por el virus de la influenza A(H5N1), que afectaron a 23 países de todo el mundo.

El virus de la influenza aviar A(H5N1), en particular el clado 2.3.4.4b que circula actualmente en la Región de las Américas, pertenece a un genotipo de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) resultante de una recombinación que ocurrió en aves silvestres en Europa y cepas de baja patogenicidad en aves silvestres y domésticas durante su diseminación global. Este genotipo se ha propagado rápidamente desde Europa a América del Norte, África y Asia occidental a través de las rutas migratorias de las aves acuáticas. Desde su detección en las Américas en 2021, el virus continúa propagándose por todo el continente.

En 2021, el virus se propagó a través de las rutas migratorias de las aves acuáticas a América del Norte y, en 2022, a América Central y del Sur. Desde 2021 y hasta el 24 de octubre del 2024, se notificaron a la OMSA 2950 brotes de influenza aviar A(H5N1) en aves domésticas y silvestres en 19 países y territorios de las Américas (Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Islas Malvinas, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Estados Unidos, Uruguay y Venezuela) y 640 brotes de influenza aviar A(H5N1) en mamíferos en siete países (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Perú, Estados Unidos y Uruguay).

El 25 de marzo del 2024, se informó de la primera detección de influenza aviar A(H5N1) en ganado lechero y en muestras de leche no pasteurizada obtenida de ganado lechero. Desde marzo del 2024 hasta el 24 de octubre, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés) informó que 380 rebaños de ganado en 14 estados de EE. UU. han confirmado casos de infecciones por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en ganado lechero, y el número de rebaños infectados continúa aumentando. Se han notificado detecciones de Influenza A(H5N1) en ganado lechero y otros animales, que afectaron a 238 rebaños lecheros y en un sitio con alpacas en 14 estados. También se han observado muertes entre gatos salvajes y aves dentro de algunas granjas afectadas. Los estudios hasta la fecha indican que la pasteurización es eficaz para inactivar el virus en la leche.

En relación con las infecciones humanas causadas por la influenza aviar A(H5N1), se han notificado 39 infecciones humanas en la Región de las Américas, una en los EE. UU. en 2022, una en Ecuador en enero del 2023, una en Chile en marzo del 2023 y 36 en los EE. UU. en 2024, y los últimos 20 casos se notificaron entre el 4 y el 28 de octubre del 2024. De los 36 casos notificados en los EE. UU., 20 se produjeron tras la exposición a ganado lechero y 16 casos se han relacionado con la exposición a aves de corral, incluido el caso del 2022. Además, un caso, notificado el 6 de septiembre del 2024, no implicó ninguna exposición reciente a animales conocida en el estado de Missouri.

El caso de Missouri se ha confirmado como influenza A(H5) clado 2.3.4.4b, con fuente de exposición desconocida, se detectó mediante vigilancia de rutina e involucró a un paciente que fue hospitalizado el 20 de agosto del 2024 después de desarrollar síntomas agudos teniendo afecciones médicas subyacentes; fue tratado con oseltamivir y desde entonces se recuperó. A pesar de los bajos niveles de ARN viral, la secuenciación parcial identificó dos diferencias únicas de aminoácidos en el gen HA, lo que podría afectar la reactividad cruzada de la vacuna. No se encontraron marcadores de adaptación de mamíferos o susceptibilidad reducida a los inhibidores de la neuraminidasa. Si bien este es el primer caso sin exposición ocupacional a animales infectados, las secuencias genéticas disponibles están estrechamente relacionadas con las secuencias H5 encontradas en animales domésticos en el país.

De los 36 casos humanos de influenza aviar H5 confirmados por laboratorio detectados en los EE. UU. en 2024, se detectaron 17 casos humanos en dos estados fronterizos con México, el estado de California (n=16) y el estado de Texas (n=1).

Entre los 36 casos humanos en los EE. UU. en 2024, los resultados de la secuenciación genética indican que 17 son de influenza aviar A(H5N1) clado 2.3.4.4b y se están realizando esfuerzos para secuenciar casos adicionales; además, el caso detectado en 2022 también se confirmó como de influenza aviar A(H5N1) clado 2.3.4.4b.

Dado el inicio del período de influenza estacional en el hemisferio norte, no se puede excluir la posibilidad de coinfección humana con virus de influenza estacional y H5, en particular a través de exposición ocupacional. Se desconoce cuál es el riesgo de diseminación del virus de influenza aviar A(H5N1) clado 2.3.4.4b en América del Sur, especialmente en relación con la migración de aves en otoño.

Evaluación del contexto

La transmisión de la influenza aviar de alta patogenicidad A(H5N1) del ganado a los seres humanos no tiene precedentes. Aunque la transmisión de animal a humano sigue siendo esporádica, la posibilidad de que haya más casos humanos aumenta con los recientes eventos en animales. Asimismo, la epizootia no tiene precedentes en la región, no sólo por el gran número de casos, sino también por la diversidad de especies animales afectadas y los cambios en el comportamiento patógeno. Es especialmente preocupante el creciente número de especies de mamíferos susceptibles al virus, lo que conduce a importantes eventos de mortalidad, especialmente entre los mamíferos marinos, en los que la transmisión de mamífero a mamífero probablemente desempeñe un papel crucial. Actualmente se desconoce el papel de los cerdos y otros mamíferos como "medios de mezcla". Además, la primera detección del H5N1 en un cerdo asintomático implica desafíos en la detección temprana del virus en esta especie.

Cronológicamente, en los últimos años, podemos identificar al menos tres escenarios marcados por un aumento progresivo del riesgo: (i) la ocurrencia de influenza en aves de corral y esporádicamente en aves silvestres, sin casos humanos; (ii) un aumento en la magnitud de la influenza en aves (tanto silvestres como aves de corral) y casos esporádicos en humanos; y (iii) la transmisión continuada en

aves y extendida a mamíferos mostrando adaptación a especies no aviares, con un aumento de casos humanos debido al contacto directo y a las bajas medidas de bioseguridad.

Además, las infecciones en diversas especies en diferentes países sugieren la posible propagación del virus a nuevas áreas, lo que aumenta el riesgo de brotes en regiones que no habían sido afectadas anteriormente. En los seres humanos, los síntomas suelen ser leves o subclínicos, lo que puede dificultar el diagnóstico y dar lugar a una falta de notificación de los casos. La transmisión sostenida entre seres humanos podría generar una gran demanda de recursos y poner a prueba la capacidad de respuesta de algunos países. No se ha aprobado ninguna vacuna contra la infección humana por el virus de la Influenza A(H5), aunque se han desarrollado vacunas candidatas para prepararse ante una posible pandemia.

El impacto en los países de América Latina y el Caribe de una situación similar a la que se registra actualmente en Estados Unidos podría ser moderado considerando la variabilidad de las capacidades de vigilancia y respuesta de los países de la región.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/evaluacion-riesgos-para-salud-publica-asociados-potencial-ocurrencia-influenza-aviar>

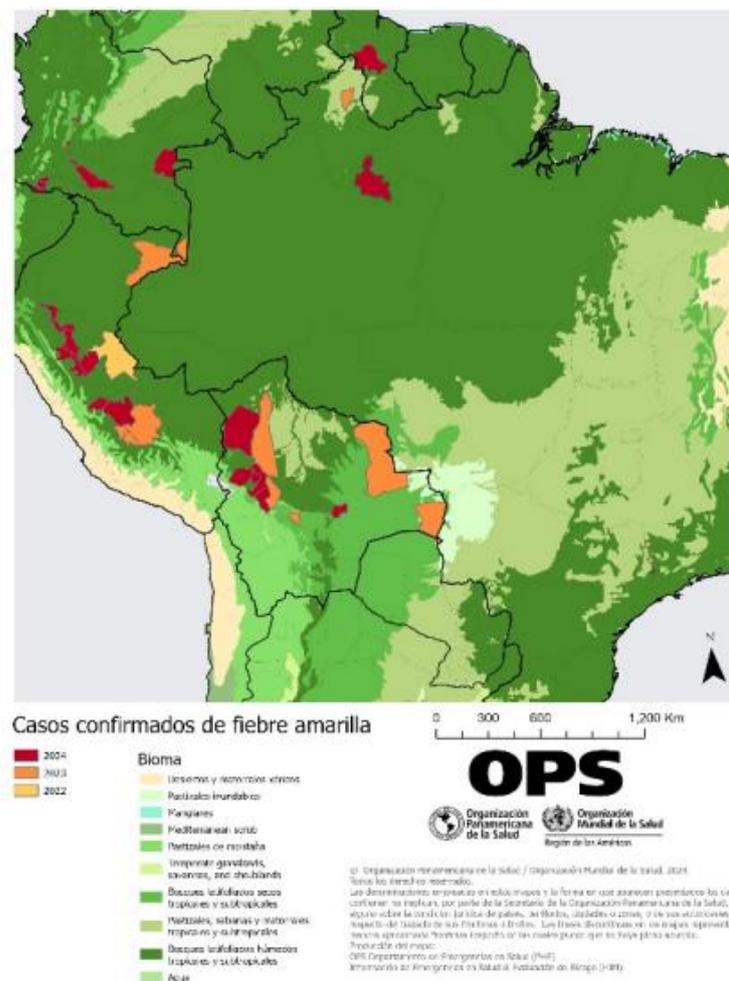
ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA FIEBRE AMARILLA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Resumen de la situación

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 44 del 2024, en la Región de las Américas se han notificado 50 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo 24 defunciones. Esto representa 12 casos adicionales (uno en el Estado Plurinacional de Bolivia, nueve en Colombia, uno en Guyana, y uno en Perú) y 5 defunciones (una en Bolivia y cuatro en Colombia) adicionales desde la última actualización epidemiológica de fiebre amarillo de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) publicada el 19 de septiembre del 2024. Los 50 casos se han registrado en cinco países de la Región: Bolivia (ocho casos, incluyendo cuatro defunciones), Brasil (tres casos, incluyendo dos defunciones), Colombia (17 casos, incluyendo nueve defunciones), Guyana (tres casos) y Perú (19 casos, incluyendo nueve defunciones).

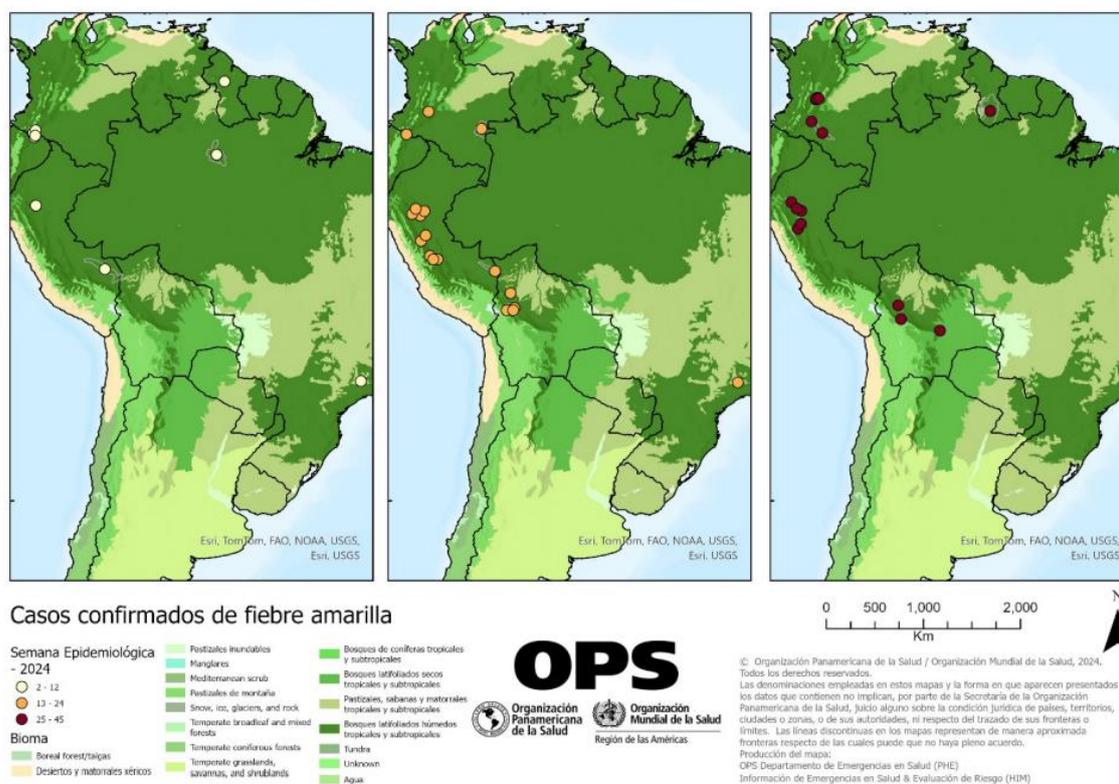
Los casos se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú.

Figura 1. Distribución geográfica de los municipios con ocurrencia de casos confirmados de fiebre amarilla en humanos en Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú, años 2022, 2023 y 2024 (hasta la semana epidemiológica [SE] 44).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud y reproducidos por la OPS/OMS (2-9).

Figura 2. Distribución geográfica de casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por SE en la Región de las Américas, de enero del 2024 a noviembre del 2024.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud y reproducidos por la OPS/OMS (2-9).

A continuación, se presenta la actualización de la situación epidemiológica de fiebre amarilla en los países que han notificado casos confirmados en 2024.

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 44 del 2024, se han confirmado ocho casos de fiebre amarilla (siete confirmados por laboratorio y uno por clínica y nexa epidemiológico), incluyendo cuatro defunciones. Los casos corresponden a siete hombres y una mujer, con edades entre los 15 y 64 años, que iniciaron síntomas entre el 20 de abril y el 19 de septiembre del 2024. Solo tres de los casos presentaron antecedentes vacunales y todos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales, entre otras. Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el departamento de La Paz en los municipios de Caranavi ($n=2$ casos fatales), Guanay ($n=1$ caso), San Buenaventura ($n=1$ caso fatal), Palos Blancos ($n=1$ caso) e Inquisivi ($n=1$ caso fatal), y en el departamento de Santa Cruz, en el municipio de Porongo ($n=2$ casos). Se ha confirmado una defunción por fiebre amarilla desde la última actualización.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 43 del 2024 se han notificado tres casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo dos defunciones, en el estado de Amazonas ($n=1$ caso fatal), Minas Gerais ($n=1$ caso fatal) y en el estado de Sao Paulo ($n=1$ caso). El primer caso corresponde a un hombre de 63 años residente en Presidente Figueiredo, estado de Amazonas, sin antecedente de vacunación contra fiebre amarilla, que inició síntomas el 5 de febrero del 2024 y falleció el 10 de febrero. El segundo caso es un hombre de 50 años, sin antecedente de vacunación contra fiebre amarilla, residente en Águas de Lindóia, estado de São Paulo, y con sitio probable de infección en Monte Sião, estado de Minas Gerais, que inició síntomas el 23 de marzo del 2024 y falleció el 29 de marzo. El tercer caso corresponde a un hombre de 28 años, con antecedente de vacunación contra fiebre amarilla en el

2017, en el municipio de Serra Negra, estado de São Paulo, que inició síntomas el 1 de abril del 2024 y se ha recuperado de la enfermedad. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales, y fueron confirmados por laboratorio mediante técnica RT-PCR. Durante el período de monitoreo desde julio del 2023 hasta junio del 2024, se informaron 1.820 eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias). De este total, 11 (0,6%) fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, seis en el estado de Rio Grande do Sul y cinco en el estado de Minas Gerais. Durante el período de monitoreo desde julio del 2024 hasta la SE 43 del 2024, se informaron 393 eventos que involucraron primates no humanos fallecidos. De este total, tres (0,8%) fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, uno en el estado de Roraima y dos en el estado de São Paulo.

En **Colombia**, durante la SE 1 y la SE 44 del 2024, se han identificado 17 casos de fiebre amarilla, de los cuales nueve resultaron fallecidos. Siete casos fueron reportados como probables de fiebre amarilla y diez fueron detectados como resultado del diagnóstico diferencial por laboratorio de los casos con resultado negativo para dengue o con sospecha de leptospirosis, y confirmados a través de RT-PCR y/o inmunohistoquímica (en casos fallecidos). Los casos se han registrado en seis departamentos: Caquetá (n= 2 casos), Huila (n= 1 caso), Nariño (n= 1 caso), Putumayo (n= 4 casos) y Vaupés (n= 1 caso) y los reciente casos reportados desde SE 37 en Tolima (n= 8 casos). Los casos corresponden a personas con edad entre 11 y 66 años, quienes iniciaron síntomas entre el 3 de enero y el 19 de octubre del 2024. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, como áreas silvestres y boscosas, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura (n= 15 casos), estudiante femenino de centro poblado (n=1 caso) y extracción de piedra (n= 1 caso). De este total, 15 casos no tenían antecedente documentado de vacunación contra la fiebre amarilla. El reciente brote del departamento del Tolima ocurrió en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea en cuatro municipios que son identificados de alto riesgo (4): Cunday (n= 3 casos), Prado (n= 2 casos), Purificación (n= 2 casos) y Villarrica (n= 1 caso). Hubo ocho casos confirmados, seis hombres entre 18 y 63 años y una niña de 11 años, con fechas de inicio de síntomas entre el 8 de septiembre y el 27 de octubre del 2024. En este brote se reportaron tres fallecidos.

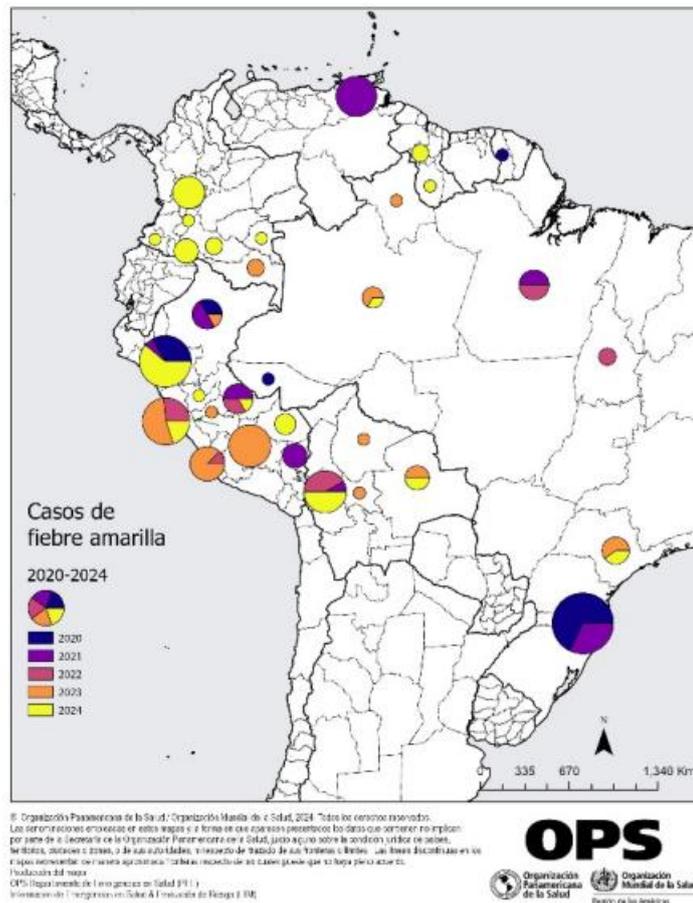
En **Guyana**, durante la SE 1 y la SE 44 del 2024, se identificaron tres casos confirmados por laboratorio. El primer caso se identificó en Boa Vista en la SE 11, en el estado de Roraima, Brasil; se trata de un joven de 17 años, residente en la comunidad de Massara, Guyana, a 100 kilómetros de Lethem, Guayana que limita con Bonfim, Roraima, Brasil, con antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla por más de 10 años. El caso trabaja en una zona rural de Siparuni (región forestal) extrayendo árboles y presentó inicio de síntomas el 29 de febrero del 2024. El 12 de marzo, la prueba RT-PCR confirmó la identificación del virus selvático fiebre amarilla por parte del Laboratorio Central de Salud Pública de Roraima. El segundo caso fue identificado en la SE 11, durante el proceso de investigación y la realización de pruebas de detección tras la identificación del caso índice. Se trata de una mujer de 21 años, con antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla por más de 10 años, residente en Siparuni, en el mismo campamento maderero de donde procede el primer caso. Inició síntomas el 13 de marzo del 2024, con un resultado positivo para fiebre amarilla por prueba RT-PCR el 16 de marzo. Ambos casos se recuperaron. El tercer caso fue identificado en la SE 41, que corresponde a un niño de 14 años, residente la villa Awareanau, Región N° 9; el caso tenía antecedentes de vacunación de hace más de 10 años contra la fiebre amarilla. El 7 de octubre, se tomó una muestra serológica y se confirmó la presencia de fiebre amarilla por test RT-PCR, este caso se encuentra clínicamente estable.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 44 del 2024, se han confirmado 19 casos de fiebre amarilla, incluyendo nueve defunciones. Los casos fueron confirmados en los departamentos de Huánuco, distrito de

Mariano Damaso Beraún (n= 1 caso fatal); departamento de Junín, distritos Pichanaqui (n= 2 casos) y Satipo (n= 1 caso fatal); departamento de Madre de Dios, distrito de Tambopata (n= 3 casos); departamento de San Martín, distritos de Alto Biavo (n= 1 caso fatal), El Porvenir (n= 1 caso fatal), Huimbayo (n= 1 caso), Lamas (n= 1 caso fatal), Moyobamba (n= 1 caso fatal), Pinto Recodo (n= 1 caso), Saposo (n= 1 caso fatal), Shamboyacu (n= 1 caso), Shapaja (n= 1 caso fatal), Tabaloso (n= 1 caso fatal) y Tocache (n=1 caso); y en el departamento de Ucayali, distrito Padre Abad (n= 1 caso). Los 19 casos corresponden todos a hombres entre 18 y 83 años, que iniciaron síntomas entre el 11 de enero y 1 de septiembre del 2024. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas y no registran antecedente de vacunación contra fiebre amarilla.

Entre 2020 y 2023, todos los países mencionados tenían antecedentes de casos de fiebre amarilla, excepto Guyana, que identificó casos únicamente en 2024.

Figura 3. Distribución geográfica de casos confirmados de fiebre amarilla en humanos en la Región de las Américas, de enero del 2020 a noviembre del 2024.



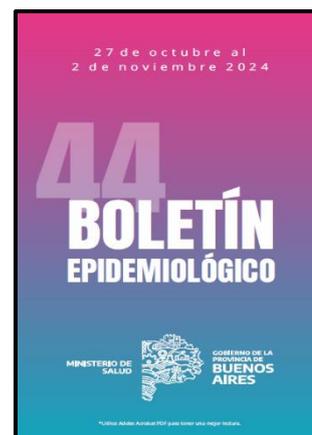
Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud y reproducidos por la OPS/OMS.

Fuente: <https://www.who.int/emergencias/disease-outbreak-news/item/2024-DON543>

**DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES**

BUENOS AIRES: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Se presenta el número de casos acumulados entre el 1 de enero y el 26 de octubre de 2024 (SE 1-43).



Casos acumulados a SE 43, años 2021-2024 e incremento de casos entre SE 42 y 43.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

| Eventos seleccionados | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Incremento | |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|------------|-----------------------|
| | | | | | semanal | % Incremento relativo |
| Enfermedad tipo influenza (ETI) | 140.658 | 381.609 | 384.960 | 387.876 | 8.010 | 2,1% |
| Bronquiolitis en menores de dos años | 37.100 | 81.335 | 100.976 | 78.606 | 1.248 | 1,6% |
| Neumonía | 40.053 | 49.785 | 71.110 | 53.257 | 1.209 | 2,3% |

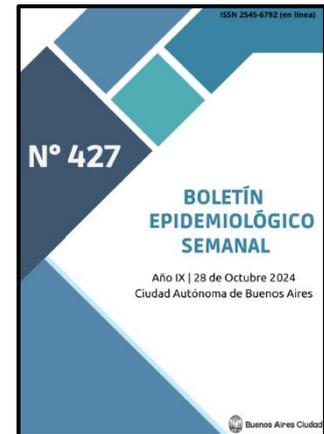
Fuente: SNVS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

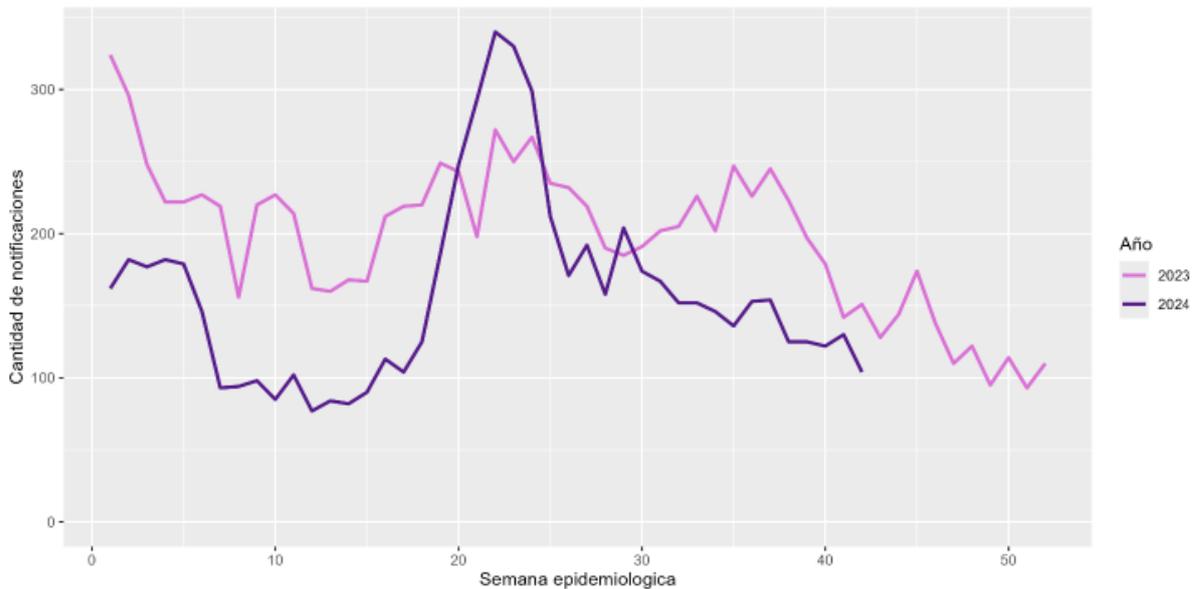
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

CABA: EVENTOS RESPIRATORIOS DE ABORDAJE EN INTERNACIÓN

Se observa que el año 2024 así como el 2023 ha iniciado con un incremento de la notificación de eventos respiratorios la cual se asocia a COVID 19 que luego ha descendido y en las últimas semanas se ha registrado un incremento y posterior descenso, ubicándose actualmente en niveles inferiores a los registrados en esta época del año para 2023.



Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos asociados a internación. Residentes CABA. Años 2023-2024 (N=16935).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

Para más información:

<https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2024>

LA PAMPA: ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En lo que va de 2024 se notificaron 6976 casos de ETI, un 86% mayor a lo notificado el año anterior mismo periodo de tiempo.



Casos y tasas (por 1000 hab.) de ETI hasta SE42 periodo 2023-2024 por Departamento. La Pampa.

| Departamento | 2023 | | 2024 | | Dif. de casos |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| | Casos | Tasas | Casos | Tasas | |
| Atreucó | 9 | 0,8 | 391 | 35,1 | 382 |
| Caleu Caleu | 8 | 3,1 | 10 | 3,8 | 2 |
| Capital | 993 | 8,3 | 2133 | 17,8 | 1140 |
| Catrilo | 71 | 8,6 | 13 | 1,6 | -58 |
| Conhelo | 672 | 44,3 | 368 | 24,2 | -304 |
| Chalileo | 31 | 10,7 | 46 | 15,9 | 15 |
| Chapaleufú | 66 | 5,4 | 172 | 13,9 | 106 |
| Chical Có | 2 | 1,4 | 1 | 0,7 | -1 |
| Curacó | 1 | 0,9 | 0 | 0,0 | -1 |
| Guatraché | 104 | 10,9 | 353 | 37,1 | 249 |
| Hucal | 63 | 8,1 | 139 | 17,9 | 76 |
| Lihuel Calel | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 |
| Limay Mahuida | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 |
| Loventué | 48 | 5,1 | 396 | 42,5 | 348 |
| Maracó | 652 | 9,4 | 760 | 10,9 | 108 |
| Puelén | 9 | 0,8 | 508 | 43,6 | 499 |
| Quemú Quemú | 171 | 20,2 | 227 | 26,8 | 56 |
| Rancul | 56 | 5,0 | 45 | 4,0 | -11 |
| Realicó | 492 | 28,2 | 981 | 56,2 | 489 |
| Toay | 203 | 11,3 | 220 | 12,2 | 17 |
| Trenel | 101 | 17,7 | 213 | 37,4 | 112 |
| Utracán | 2 | 0,1 | 0 | 0,0 | -2 |
| Total | 3754 | 10,4 | 6976 | 19,3 | 3222 |

Fuente: Elaboración propia del Área de vigilancia de la Dirección General de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS.

Para más información:

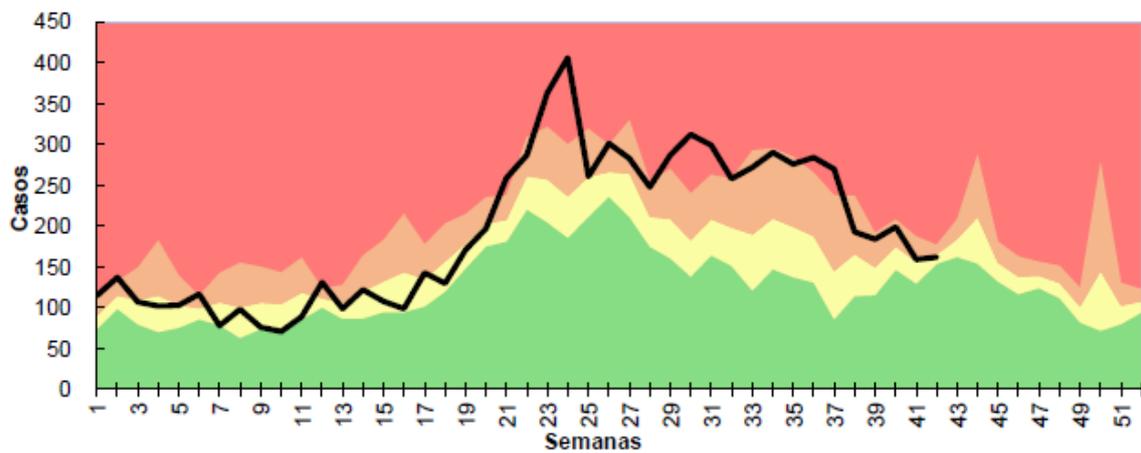
<https://drive.google.com/drive/folders/1PAH6XUO0fDa82EdVS9dGnbs-U6ILEAH4>

SALTA: NEUMONÍA

En SE 40, continua el descenso sostenido en las notificaciones de neumonía, ingresando el corredor endémico en zona de seguridad.



Corredor endémico semanal de Neumonía. Años 2017-2023. SE 01-42 de 2024. Provincia de Salta. (N=8146).



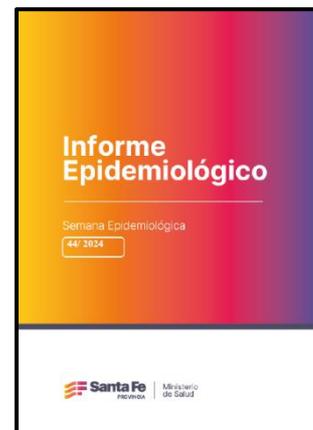
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Para más información:

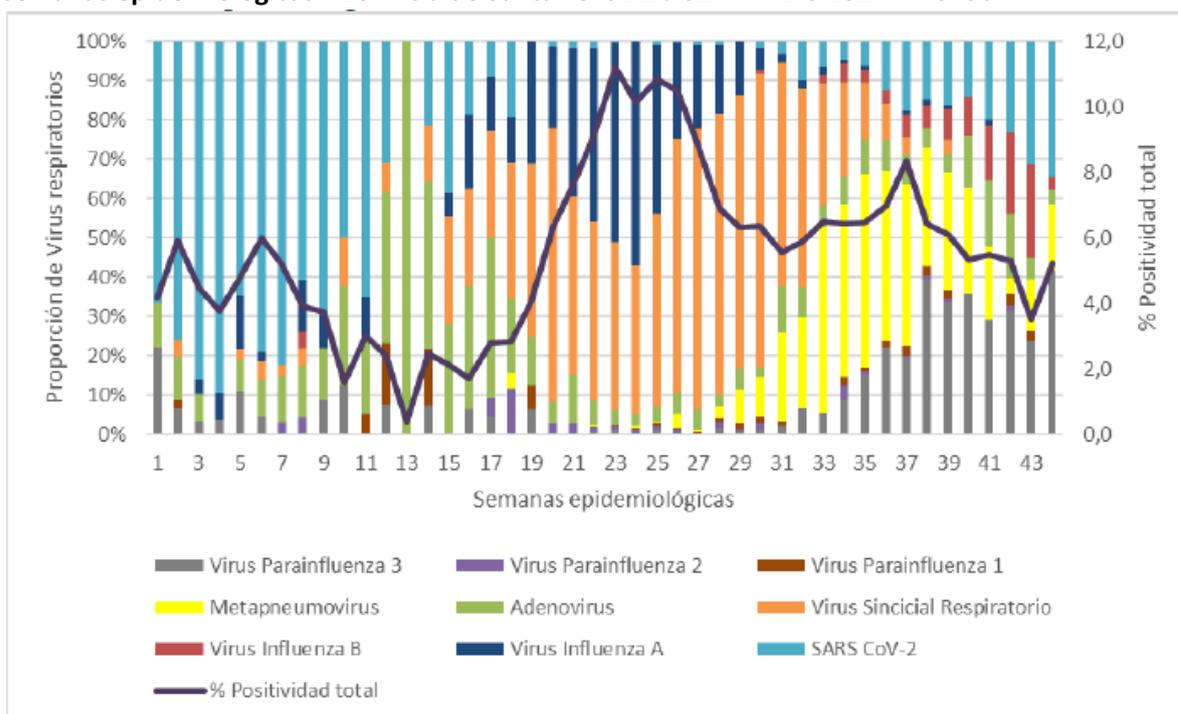
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

SANTA FE: VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES INTERNADOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

A partir de la SE 33 se registra mayor diversidad en los virus respiratorios detectados, entre ellos Metapneumovirus, Parainfluenza 3, Sars-CoV-2 e Influenza B. En las últimas semanas epidemiológicas se registra un mayor número de casos de de Sars-CoV-2 (IP 11%), seguido de Virus Parainfluenza 3 (IP 10.1%).



Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados con IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 44 - Año 2024. N=3790.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección Provincial de Red de Laboratorios en base a datos extraídos del SNVS 2.0 – Notificación agrupada: Infecciones respiratorias virales – Internados.

Para más información:

[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802)

TIERRA DEL FUEGO: DIARREAS

Hasta la SE 45 de 2024 se notificaron 7.847 casos de diarreas aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo periodo del año 2023 se observa un aumento del 33,5% de los casos registrados a nivel provincial.



Diarreas agrupadas hasta SE 43 año 2023-2024. Tierra del Fuego.

| | SE 45 / Año 2023 | SE 45 / Año 2024 | % Variación interanual |
|------------------|------------------|------------------|------------------------|
| Río Grande | 2673 | 3054 | ↑ 14,3 |
| Tolhuin | 373 | 249 | ↓ -33,2 |
| Ushuaia | 2832 | 4544 | ↑ 60,5 |
| Tierra del Fuego | 5878 | 7847 | ↑ 33,5 |

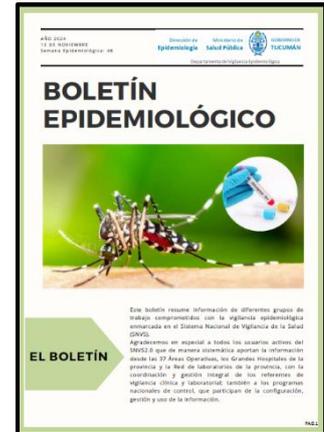
Fuente: SNVS 2.0 D.E.I.S. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

Para más información:

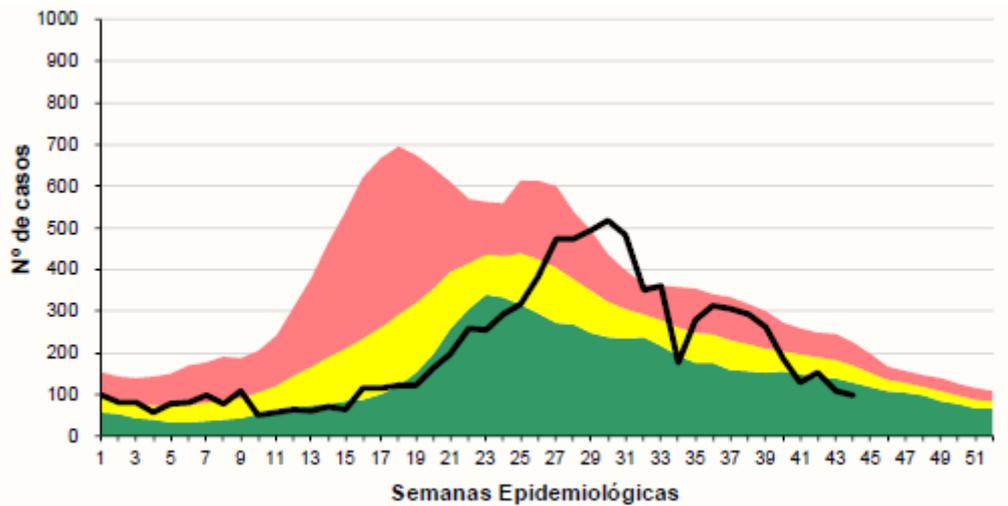
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

TUCUMÁN: BRONQUIOLITIS

En la semana 44 se notificaron 98 casos de bronquiolitis.



Corredor endémico de Bronquiolitis SE 44. Provincia de Tucumán Año 2024.



Fuente: Dirección de Epidemiología. Laboratorio de Salud Pública.

Para más información: direpitucuman@gmail.com

**HERRAMIENTAS PARA
LA VIGILANCIA, LA
PREVENCIÓN Y LA
RESPUESTA**

1° EDICIÓN DEL CURSO: “VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE DENGUE

DESTINADO A PERSONAL DE SALUD QUE REALIZA TAREAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Modalidad Virtual Autoadministrada

Plataforma Virtual de Salud: <https://pvs.msal.gov.ar>

Inicia el 2 de diciembre

Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:



Consultas a: cursos.direpinacion@gmail.com

3° EDICIÓN DEL CURSO: "SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE SALUD SNVS 2.0"

Modalidad Virtual Autoadministrada

Plataforma Virtual de Salud: <https://pvs.msal.gov.ar>

Inicia el 7 de octubre (abierto hasta el 13 de diciembre)

INSCRIPCIONES EN:



Consultas: cursos.direpacion@gmail.com

6° EDICIÓN DEL CURSO: "HERRAMIENTAS BÁSICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE SALAS DE SITUACIÓN DE SALUD"

Modalidad Virtual Autoadministrada

Plataforma Virtual de Salud: <https://pvs.msal.gov.ar>

Inicia el 7 de octubre de 2024

(abierto hasta el 13 de diciembre)

INSCRIPCIONES EN:



Consultas: cursos.direpinacion@gmail.com

LISTADO DE MODIFICACIONES EN CODIFICACIONES AUXILIARES EN EL SNVS 2.0

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS2.0, en este número se publican las realizadas en **noviembre del corriente año**, en el marco de su adecuación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

En lo sucesivo, las futuras actualizaciones de las codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 se publicarán periódicamente, proporcionando una visión detallada y oportuna de las mejoras y ajustes continuos en el sistema.

| MODALIDAD NOMINAL | | | | |
|-----------------------|---|--------|---------|--|
| Fecha de modificación | Nombre del Evento | Solapa | Sección | Cambio realizado |
| NOVIEMBRE | Dengue durante la gestación | | | El evento se encuentra configurado en su totalidad |
| NOVIEMBRE | Leucinosis (Enfermedad de orina con olor a Jarabe de Arce o MSUD) | | | El evento se encuentra configurado en su totalidad |
| NOVIEMBRE | Cromoblastomicosis | | | El evento se encuentra configurado en su totalidad |
| NOVIEMBRE | Infecciones por especies de <i>Candidozyma auris</i> (<i>Candida auris</i>) | | | El evento se encuentra configurado en su totalidad |
| NOVIEMBRE | Infección por especies de los Complejos <i>Cryptococcus neoformans</i> y <i>Cryptococcus gattii</i> | | | El evento se encuentra configurado en su totalidad |
| NOVIEMBRE | Micetomas eumicóticos | | | El evento se encuentra configurado en su totalidad |

Para consultar cambios que se hayan realizado en el periodo **enero – julio 2024** remitirse al siguiente documento: [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 30 Nro 715](#)

Para consultar cambios que se hayan realizado en **agosto 2024** remitirse al siguiente documento: [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 34 Nro 719](#)

Para consultar cambios que se hayan realizado en **septiembre 2024** remitirse al siguiente documento: [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 38 Nro 723](#)

Para consultar cambios que se hayan realizado en **octubre 2024** remitirse al siguiente documento: [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 41 Nro 726](#)