



# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA  
EPIDEMIOLÓGICA

# 30

NÚMERO 715 AÑO 2024  
FECHA DE PUBLICACIÓN:  
05/08/2024

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA



## AUTORIDADES

### MINISTRO DE SALUD

Dr. Mario Antonio RUSSO

### SECRETARIO DE CALIDAD EN SALUD

Dr. Leonardo Oscar BUSSO

### DIRECTOR NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

Dr. Eduardo DE LOS RÍOS

### DIRECTORA DE EPIDEMIOLOGIA

Vet. Cecilia GONZÁLEZ LEBRERO

## AUTORES DE ESTE BOLETÍN:

### Informe Encefalitis Equina del Oeste:

Antonella Vallone, Gabriela Fernández, Yasmin El Ahmed, Lucía Amelotti, Belén Amato, María Pía Buyayisqui, Carlos Giovacchini, María Alejandra Morales<sup>1</sup>, Cintia Fabbri<sup>1</sup>, Victoria Luppo<sup>1</sup>, Ximena Melón<sup>2</sup>, Lorena Dassa<sup>2</sup>, Mario Iturria<sup>2</sup>, Natalia Perrone<sup>2</sup>, Andrea Marcos<sup>2</sup>, Agostina Pierdomenico<sup>2</sup>, Natalia Ferro<sup>2</sup>.

### Informe dengue y otros arbovirus:

Gabriela Fernández, Yasmín El Ahmed, Carlos Giovacchini, Dalila Rueda, Federico M. Santoro, Silvina Moisés, Lucia Amelotti, Belén Amato, Manuel Kurten Pérez, Lorena Fernández, María Pía Buyayisqui, Contó además con la contribución de María Alejandra Morales<sup>1</sup> Cintia Fabbri<sup>1</sup>, Victoria Luppo<sup>1</sup>.

### Destacados en boletines jurisdiccionales:

Franco Ormeño Mazzochi.

## 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<sup>2,0</sup>.

## IMAGEN DE TAPA:

Inicio del Programa de entrenamiento en epidemiología de campo y acciones de salud pública (EPI-Ar) en la Provincia de La Rioja. Foto: Tomada del banco de imágenes de la Dirección de Epidemiología.

**CÓMO CITAR ESTE BOLETÍN:** Ministerio de Salud de la República Argentina. (2024). Boletín Epidemiológico Nacional N°715, SE 30.

### Informe infecciones respiratorias agudas:

Carla Voto, María Paz Rojas Mena, Melisa Laurora, Dalila Rueda, Federico M. Santoro, Silvina Moisés, Andrea Pontoriero<sup>3</sup>, Tomás Poklepovich<sup>4</sup>.

### Alertas y comunicaciones internacionales:

Ignacio Di Pinto.

### Herramientas para la vigilancia, prevención y respuesta:

Sebastián Riera, Antonella Vallone, Alexia Echenique, María Pía Buyayisqui

### Gestión del SNVS y de los datos de vigilancia

Alexia Echenique Arregui, Estefanía Cáceres, Martina Meglia Vivarés, Guillermina Pierre, Juan Pablo Ojeda, Julio Tapia.

### Coordinación General:

Carlos Giovacchini.

1 Laboratorio Nacional de Referencia para Dengue y otros arbovirus, INEVH-ANLIS.

2 Dirección Nacional de Sanidad Animal, SENASA.

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

4 Centro Nacional de Genómica y Bioinformática – ANLIS.

## CONTENIDO

Situaciones epidemiológicas emergentes .....	5
Vigilancia de Encefalitis Equina del Oeste (EEO).....	6
Eventos priorizados .....	14
Vigilancia de dengue y otros arbovirus.....	15
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas .....	29
Alertas y comunicaciones epidemiológicas internacionales.....	50
Resistencia a los antimicrobianos, hipervirulenta <i>Klebsiella pneumoniae</i> - Situación global .....	52
Una nueva iniciativa estudiará el desarrollo de una vacuna experimental de ARNM contra la infección por el virus de la gripe A (H5N1).....	55
Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - OPS .....	57
Alerta epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas - OPS.....	60
Destacados en boletines jurisdiccionales .....	65
Buenos Aires: Vigilancia de infecciones respiratorias agudas (IRA).....	66
CABA: Eventos respiratorios de abordaje ambulatorio .....	67
La Pampa: Enfermedad tipo influenza (ETI) .....	68
Mendoza: Vigilancia de Covid-19 .....	69
Neuquén: Neumonía .....	70
Salta: Internación por infecciones respiratorias agudas (IRA) .....	71
Santa Fe: Leptospirosis.....	72
Tierra del Fuego: Enfermedad tipo influenza (ETI) .....	73
Tucumán: Vigilancia de síndrome febril agudo inespecífico.....	74
Herramientas para la vigilancia, la prevención y la respuesta .....	75
Inició en La Rioja el Programa de entrenamiento en epidemiología de campo y acciones de salud pública (EPI-Ar).....	76
Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS2.0.....	77

**SITUACIONES  
EPIDEMIOLÓGICAS  
EMERGENTES**

## VIGILANCIA DE ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE (EEO)

### SITUACIÓN DE EEO EN ANIMALES EN ARGENTINA

Desde la alerta del 25 de noviembre de 2023 hasta el 01 de agosto de 2024 el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) ha confirmado un total de 1.529 brotes<sup>5</sup> en equinos en 17 provincias<sup>6</sup> (Ver Tabla 1).

El 24 de enero se estableció la vacunación obligatoria en todo el territorio contra las encefalomiELITIS equinas del Este y del Oeste para todos los équidos que tengan al menos dos meses de vida, en el marco de la emergencia sanitaria por la enfermedad establecida mediante la Resolución 1219/2023. Más información en [EncefalomiELITIS equinas: Se estableció la vacunación obligatoria en todo el territorio | Argentina.gob.ar](https://www.argentina.gob.ar/salud/enfermedades/encefalomiELITIS-equinas)

**Mapa 1. EEO: Distribución de brotes equinos por provincia. Argentina.**



Fuente: SENASA<sup>7</sup>

<sup>5</sup> Un brote puede tener uno o más animales afectados.

<sup>6</sup> *Fe de erratas:* En boletines anteriores se consignaba un total de 1530 brotes en 18 provincias. La diferencia con este boletín se relaciona con una actualización realizada por SENASA en la cual, un caso que había sido considerado por criterio clínico-epidemiológico en San Juan fue clasificado finalmente como no conclusivo, dado que no pudo ser estudiado por laboratorio, y los que sí pudieron estudiarse resultaron negativos para EEO.

<sup>7</sup> SENASA-DNSA. EncefalomiELITIS Equina del Oeste. [Internet] Disponible en <https://qliksensebycores.senasa.gob.ar/sense/app/4c5153a2-24a4-4876-9c63-11f02c0350df/sheet/6c6d7b32-830d-41dd-b222-b2697148c623/state/analysis> Consultado 01/08/2024.

**Tabla 1. EEO en equinos: resultados por provincia al 01/08/2024. Argentina.**

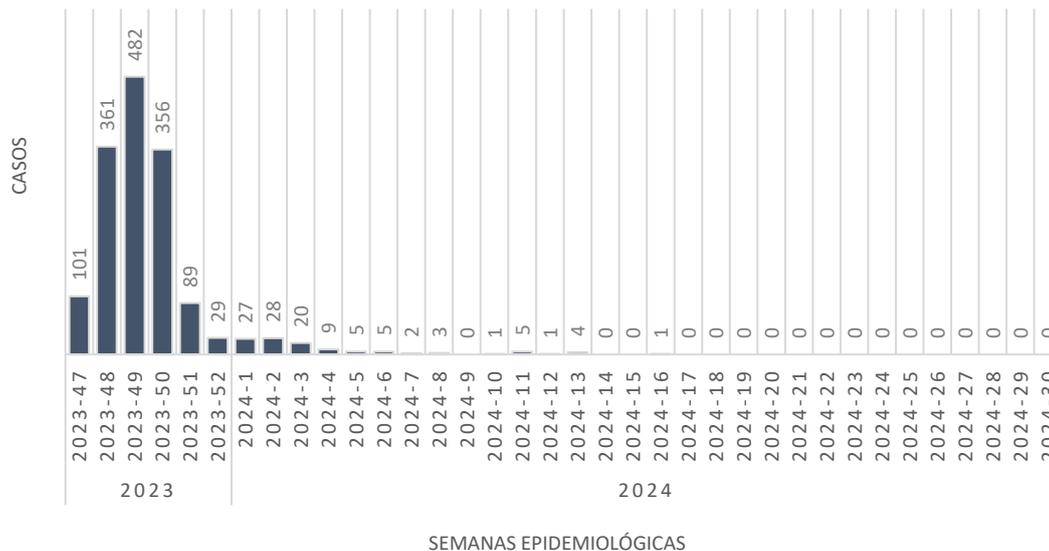
Jurisdicción	Positivo por laboratorio	Positivo por criterio C.E	Pendiente	Epizootia descartada	Negativo por laboratorio	Total positivos	Total general
Buenos Aires	14	829	0	2	6	843	851
CABA	0	0	0	0	0	0	0
Córdoba	2	177	0	2	4	179	185
Entre Ríos	4	75	0	0	2	79	81
Santa Fe	3	209	0	0	3	212	215
Centro	23	1290	0	4	15	1313	1332
Mendoza	5	3	0	0	2	8	10
San Juan	0	0	0	1	1	0	2
San Luis	1	4	0	1	1	5	7
Cuyo	6	7	0	2	4	13	19
Chaco	1	24	0	2	0	25	27
Corrientes	3	54	0	0	5	57	62
Formosa	1	14	0	0	2	15	17
Misiones	0	0	0	0	2	0	2
NEA	5	92	0	2	9	97	108
Catamarca	1	0	0	0	2	1	3
Jujuy	0	0	0	1	2	0	3
La Rioja	3	1	0	0	1	4	5
Salta	1	2	0	0	1	3	4
Santiago del Estero	1	8	0	1	1	9	11
Tucumán	0	0		3	4	0	7
NOA	6	11	0	5	11	17	33
Chubut	1	8	0	0	0	9	9
La Pampa	3	39	0	0	2	42	44
Neuquén	1	1	0	1	1	2	4
Río Negro	2	34	0	0	0	36	36
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0
Sur	7	82	0	1	3	89	93
Total PAIS	47	1482	0	14	42	1529	1585

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SENASA8. Jurisdicciones SIN casos de EEO en equinos.

La detección de casos en equinos tuvo su pico en la SE 49 llegando a los 482 casos y ha disminuido a menos de 30 casos semanales a partir de la SE 52/2023 sosteniéndose en descenso hasta la SE 6 y registrándose casos esporádicos desde entonces hasta la SE16, luego de la cual no se han registrado nuevos brotes.

<sup>8</sup>DNSA. SENASA. Encefalomiелitis equina del oeste. Estado de resultados por semana epidemiológica. Disponible en <https://qliksensebycores.senasa.gob.ar/sense/app/4c5153a2-24a4-4876-9c63-11f02c0350df/sheet/6c6d7b32-830d-41dd-b222-b2697148c623/state/analysis>. Fecha de consulta 01/08/2024

**Gráfico 1. EEO en equinos: casos positivos por laboratorio y clínica según semana epidemiológica. SE47/2023 a SE 30/2024. Argentina.**

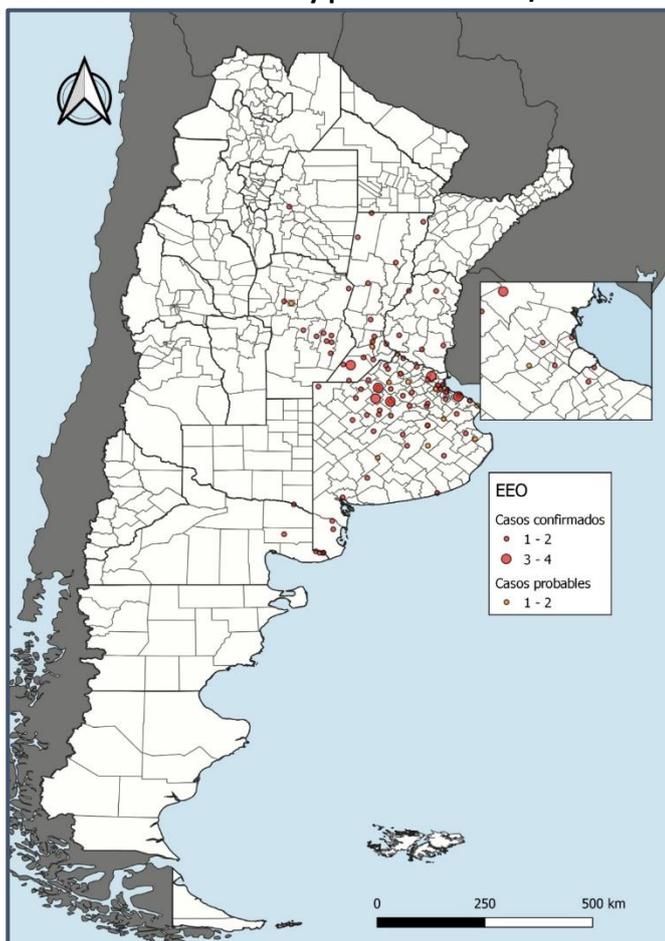


Fuente: Elaboración propia en base a datos de SENASA.

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE EEO EN HUMANOS EN ARGENTINA

Desde el inicio de la vigilancia epidemiológica en la SE 48/2023 a la SE 30/2024 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>) **582** casos sospechosos de Encefalitis Equina del Oeste en humanos en **21** provincias, se confirmaron **108** casos, **20** han sido clasificados como probables<sup>9</sup> y **123** han sido descartados. Los últimos casos positivos corresponden a la SE 15.

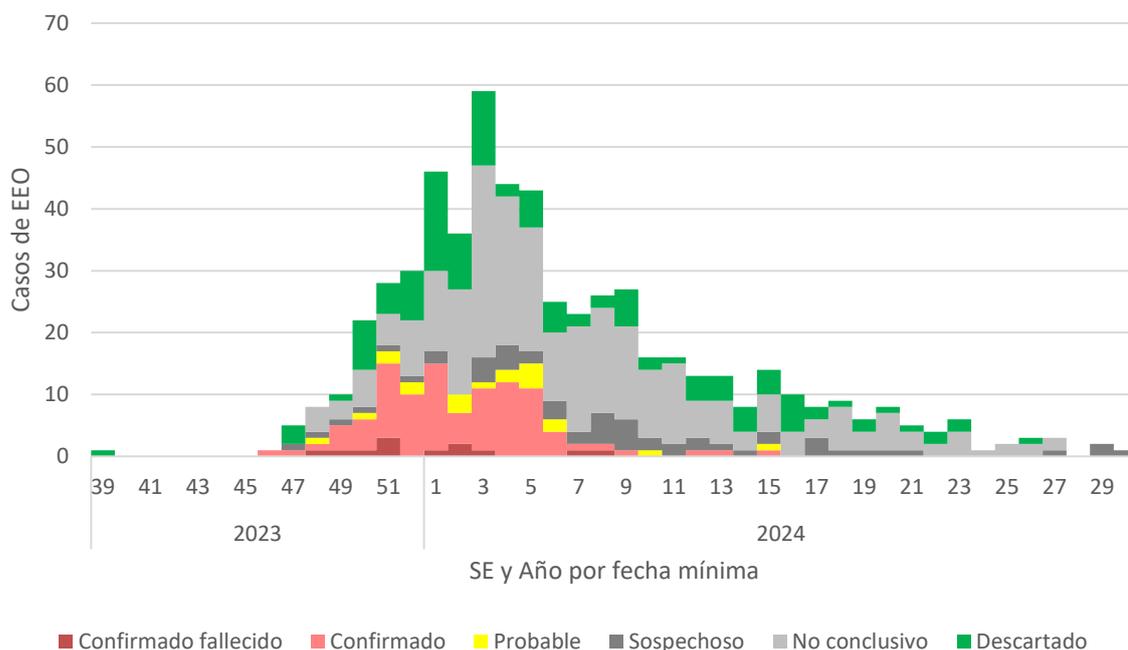
**Mapa 2: EEO en humanos: Casos confirmados y probables. SE 46/2023 a SE 30/2024. Argentina**



Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>).

<sup>9</sup> Ver Encefalitis Equina del Oeste: algoritmo de diagnóstico y notificación al SNVS disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/algoritmo-encefalitis-equina-del-oeste-diagnostico-y-notificacion-al-snvs>

**Gráfico 2. EEO en humanos: Notificaciones según clasificación por Semana Epidemiológica. SE 46/2023 a SE 30/2024. 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).

Desde la puesta en marcha de la vigilancia en la SE 48 de 2023, se registraron casos sospechosos en todas las semanas epidemiológicas excepto en la SE 28 de 2024. Se identificaron dos casos confirmados de forma retrospectiva correspondientes a las semanas 46 y 47. En un periodo de 22 semanas epidemiológicas -desde la SE46/2023 a la SE15/2024- se registraron casos confirmados y/o probables en todas las semanas epidemiológicas, a excepción de las SE11 y SE14 de 2024. Desde la semana 15/2024 no se registraron nuevos casos confirmados o probables<sup>10</sup>. El mayor número de casos positivos se registró entre las SE51/2023 y SE5/2024. El último caso positivo registrado fue confirmado de forma retrospectiva y corresponde a la SE 2.

Los casos confirmados hasta el momento se identificaron en 8 jurisdicciones Buenos Aires, CABA, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos, Santiago del Estero, La Pampa y Río Negro.

<sup>10</sup> Este dato puede variar, ya que hay aún casos sospechosos en estudio en ese período.

**Tabla 2. EEO en humanos: Notificaciones por jurisdicción de residencia según clasificación. Argentina. SE 48/2023 a SE 30/2024.**

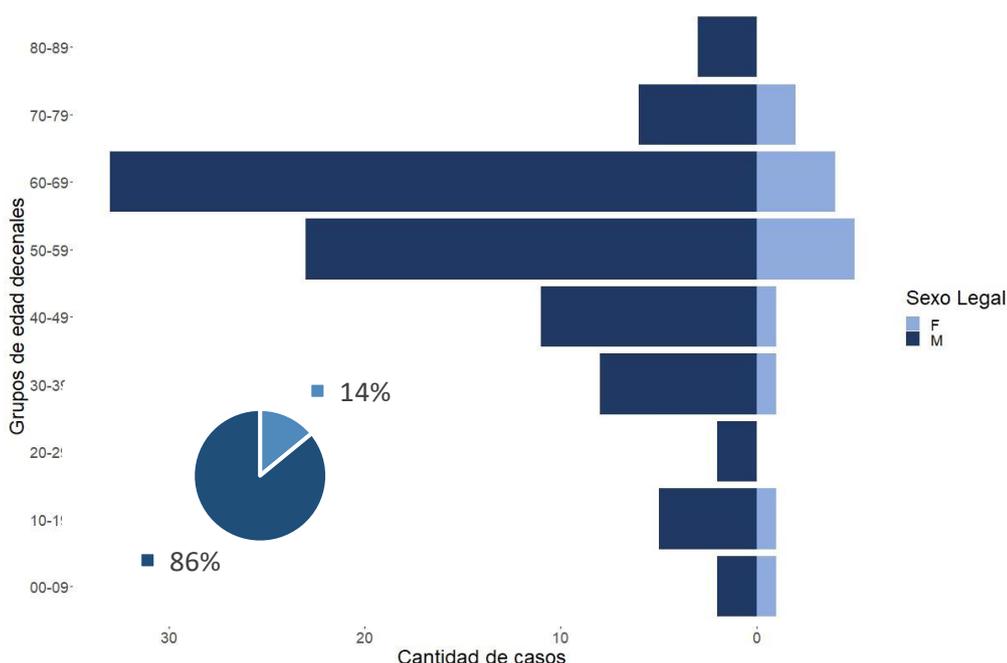
Provincia	Caso confirmado	Caso Probable	Caso sospechoso	Caso sospechoso no conclusivo	Caso descartado	TOTAL
Buenos Aires	64	18	27	159	60	328
CABA*	2	0	4	6	7	19
Córdoba	10	1	3	21	3	38
Entre Ríos	6	0	4	7	10	27
Santa Fe	20	1	9	66	18	114
<b>Centro</b>	<b>102</b>	<b>20</b>	<b>47</b>	<b>259</b>	<b>98</b>	<b>526</b>
Mendoza	0	0	0	2	6	8
San Juan	0	0	2	0	1	3
San Luis	0	0	2	3	1	6
<b>Cuyo</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>17</b>
Chaco	0	0	0	3	2	5
Corrientes	0	0	0	4	0	4
Formosa	0	0	0	0	1	1
Misiones	0	0	0	0	0	0
<b>NEA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>10</b>
Catamarca	0	0	0	1	0	1
Jujuy	0	0	1	1	1	3
La Rioja	0	0	0	1	0	1
Salta	0	0	0	0	1	1
Santiago del Estero	1	0	1	0	3	5
Tucumán	0	0	0	0	1	1
<b>NOA</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>12</b>
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	1	0	0	1	2	4
Neuquén	0	0	1	0	1	2
Río Negro	4	0	0	2	4	10
Santa Cruz	0	0	0	0	1	1
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Sur	5	0	1	3	8	17
<b>Total PAIS</b>	<b>108</b>	<b>20</b>	<b>54</b>	<b>277</b>	<b>123</b>	<b>582</b>

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

\*Los casos notificados en CABA presentan como antecedente epidemiológico actividad en zona rural de la provincia de Buenos Aires y Entre Ríos. Jurisdicciones con casos confirmados de EEO en humanos

Se identificaron casos confirmados en todos los grupos de edad con una mediana de 57,5 años, un máximo de 81 años y un mínimo de 4 meses; el 60% de los casos se acumulan en los grupos de edad de 50 a 69 años. El 86% corresponde a personas de sexo masculino y 14% al sexo femenino.

**Gráfico 3. EEO en humanos: Casos confirmados por grupo de edad y sexo. SE46/2023 a SE 30/2024. Argentina.**



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

Entre los casos confirmados hasta la fecha se notificaron 12 casos fallecidos: Buenos Aires (6), CABA (1), Córdoba (1) Entre Ríos (1), Santa Fe (2), Río Negro (1).

Ocho de los doce casos consignan haber vivido, trabajado o visitado una zona rural o semi rural, los cinco restantes se encuentran en investigación. A su vez, siete de doce refieren antecedente de enfermedad previa o condición de riesgo (diabetes, enfermedad oncológica, hipertensión arterial, enfermedad respiratoria crónica, entre otras). Los casos fallecidos se dieron en personas de entre 30 y 74 años, 10 de sexo masculino y 2 de sexo femenino.

Las recomendaciones para la **prevención y control** y los **procedimientos para la vigilancia** se encuentran disponibles en [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-12/circular-eeo\\_2023-12-08.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-12/circular-eeo_2023-12-08.pdf)

## SITUACIÓN REGIONAL

Hasta el 26 de marzo ascendían a 5 los casos humanos confirmados de Encefalitis Equina del Oeste en Uruguay, según el último informe del Ministerio de Salud Pública del país. Tres casos pertenecen al Departamento de San José, uno en Montevideo y uno en Maldonado<sup>11</sup>. Así mismo, desde el 5 de diciembre del 2023 hasta el 30 de abril del 2024, el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca

<sup>11</sup> Reporte semanal sobre Encefalitis Equina - 26/03/2024. Vigilancia de Encefalitis Equina del Oeste-Encefalitis/meningitis de probable etiología viral. Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del sistema informático SG-DEVISA. Área de Vigilancia en Salud de la Población. Ministerio de Salud Pública. Uruguay - disponible en [Reporte semanal sobre Encefalitis Equina - 26/3/2024 | MSP \(www.gub.uy\)](https://www.gub.uy)

informó 80 equinos muertos con diagnóstico positivo de EEO, 268 equinos muertos con sintomatología y 697 equinos recuperados con sintomatología clínica<sup>12</sup>. La Dirección General de Servicios informó que, teniendo en cuenta la ausencia de notificaciones en las últimas semanas y de casos positivos durante más de 12 semanas, considera al evento sanitario superado.

En Brasil, la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Producción Sostenible y Riego (Seapi) recibió la confirmación, el viernes 26 de enero, del diagnóstico positivo de Encefalitis Equina Occidental (EEO) en el municipio de Barra do Quaraí, en la Frontera Occidental del Estado. Es el primer caso de la enfermedad registrado en Rio Grande do Sul.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Uruguay. Ministerio de Ganadería, agricultura y pesca. Encefalomiелitis en Uruguay Informe oficial de situación. 30/04/2024. Disponible en [30/04/2024 - Encefalomiелitis equina en Uruguay - Cierre del evento sanitario | MGAP \(www.gub.uy\)](https://www.gub.uy)

<sup>13</sup> Rio Grande Do Sul, Gobierno Do Estado. Diagnóstico confirma Encefalite Equina do Oeste no Estado Disponible en <https://estado.rs.gov.br/diagnostico-confirma-encefalite-equina-do-oeste-no-estado>

# **EVENTOS PRIORIZADOS**

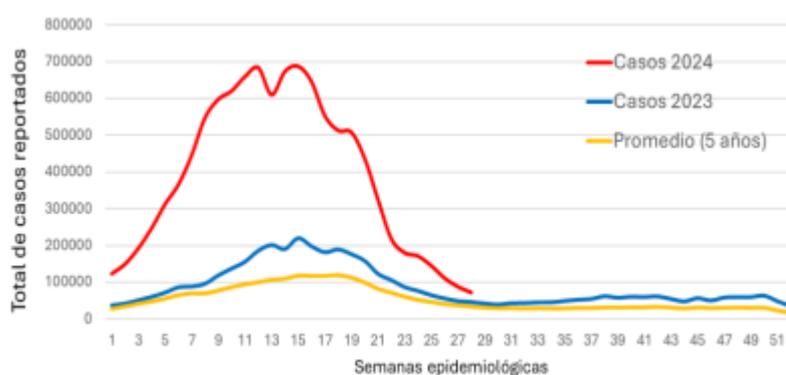
## VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

### SITUACIÓN REGIONAL DE DENGUE

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de situación No 28. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 28, 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) publicado el 25 de julio del 2024 emitido por la Organización Panamericana de la Salud.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 28 del 2024, se reportaron un total de 10.893.547 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 1.154 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa un incremento de 233% en comparación al mismo periodo del 2023 y 418% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 27.

**Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 28 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 10,893,547 casos de dengue reportados en las Américas, 5,738,156 casos (53%) fueron confirmados por laboratorio y 13,832 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 5,940 muertes por dengue, para una letalidad del 0.055%.

Veintitrés países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 28. Estos países registran en conjunto 71.532 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 28.

Subregión Centroamérica y México. Un total de 16,290 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 28. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 119% en comparación con el mismo periodo del 2023 y de 193% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Subregión Caribe. Se notificaron 214 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 28. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 271% en comparación con el mismo periodo del 2023 y de 164% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

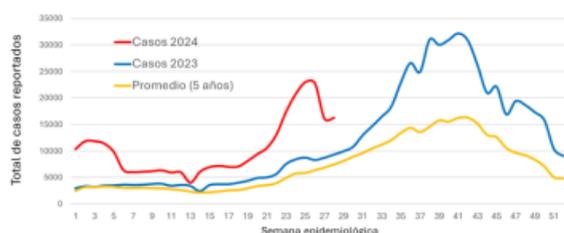
Subregión Andina. Durante la SE 28 se notificaron 10,173 nuevos casos sospechosos de dengue. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 30% en comparación con el mismo periodo del 2023 y un incremento de 206% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Subregión Cono Sur. Se notificaron 44,819 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 28. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta un incremento de 271% en comparación con la misma semana del 2023 y de 454% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos

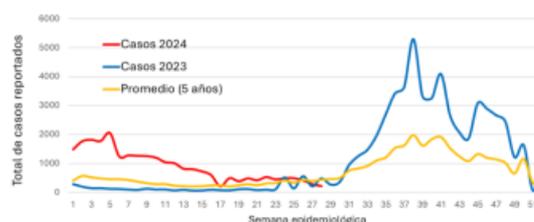
reportados esta semana por Argentina presentan un incremento de 168% y Guyana del 15% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas

**Gráfico 2. Dengue: Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 28 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años según subregión.**

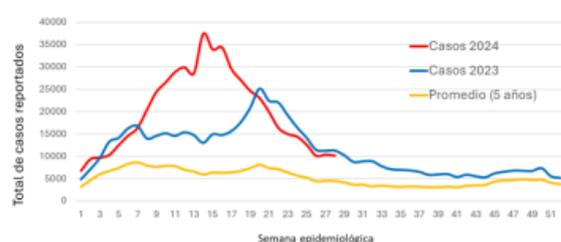
**Subregión de Centroamérica y México**



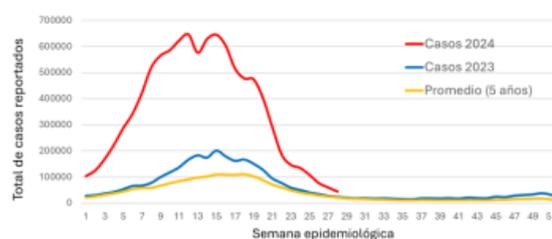
**Subregión del Caribe**



**Subregión Andina**



**Subregión del 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 02/08/2024 en países regionales seleccionados<sup>14</sup>.

**Brasil:** Hasta la SE 30/2024 se reportaron 9.188.636 casos de dengue, 3,5 veces el número registrado en el mismo período del 2023, y 4.856 fallecidos. A la SE 30/2024 se registraron 361.985 casos de chikungunya, 60% más que lo reportado hasta dicha semana del año 2023, y 151 fallecidos. Por último, entre la SE1/2024 y la SE 21/2024 se reportaron 24.171 casos de zika, representando una disminución del 36% respecto a lo notificado hasta dicha semana en el 2023. No se registraron fallecidos de zika durante 2024.

**Bolivia:** Entre la SE 1 y la 25/2024, se registraron 40.663 casos de dengue, un 72% menos que lo reportado a la SE 25/2023, y 16 fallecidos. Con respecto a chikungunya, hasta la misma semana se reportaron 372 casos, 72% menos respecto al año anterior. Hasta esa semana se reportaron 197 casos de zika, lo que representa una reducción del 76% 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 29 de 2024 se notificaron 286.098 casos de dengue, lo cual representa aproximadamente 15 veces más de lo registrado durante el mismo período en 2023. Los fallecidos para el período correspondiente a 2024 fueron 116. Asimismo, hasta la SE 29/2024, se registraron 2.783 casos de chikungunya, una disminución del 98% respecto de lo reportado para el mismo período del año anterior. Con respecto al zika, hasta esa semana se registraron 4 casos de este

<sup>14</sup> Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

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 SE1 a la SE29 de 2024 se notificaron 259.129 casos de dengue, lo cual representa un 21% más de lo registrado durante el mismo período en 2023, y 230 fallecidos. Con relación a chikungunya, hasta esa semana se registraron 88 casos, 27% menos que lo reportado a la misma semana de 2023. Asimismo, hasta la SE30/2024 se registraron 37 casos de zika, dos veces lo reportado en dicho período del año previo. No se reportan fallecidos para estos dos eventos.

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 relación con el año previo, se puede observar un aumento de los casos de dengue en Brasil, Paraguay y Perú. En cuanto a chikungunya y zika, registran una baja de casos en comparación con el mismo periodo reportado en el año 2023: Bolivia, Paraguay y Perú presentan menos casos de chikungunya, mientras que, para Zika se han registrado bajas en Brasil y Bolivia.

## SITUACIÓN DE FIEBRE DE OROPOUCHE EN LA REGION DE LAS AMERICAS<sup>15</sup>

La OPS informó al 1 de agosto del corriente año que se notificaron 8.078 casos en cinco países de la Región de las Américas siendo Brasil el que concentra el 90,1% (7.284), seguido de Bolivia (356), Perú (290), Cuba (74) y Colombia (74).

Con respecto a Brasil, el 75,7% de los casos reportados se concentran en la región amazónica la cual se considera endémica actualmente. Por otra parte, se ha reportado circulación autóctona en regiones no amazónicas, a saber: Bahía, Espírito Santo, Santa Catarina, Pernambuco, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Ceará, Piauí, Maranhão y Mato Grosso.

En el estado de Pernambuco, se registraron dos casos de gestantes sin antecedentes de viaje. El primer caso presentó sintomatología compatible con el evento en mayo del 2024 durante la 30ª semana de gestación, como antecedente contaba con un contacto estrecho con un caso positivo de OROV. Se tomaron muestras obteniéndose como resultado PCR positiva para OROV y una prueba reactiva para dengue y chikungunya (IgM ELISA). En junio del corriente se confirmó la muerte fetal, se tomaron muestras del mismo y se obtuvo como resultado material genético de OROV en el cordón umbilical y tejido de órganos obtenidos del feto incluidos el cerebro, el hígado, los riñones, los pulmones, el corazón y el bazo mediante RT-PCR, lo cual es un indicativo de transmisión vertical del virus. Por otra parte, arrojó resultados negativos de otros arbovirus. El segundo caso correspondió a una mujer de 33 años recientemente embarazada quien presentó síntomas compatibles con OROV y una hemorragia uterina en la 6ª semana de gestación con un posterior aborto en la semana 8. Se realizaron los laboratorios correspondientes y resultó positiva la prueba PCR para OROV, negativas para detección molecular para dengue, Zika, chikungunya y Mayaro y reactivas para IgM ELISA dengue.

En la actualidad, en Brasil, se investiga la posible transmisión vertical de OROV a partir de hallazgos de laboratorio. Por ello, se han realizado estudios retrospectivos de muestras de sueros y líquido cefalorraquídeo almacenados donde se detectaron cuatro recién nacidos con microcefalia que tenían presencia de anticuerpos IgM contra OROV. Se ha identificado material genético de OROV en sangre

---

<sup>15</sup> [Alerta Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas - 1 de agosto del 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

del cordón umbilical, placenta y diversos órganos de una muerte fetal ocurrida con 30 semanas de gestación, lo cual sustenta una posible transmisión vertical de OROV.

Según informó la Secretaría de Vigilancia en Salud y Ambiente del Ministerio de Salud Pública de Brasil, se están realizando análisis conjuntos de laboratorio, epidemiología y clínica para poder concluir la clasificación final de este caso en particular.

Al 30 de julio se encuentran en investigación otros tres casos posibles de transmisión vertical en el estado de Pernambuco correspondientes a tres muertes fetales

Por otra parte, hasta el momento se han reportado dos defunciones asociadas a la infección por OROV y otra que se encuentra en investigación. Uno de los casos fatales corresponde uno a una mujer de 24 años residente del estado de Bahía quien presentó sintomatología compatible en marzo del 2024 sin comorbilidades y consultó en reiteradas ocasiones a un efector de salud, posteriormente fue hospitalizada y fallece el 27 de marzo. Se detectó la presencia del genoma viral de OROV (las muestras de otras arbovirosis dieron negativas). Otro de los casos corresponde también a una mujer de 21 años de edad, también residente del estado de Bahía, que no presentaba comorbilidades. El 6 de mayo presentó sintomatología compatible con OROV, consultó en un efector de salud permaneciendo internada y luego fue trasladada a un segundo hospital donde -debido a su estado crítico de salud- fallece el 9 de mayo. Se tomaron muestras de suero que arrojaron resultados positivos para OROV y negativas para otros arbovirus. El caso que se encuentra en investigación corresponde a un masculino de 57 años de edad del estado de Santa Catarina que fallece en el mes de abril.

## SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de dengue y otros arbovirus se realiza en este boletín por “temporada”, entendiendo por tal un período de 52 semanas desde la SE31 de un año a la SE30 del año siguiente, para considerar en conjunto los meses epidémicos

El presente análisis se realiza para el período SE31 de 2023 a SE30 de 2024. No obstante, el cierre de la temporada se presentará dentro de dos semanas puesto que las jurisdicciones están realizando un proceso de validación de los datos y completando información referida a la temporada bajo análisis.

También se consignan los indicadores para el año 2024 desde la SE1 a la SE30 con datos extraídos el 28/07/2024.

---

Se recuerda a todos los servicios de salud que, en la actual situación epidemiológica, los casos sospechosos de dengue deben ser estudiados por laboratorio para confirmar o descartar la infección, de preferencia a través de métodos directos en muestras tempranas<sup>16</sup>.

---

Desde la SE31 de 2024 y hasta la semana 30/2024 -con datos proporcionados hasta el 28 de julio de 2024- se registraron 16 semanas de descenso, luego de registrarse el mayor número de casos de la temporada entre las semanas 12 y 14 de 2024.

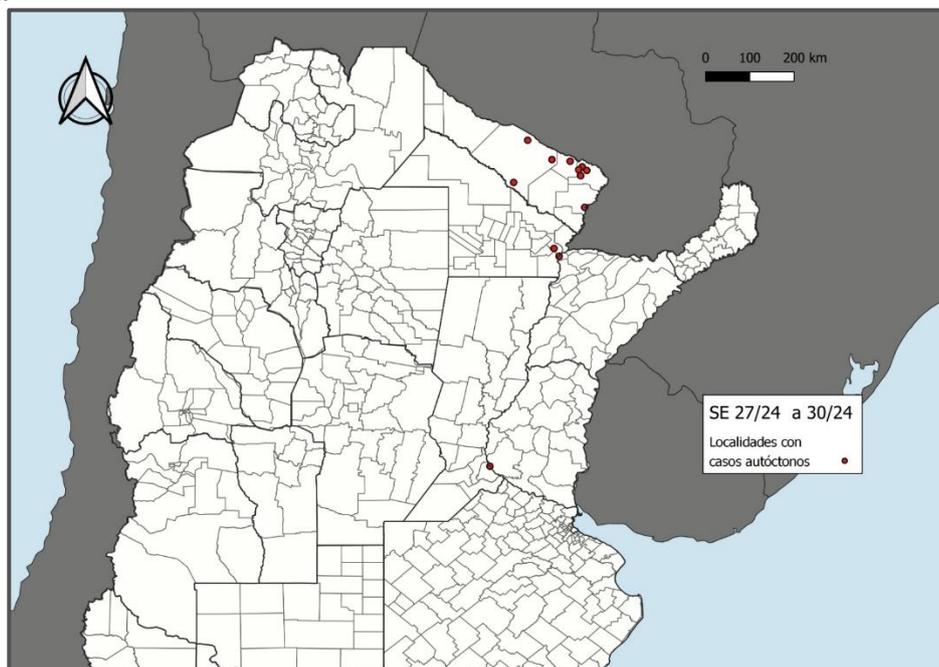
---

<sup>16</sup> Ver: [Algoritmo de diagnóstico y notificación de dengue a través del SNVS](#)

En cuanto a la distribución espacial, 19 jurisdicciones en 4 regiones han presentado circulación autóctona de dengue durante esta temporada, de las cuales 15 han pasado 28 días o más sin registrar nuevos casos y 4 notificaron uno o más casos confirmados autóctonos en las últimas 4 semanas en dos regiones (NEA y Centro).

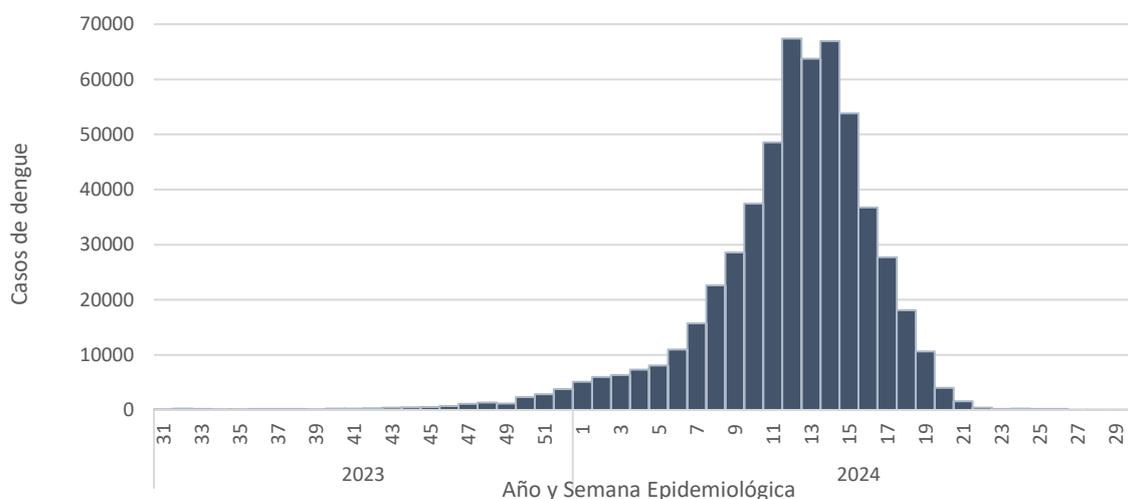
Las jurisdicciones que registraron casos confirmados y probables autóctonos en las últimas 4 semanas son: Chaco (San Fernando y Comandante Fernández), Santa Fe (último caso confirmado en Rosario en la SE27), Corrientes (Capital) y Formosa (Pilcomayo, Pilagás, Formosa Capital y Patiño).

**Mapa 1. Dengue: Casos confirmados y probables en las últimas 4 semanas. SE27/2023 a SE30/2024. 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).

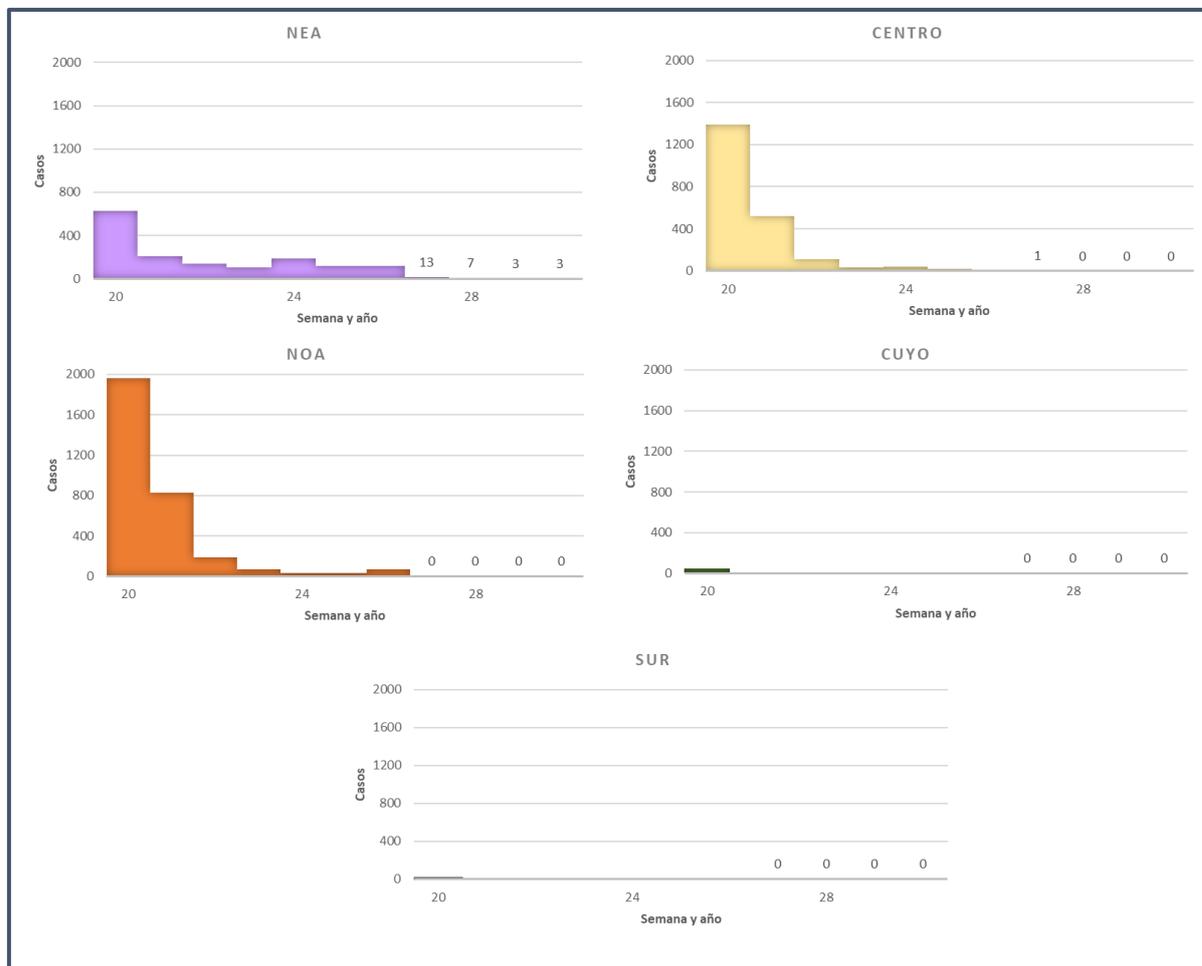
**Gráfico 3. Dengue: Casos por semana epidemiológica SE31/2023 a SE30/2024. Argentina.**



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).

Desde la SE 31/2023 hasta la SE 30/2024 se registraron hasta el momento<sup>17</sup> 566.141 casos clasificados como casos de dengue<sup>18</sup> de los cuales 548.862 (97%) corresponden al año 2024. La incidencia acumulada hasta el momento para la temporada es de **1203** casos cada 100.000 habitantes

**Gráfico 4. Dengue: Casos por semana epidemiológica según Región SE20/2024 a SE30/2024<sup>19</sup>. 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).

<sup>17</sup> Las jurisdicciones se encuentran en proceso de cierre de casos aún no clasificados para el cierre de temporada por lo cual esta información puede variar en las próximas semanas, cuando se hayan reclasificado casos sospechosos que permanecen en investigación.

<sup>18</sup> Incluye casos confirmados por laboratorio, casos con laboratorio positivo en zonas con circulación viral y casos con nexo epidemiológico sin laboratorio. Para más información sobre las clasificaciones en situaciones de brote o epidemias ver <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/circular-de-vigilancia-epidemiologica> y <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/orientaciones-de-vigilancia-atencion-de-casos-y-organizacion-de-losservicios-en-contexto>. Para consultar el algoritmo de diagnóstico por laboratorio ver [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-10/afiche\\_Algoritmo\\_dengueA3\\_6-07-2022.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-10/afiche_Algoritmo_dengueA3_6-07-2022.pdf)

<sup>19</sup> Hasta la semana 27 incluyen casos confirmados por laboratorio y nexo epidemiológico. A partir de la SE27 y de acuerdo a las recomendaciones vigentes para períodos interepidémicos, solo se cuentan como dengue a los casos confirmados por laboratorio.

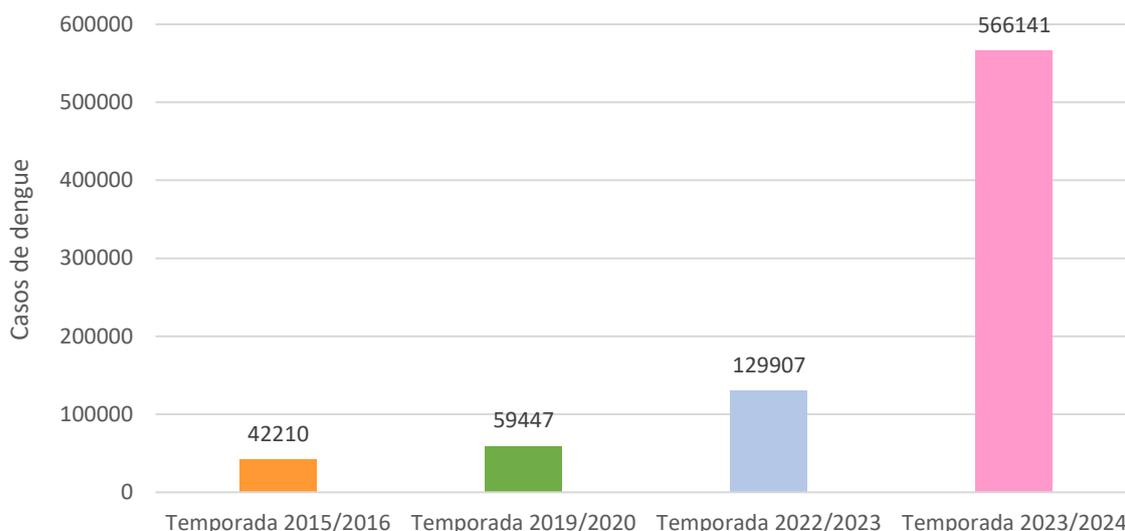
**Tabla 1. Dengue: Casos de dengue, casos de dengue con laboratorio positivo y total de sospechas investigadas según jurisdicción por temporada y año calendario. Argentina.**

Jurisdicción	TEMPORADA 2023/2024 (SE 31 a SE 30)			AÑO 2024 (SE 1 a SE 30)		
	Casos de dengue	Casos con laboratorio positivo	Notificaciones totales	Casos de dengue	Casos con laboratorio positivo	Notificaciones totales
Buenos Aires	106932	31876	148096	106682	31639	146765
CABA	25346	24365	56399	25294	24314	55745
Córdoba	127522	10808	150393	127439	10725	149150
Entre Ríos	19412	4752	24533	19380	4731	24251
Santa Fe	53070	16883	76540	52934	16748	75292
<b>Total Centro</b>	<b>332.282</b>	<b>88.684</b>	<b>455.961</b>	<b>331.729</b>	<b>88.157</b>	<b>451.203</b>
Mendoza	4790	1751	8994	4784	1745	8915
San Juan	2151	698	3205	2148	695	3194
San Luis	3813	769	4506	3805	763	4473
<b>Total Cuyo</b>	<b>10.754</b>	<b>3.218</b>	<b>16.705</b>	<b>10.737</b>	<b>3.203</b>	<b>16.582</b>
Chaco	28487	21684	42238	21595	15186	31558
Corrientes	10904	7802	15673	9321	6241	13024
Formosa	16769	16559	18572	10324	10194	10472
Misiones	15327	8816	22168	13754	7462	18862
<b>Total NEA</b>	<b>71.487</b>	<b>54.861</b>	<b>98.651</b>	<b>54.994</b>	<b>39.083</b>	<b>73.916</b>
Catamarca	11050	6574	15319	11046	6570	15229
Jujuy	14160	3869	20148	14155	3864	19812
La Rioja	11326	1408	14288	11326	1408	14239
Salta	17908	7479	31499	17884	7455	30284
Santiago del Estero	18145	4190	24475	18070	4115	23893
Tucumán	77601	28871	89208	77566	28837	88166
<b>Total NOA</b>	<b>150.190</b>	<b>52.391</b>	<b>194.937</b>	<b>150.047</b>	<b>52.249</b>	<b>191.623</b>
Chubut	167	69	301	166	69	297
La Pampa	534	477	1424	533	476	1413
Neuquén	186	140	393	175	129	367
Río Negro	98	24	170	98	24	163
Santa Cruz	265	176	485	215	126	416
Tierra del Fuego	178	127	277	168	117	265
<b>Total Sur</b>	<b>1.428</b>	<b>1.013</b>	<b>3.050</b>	<b>1.355</b>	<b>941</b>	<b>2.921</b>
<b>Total País</b>	<b>566.141</b>	<b>200.167</b>	<b>769.304</b>	<b>548.862</b>	<b>183.633</b>	<b>736.245</b>

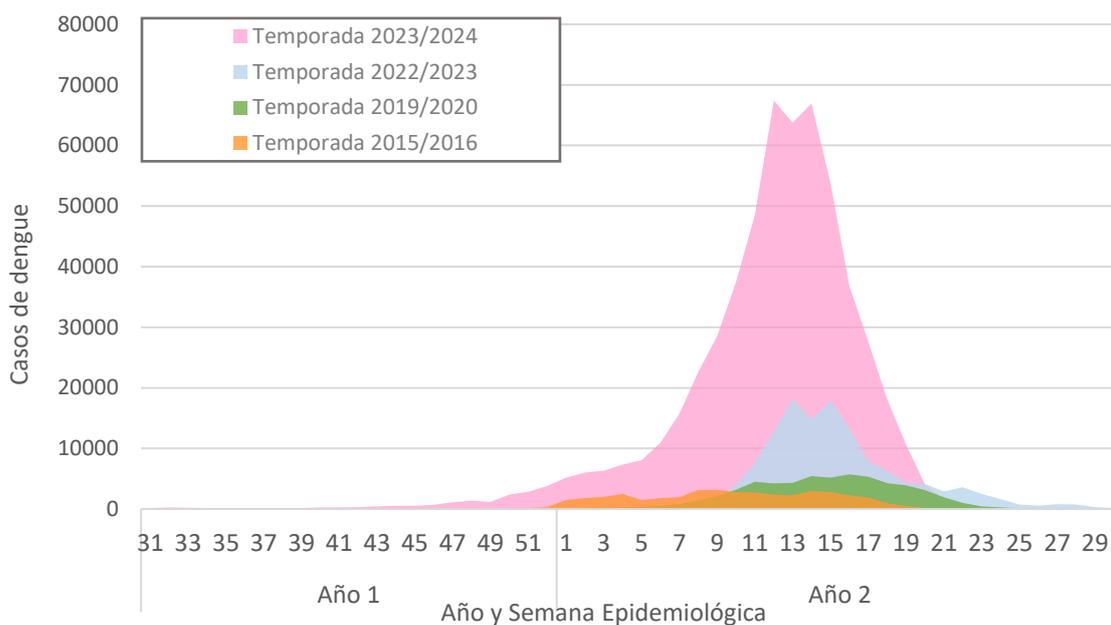
Jurisdicciones SIN circulación viral durante la temporada.

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

Los casos acumulados hasta la SE30 representan 3,35 veces más que lo registrado en el mismo período de la temporada anterior -2022/2023- y 8,52 veces más que lo registrado en el mismo período de 2019/2020.

**Gráfico 5. Dengue: Casos acumulados desde SE31 a SE30 en temporadas epidémicas. Argentina.**

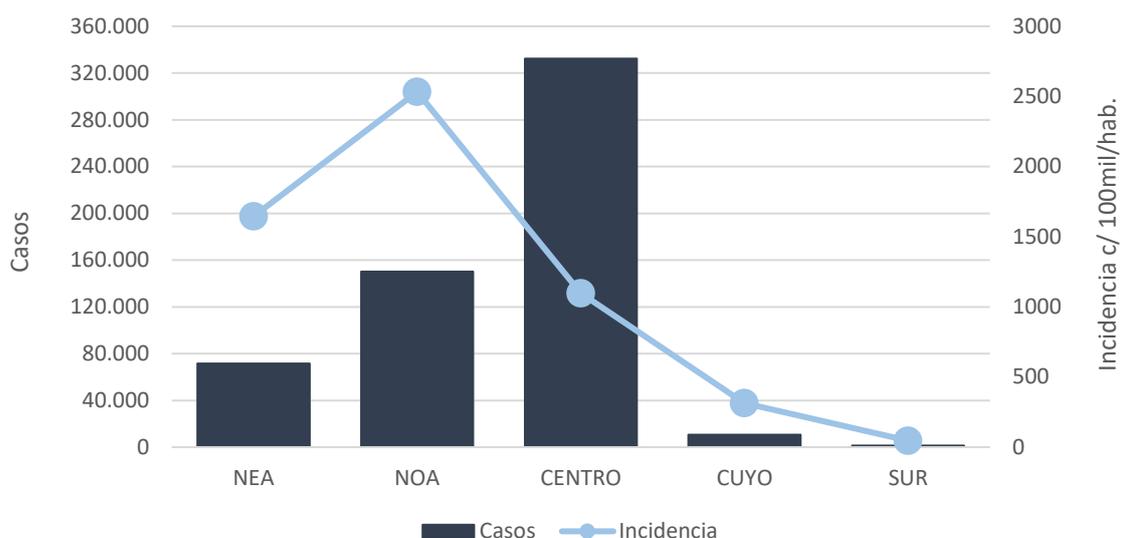
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

**Gráfico 6. Dengue: Casos totales por semana epidemiológica (incluye autóctonos, importados y en investigación) en temporadas epidémicas. 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).

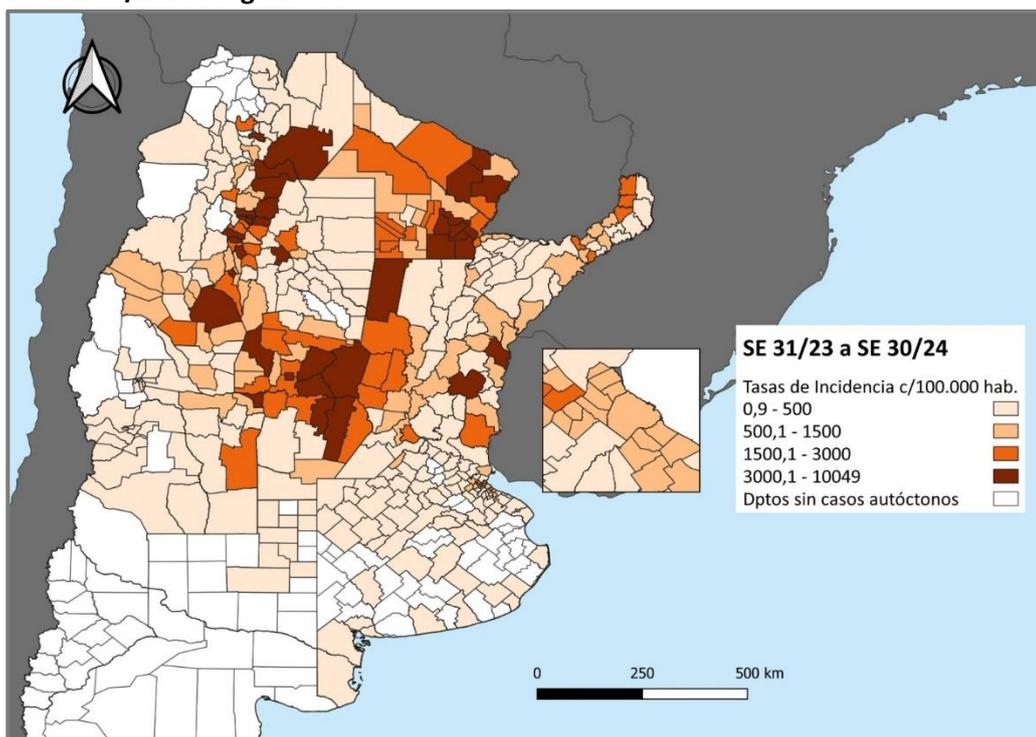
En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada hasta el momento es la de la región NOA con 2533 casos cada 100.000 habitantes, seguida por el NEA con 1645, Centro con 1098, Cuyo con 315; y, Sur con 46 casos cada 100.000 habitantes. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 58.7% de todos los casos notificados, seguida por las Regiones NOA con el 26.5% y NEA, con el 12.6%, mientras que las regiones Cuyo y Sur aportan el 2,2%.

**Gráfico 6. Dengue: Casos e incidencia acumulada según Región. SE31/2023 a SE30/2024. 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).

**Mapa 2. Dengue: Incidencia acumulada por departamento con al menos 2 casos autóctonos SE 31/2023 a SE 30/2024. Argentina.**

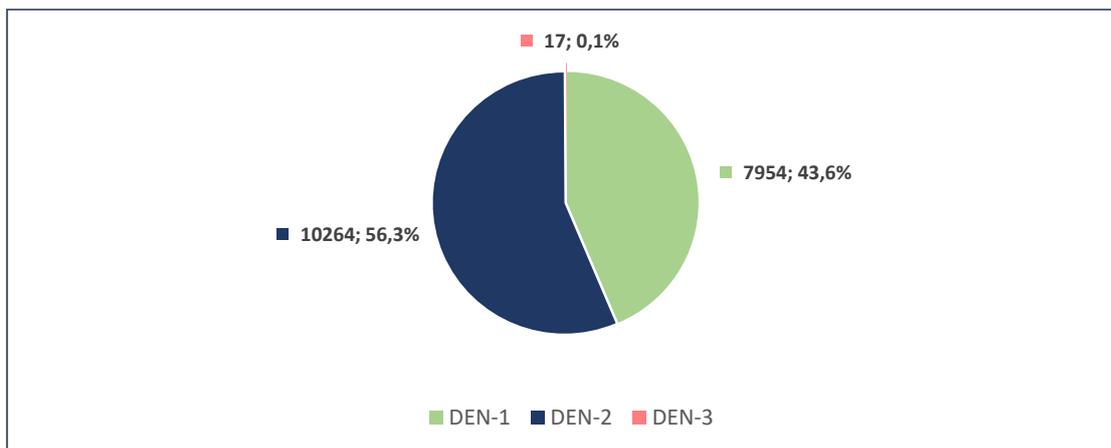


Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

## CIRCULACIÓN DE SEROTIPOS

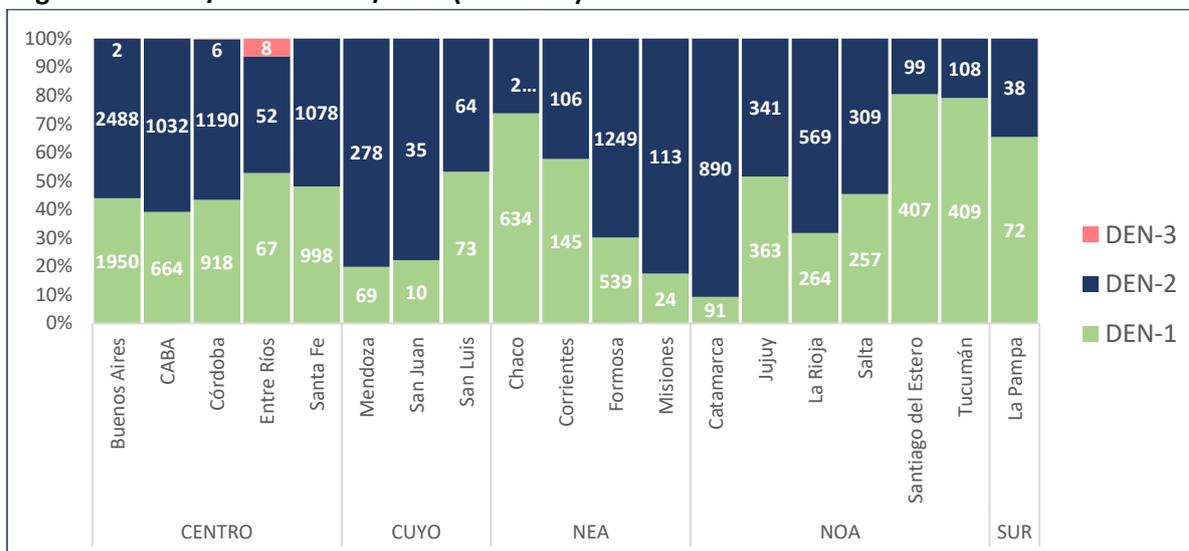
En la presente temporada se han identificado 3 serotipos en casos autóctonos, con predominio de DEN-2, seguido de DEN-1 (entre ambos concentran más del 99,9% de los casos) y algunos pocos casos de DEN-3 registrados a comienzos de 2024.

**Gráfico 7. Dengue: Distribución proporcional de serotipos en casos sin antecedente de viaje. Argentina. SE 31/2023 a SE 30/2024 (n=18.235).**



Fuente: Elaboración del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a casos notificados al SNVS con identificación de serotipo.

**Gráfico 8. Dengue: Distribución proporcional de serotipos según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 31/2023 a SE 30/2024 (n=18.235).**



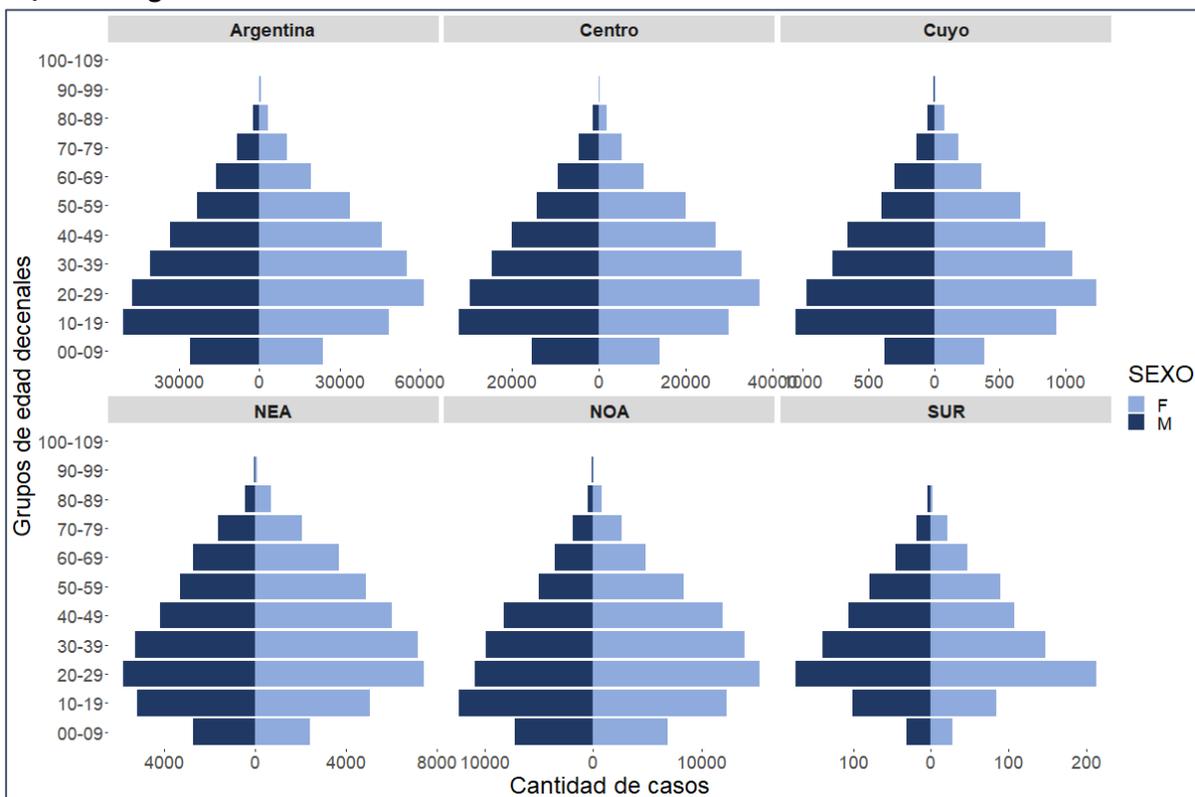
Fuente: Elaboración del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a casos notificados al SNVS con identificación de serotipo.

Se detectaron 181 casos de confección de serotipos DEN-1 y DEN-2, principalmente en las regiones Centro, NOA y NEA. Dos corresponden a casos fallecidos.

## MORBIMORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD

Desde la SE31/23 a la SE30/24 se registró un 55% de los casos en personas de sexo legal femenino y el 45% de sexo masculino. La incidencia acumulada más elevada y el mayor número de casos se observa en personas entre 10 y 39 años. La incidencia más baja se registra en los mayores de 80 años y los menores de 10.

**Gráfico 9. Dengue: Casos por grupos de edad y sexo según total país y región. SE 31/2023 a SE 30/2024. Argentina.**



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

Con la información disponible hasta el momento, en el mismo período 1.613 casos fueron clasificados como dengue grave (0,28%) en 20 jurisdicciones, y se registraron 415 casos fallecidos en 18 jurisdicciones. El 55% correspondieron a personas de sexo legal femenino y el 45% de sexo masculino, con una mediana de edad de 49 años y se registraron en todos los grupos de edad. La tasa de mortalidad más elevada correspondió a los mayores de 80 años seguidos por 70 a 79, 60 a 69 y 50 a 59 años.

## SITUACIÓN DE CHIKUNGUNYA EN ARGENTINA

Desde la SE 31/2023 hasta la SE 30/2024 se registraron en Argentina **885** casos de fiebre chikungunya, de los cuales: **791** no tuvieron antecedentes de viaje, **41** fueron importados y **53** se encuentran en investigación.

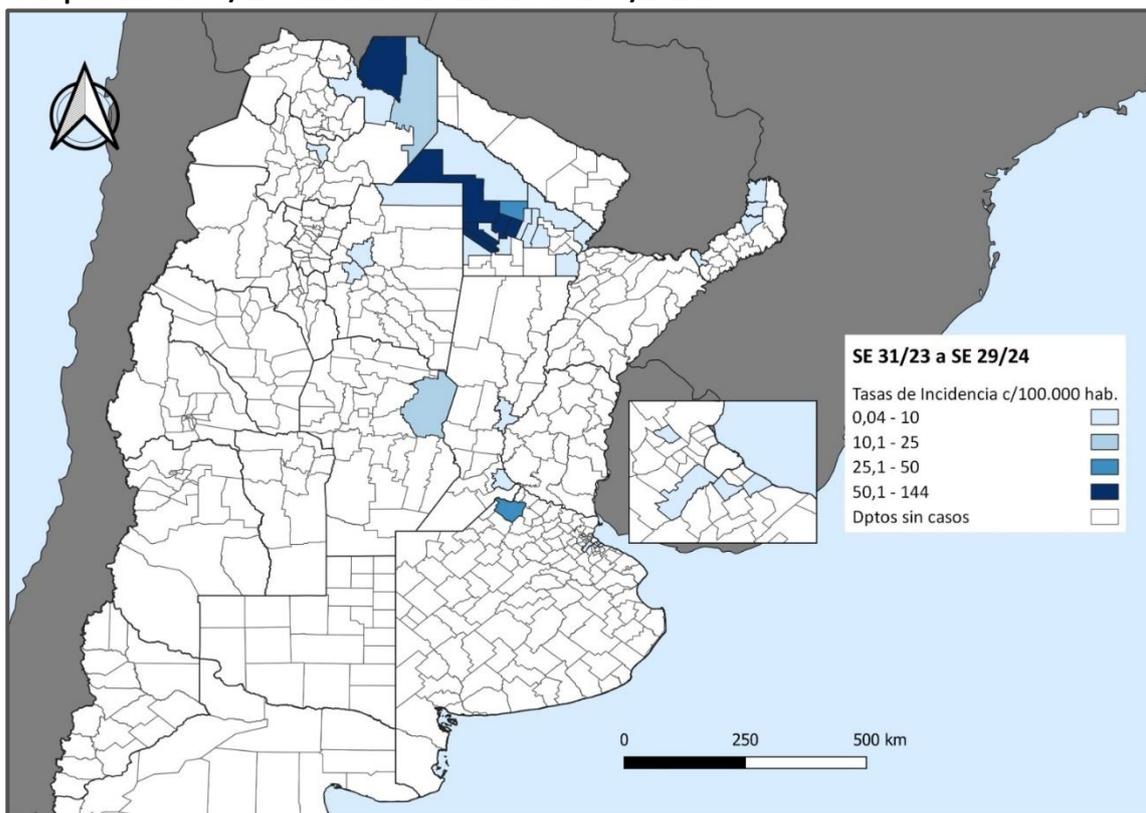
**Tabla 4. Fiebre Chikungunya: Casos según antecedente de adquisición de la infección y total de notificaciones investigadas. SE 31/2023 a 30/2024.**

Provincia	Autóctonos	En investigación	Importados	Total casos de Chikungunya	Casos sospechosos investigados
Buenos Aires	52	30	4	86	2869
CABA	0	0	3	3	435
Córdoba	32	4	4	40	2035
Entre Ríos	0	0	1	1	38
Santa Fe	126	1	10	137	2627
Centro	210	35	22	267	8004
Mendoza	0	0	1	1	127
San Juan	0	0	0	0	4
San Luis	0	0	0	0	14
Cuyo	0	0	1	1	145
Chaco	286	0	6	292	1279
Corrientes	0	0	1	1	59
Formosa	3	0	0	3	780
Misiones	20	0	2	22	356
NEA	309	0	9	318	2474
Catamarca	0	1	0	1	12
Jujuy	0	0	0	0	140
La Rioja	0	0	0	0	168
Salta	269	13	5	287	1882
Santiago del Estero	3	4	1	8	140
Tucumán	0	0	3	3	87
NOA	272	18	9	299	2429
Chubut	0	0	0	0	4
La Pampa	0	0	0	0	2
Neuquén	0	0	0	0	8
Río Negro	0	0	0	0	2
Santa Cruz	0	0	0	0	7
Tierra del Fuego	0	0	0	0	1
Sur	0	0	0	0	24
Total PAIS	791	53	41	885	13.076

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).

Durante la temporada se registraron casos autóctonos en 8 provincias, Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe de la región Centro; Chaco, Formosa y Misiones de la región NEA; Salta y Santiago del Estero de la región NOA. Se registraron casos importados o en investigación en 13 jurisdicciones.

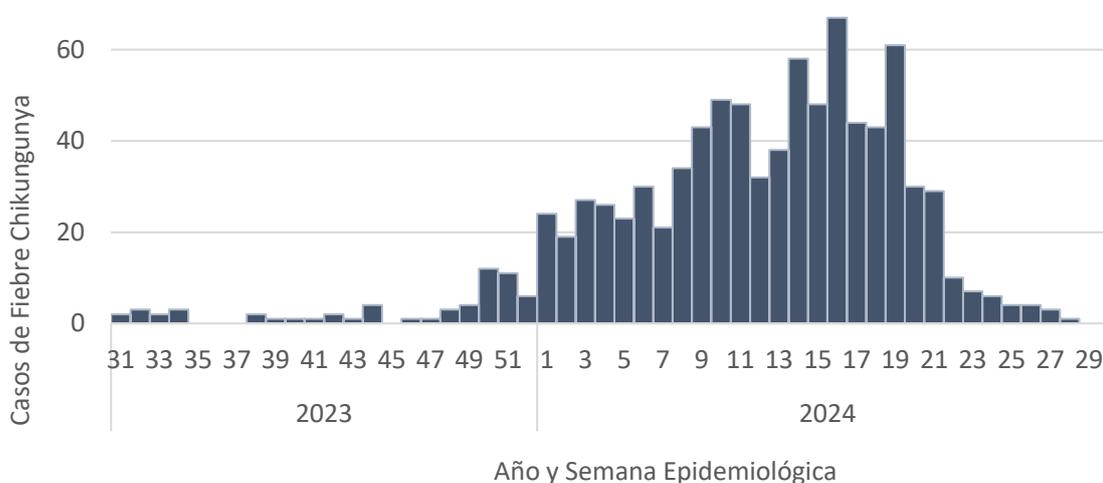
**Mapa 2. Fiebre Chikungunya: Incidencia acumulada de casos confirmados y probables autóctonos por departamento c/ 100 mil hab. SE 31 2023 a SE 30/2024.**



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

Si bien los casos de fiebre chikungunya por semana han permanecido en un nivel bajo durante todo el año, la tendencia de casos ha ido en aumento desde fines de 2023 y hasta la SE16 de 2024 cuando se registró el mayor número de casos (66). Desde la SE19/2024 a la fecha, aún se registra circulación en localidades de Chaco y Salta no se notificaron nuevos casos en la SE29.

**Gráfico 22. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por SE epidemiológica. SE 31/2023 a SE 30/2024, Argentina (n= 885).**



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).

## FIEBRE DE OROPOUCHE

No se registran hasta la fecha casos positivos para Fiebre de Oropouche en Argentina.

En la [Circular de Vigilancia “Vigilancia de Fiebre de Oropouche”](#), publicada en mayo de 2024, se implementó la vigilancia por laboratorio de esta enfermedad en el SNVS. Hasta el momento se han analizado y registrado en el sistema de vigilancia 835 casos, todos ellos con resultados negativos.

## FIEBRE AMARILLA

En la presente temporada no se registraron casos de Fiebre Amarilla en Argentina.

Los últimos casos notificados fueron en 2018, cuando se registraron siete casos con antecedente de viaje a Brasil y sin antecedente de vacunación.

Hasta el momento, las sospechas de epizootias han sido descartadas.

## ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA

En la presente temporada hasta el momento no se registraron casos de Zika.

## OTROS FLAVIVIRUS

De la SE 31/2023 hasta la SE 30/2023, se registraron en total 100 casos de encefalitis asociados a Flavivirus: 56 confirmados, 40 probables y 4 clasificados como infección remota. De los confirmados flavivirus, 17 de ellos presentan pruebas confirmatorias específicas para Encefalitis de San Luis. 93 de los casos se registraron en la región Centro (Buenos Aires, CABA, Entre Ríos, Santa Fe, Córdoba), 4 en NOA (Jujuy) y 3 en NEA (Corrientes y Chaco), con un promedio de edad de 43,5 años.

Se reportó un caso fallecido confirmado para encefalitis de San Luis durante la temporada, en una paciente de 15 años de edad.

## VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

### INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE SE 30/2024

- ✓ Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 29 de 2024 se registraron 663.217 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 88.084 casos de Neumonía y 87.279 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando una disminución de las notificaciones del -1,66% para las ETI, -21,47% para neumonías y -40,97% para bronquiolitis, respecto a los casos notificados en el mismo período del 2023.
- ✓ En la SE30 de 2024 se registraron 51 casos confirmados con diagnóstico de COVID-19, sin casos fallecidos en esa semana. Entre las SE52/2023 y SE 04/2024 se verifica un incremento de los casos de COVID-19 superando en la SE04 de 2024 el número de casos máximo registrado durante el último ascenso de casos producido en la segunda mitad de 2023 (SE35), con una tendencia descendente posterior.<sup>20</sup>
- ✓ En las **Unidades de Monitoreo Ambulatorio los casos de influenza registran una tendencia ascendente** entre las SE16 y 23. **A partir de la SE24 se verifica un menor número de detecciones semanales**, con 2 casos positivos entre las 31 muestras estudiadas en la última SE. Respecto a SARS-CoV-2, en SE30 no se registraron casos positivos entre las 305 muestras analizadas por técnica molecular. En las dos últimas semanas analizadas (SE29 y SE30), se detectaron 20 casos positivos de VSR entre las 106 muestras estudiadas.
- ✓ Entre los **casos hospitalizados**, durante la SE30/2024 se registraron 14 detecciones de SARS-CoV-2, 25 casos de influenza y 209 de VSR. **Entre las SE16 y 23, las detecciones de influenza presentan tendencia ascendente**, con un menor número de notificaciones semanales desde SE24. **Entre las SE16 y 26 de 2024 se observa un ascenso de casos de VSR, con detecciones estables en las últimas 4 SE.** Las detecciones de SARS-CoV-2 permanecen en niveles bajos.
- ✓ Los estudios reportados por **la red de virus respiratorios muestran un pronunciado aumento de las detecciones de Influenza entre las SE16 y 23**, con un menor número de casos notificados a partir de la SE24. Además, se verifica un **ascenso de detecciones de VSR desde la SE16**, que alcanzó máximo en SE26, permaneciendo estable posteriormente. En la SE29/2024, además se detecta circulación de SARS-CoV-2, metapneumovirus, parainfluenza y adenovirus.
- ✓ En las primeras 30 semanas de 2024, se notificó el fallecimiento de 141 personas con diagnóstico de influenza.
- ✓ En relación a las variantes de SARS-CoV-2, entre las SE5 y 12 de 2024, JN.1 se identificó en un 80,54% (n= 269), seguida de BA.2.86\* en un 10,78% (n=36) (\*Indica la inclusión de linajes descendientes).

<sup>20</sup> 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.

### Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave

La estrategia de vigilancia centinela de virus respiratorios se encuentra en proceso de fortalecimiento y expansión de la red de Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave a las 24 jurisdicciones del país, como estrategia federal para alcanzar los objetivos de la vigilancia de IRA y responder a las necesidades de información para la toma de decisiones sanitarias.

Enlace a la Guía Operativa 2024:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

La información epidemiológica elaborada a partir de este componente será incorporada en próximos informes.

## ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre las SE 1 y 29 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 663.217 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1409,1 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en el período 2015-2024, se observa que el mayor número de casos se registra para el año 2022 (con un total de 747.225 casos), seguido por el año 2016. El número de notificaciones de ETI correspondiente a las SE1-29 de 2024 es menor respecto de los años 2016 a 2017 y 2022 a 2023, y mayor en comparación con los años 2015 y 2018 a 2021.

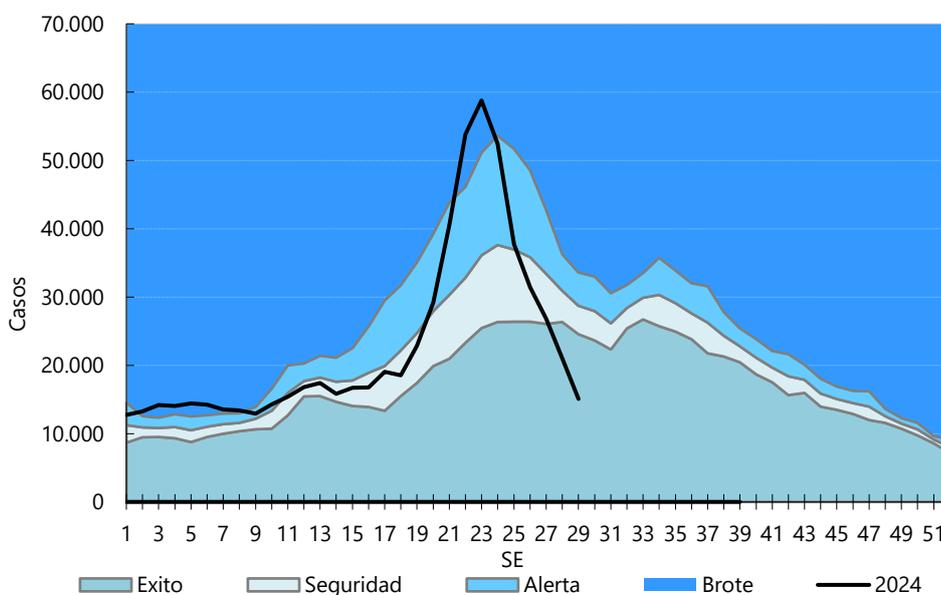
**Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE29. Total país.**



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 en esta zona hasta la SE19, aunque con tendencia ascendente el número de notificaciones semanales desde SE10, más pronunciada desde SE19. A partir de SE20 los registros se ubican en niveles de alerta y continúan su ascenso, alcanzando en SE22 y 23 el nivel de brote, con un descenso posterior.

**Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023<sup>21</sup>. SE 1 a 29 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*

<sup>21</sup> Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

## NEUMONÍA

Entre las SE 1 y 29 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 88.084 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 187,1 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías entre las SE1 a 29 del período 2015-2024, se observa que los años con el mayor número de casos fueron 2016 y 2022. Entre los años 2016 a 2018 se verifica que las notificaciones de neumonía muestran tendencia descendente, con un ligero incremento en 2019 y un nuevo descenso en 2020. Entre los años 2021 y 2022 vuelven a ascender, con valores más bajos en 2023. El corriente año presenta un menor número de registros en comparación con la mayoría de los años históricos incluidos en el análisis, superando a las notificaciones de 2018, 2020 y 2021.

**Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE29. Total país.<sup>22</sup>**

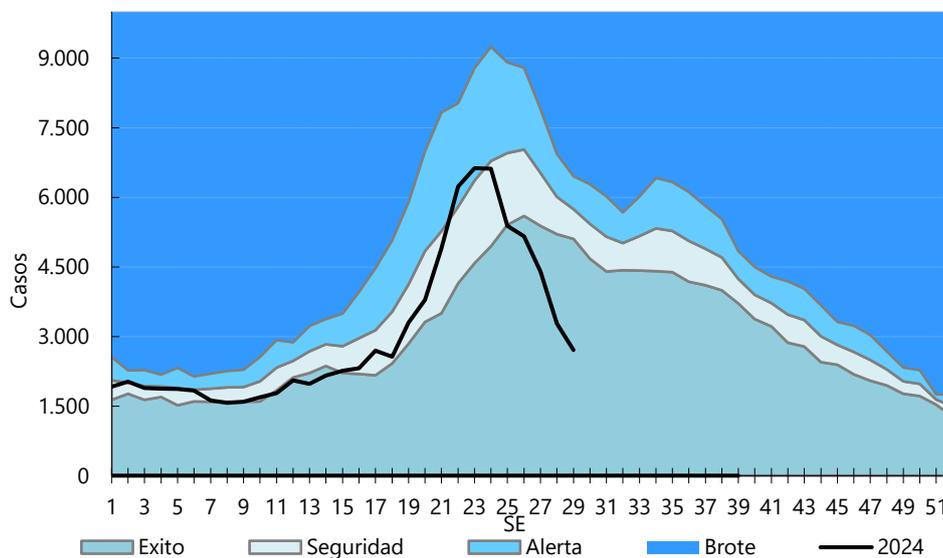


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS <sup>2.0</sup>

<sup>22</sup> 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 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.

Las notificaciones de neumonía correspondientes a personas de todas las edades a nivel país oscilan entre la zona de seguridad y alerta entre las SE 1-7 de 2024, ubicándose en SE8 en los niveles esperados. A partir de SE10 se registra tendencia ligeramente ascendente de las notificaciones semanales de neumonías, que alcanzan desde la SE15 la zona de seguridad. En SE19 se acelera la tendencia ascendente, ubicándose en niveles de alerta en SE22 y 23, con un descenso posterior.

**Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.<sup>23</sup> SE 1 a 29 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

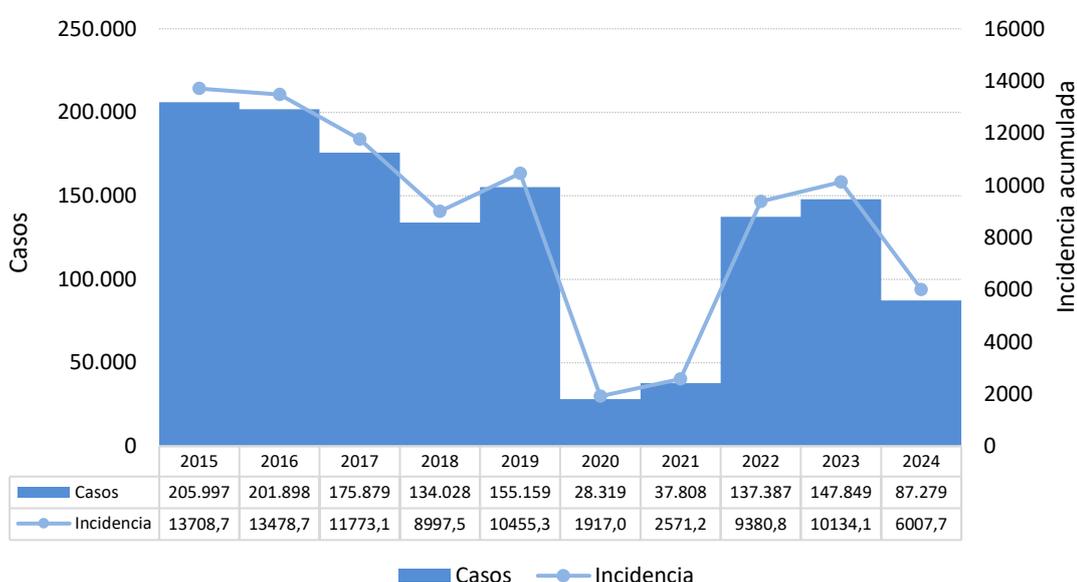
<sup>23</sup> Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

## BRONQUIOLITIS

Entre las SE 1 y 29 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 87.279 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 6007,7 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 SE1-29 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.

**Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE29. Total país<sup>24</sup>.**

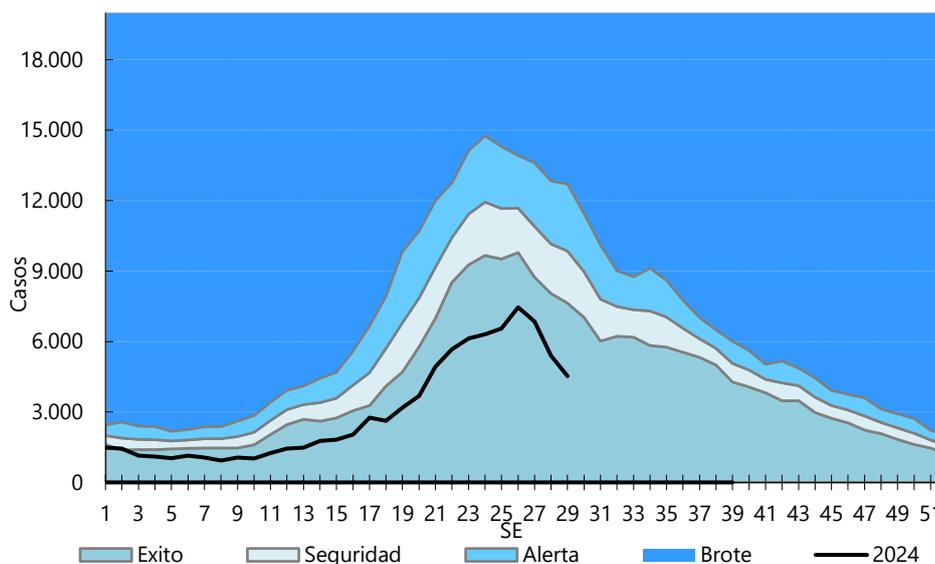


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

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 un descenso en las siguientes semanas.

<sup>24</sup> 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 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 6: Bronquiolitis: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.<sup>25</sup> SE 1 a 29 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

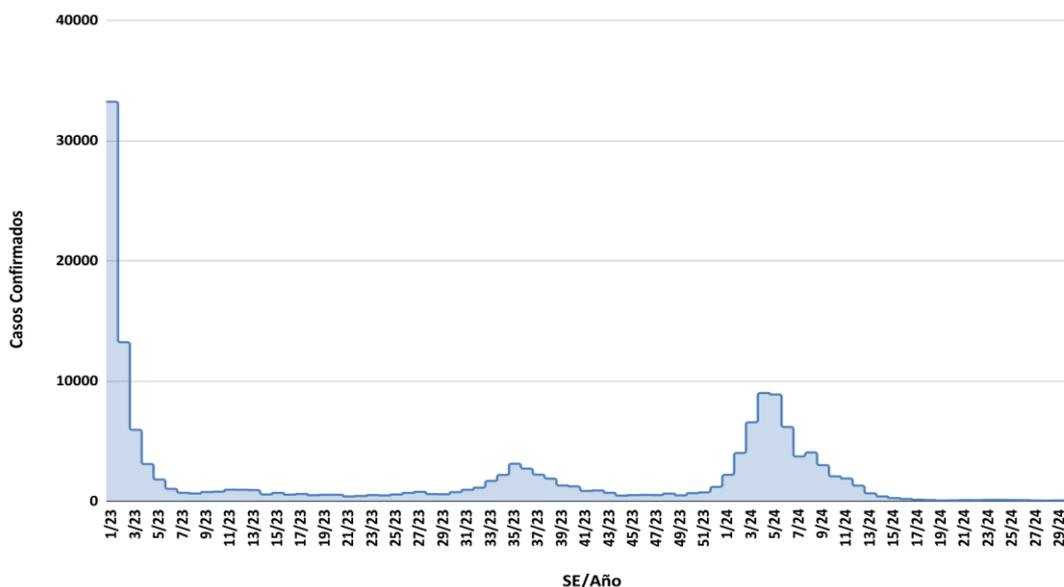
## COVID-19<sup>26</sup>

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, permaneciendo relativamente estable desde SE18.

<sup>25</sup> Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022

<sup>26</sup> 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.

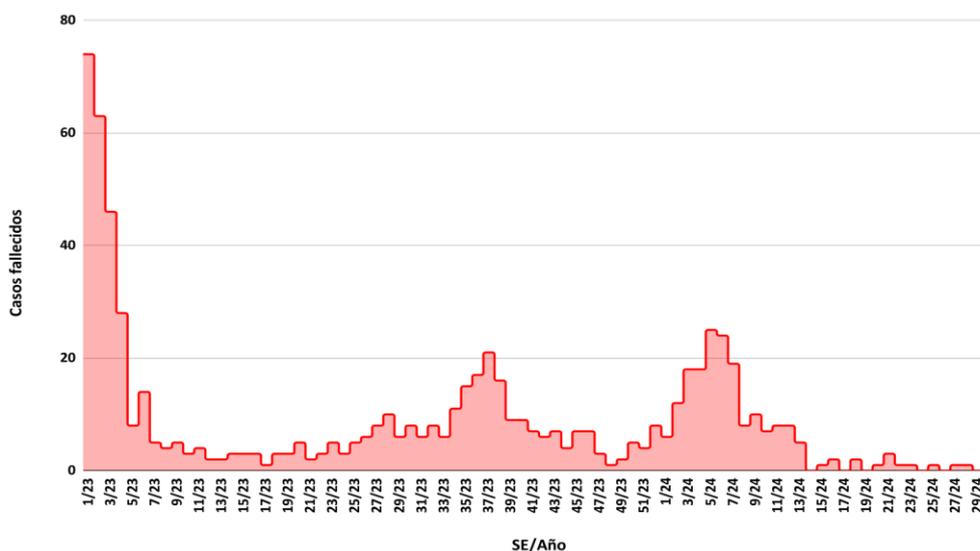
**Gráfico 7: COVID-19: Casos confirmados y fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 30/2024. Argentina.**



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<sup>2.0</sup>

Respecto a los fallecimientos, se observa un ligero aumento en las notificaciones en el SNVS 2.0 en concordancia con el último ascenso de casos, que alcanzó su máximo en la SE5 de 2024 y posteriormente presentó una tendencia descendente, sin fallecidos notificados con este diagnóstico notificado durante la SE30/2024<sup>27</sup>.

**Gráfico 8: COVID-19: Casos fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 30/2024. Argentina.**



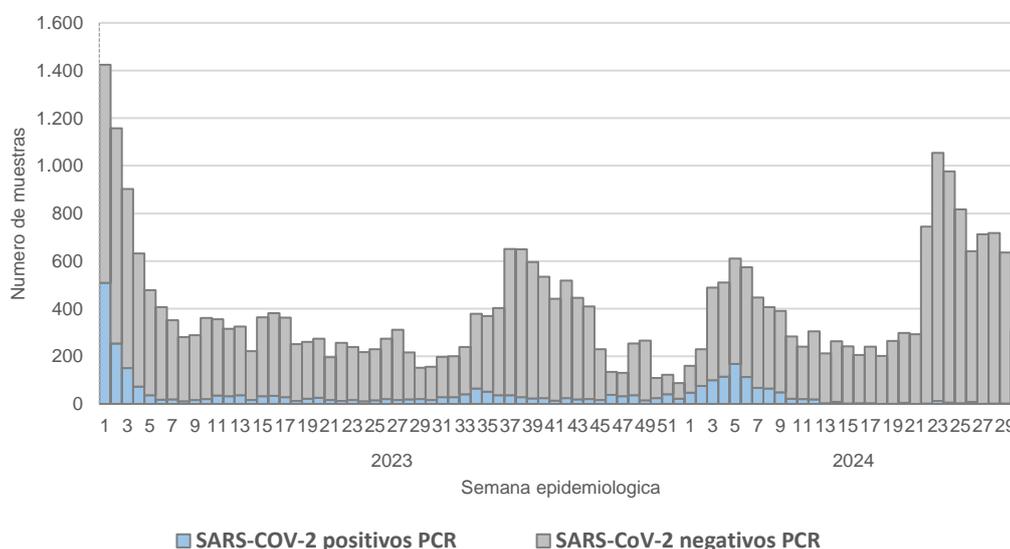
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>

<sup>27</sup> 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 IRA en el SNVS.

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

Desde el inicio del año 2024 hasta la SE30, se registraron en el SNVS2.0, en el evento “Monitoreo de SARS-CoV-2 y OVR en ambulatorios”, un total de 13.470 muestras estudiadas por rt-PCR para SARS-CoV-2, de las cuales 924 fueron positivas. Esto representa un ascenso de 15,73% respecto a las muestras estudiadas registradas para el mismo periodo de 2023, aunque con un descenso de -40,12% en las detecciones. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 6,86%. 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, sin casos positivos entre las 305 muestras analizadas por PCR correspondientes a la SE30/2024.

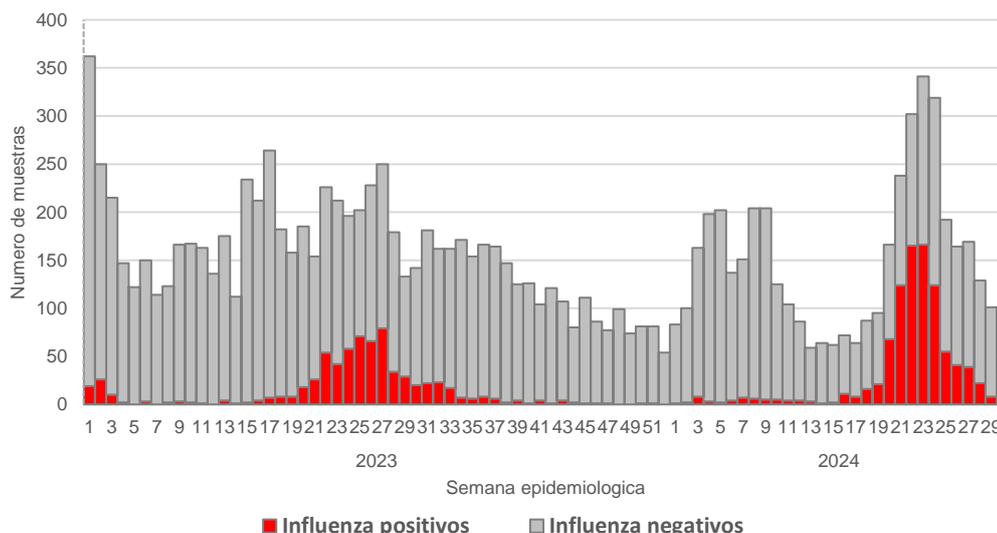
**Gráfico 9. Muestras positivas y negativas para SARS-COV-2 por técnica PCR, por SE. SE1/2023 a SE30/2024. Estrategia UMA. Argentina**



*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<sup>2.0</sup>*

Además, desde el inicio de 2024 se estudiaron un total de 4.412 muestras para influenza, de las cuales 927 resultaron positivas. Si bien las muestras estudiadas para este agente registran un descenso de aproximadamente el -20% en 2024 respecto al mismo período de 2023, se verifica un 54,76% 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 21,01% para este virus en UMA. Entre las SE 16 y 23 de 2024 se registró un ascenso en las detecciones de influenza en UMA. Posteriormente, a partir de la SE24, se observa un menor número de casos semanales, con 2 casos confirmados entre las 31 muestras analizadas durante la semana 30 de 2024.

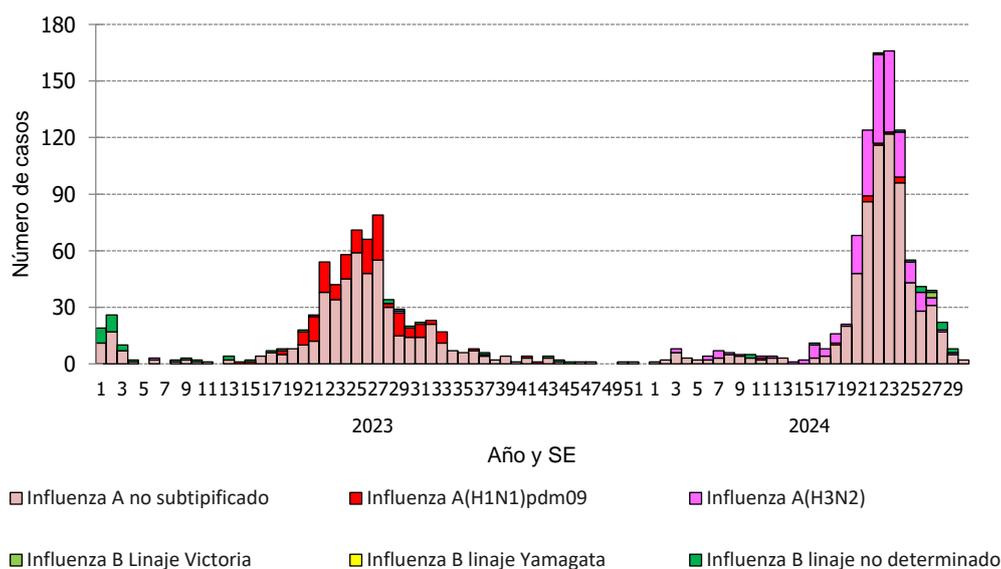
**Gráfico 10. Muestras positivas y negativas para influenza, por SE. SE1/2023 a SE30/2024. Estrategia UMA. Argentina**



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<sup>2.0</sup>

En relación con las detecciones de virus influenza desde SE1/2024 (n=927), la mayoría correspondieron a Influenza A (n=908, 97,95%), mientras que Influenza B se identificó en los 19 casos restantes. Respecto de los virus Influenza A, 238 muestras cuentan con subtipificación, detectándose predominantemente Influenza A (H3N2) (n=228) y algunos casos de Influenza A (H1N1) pdm09 (n=10). Entre los casos de influenza B detectados en la estrategia UMA en el periodo analizado, 3 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 SE30/2024 Estrategia UMA. Argentina.**

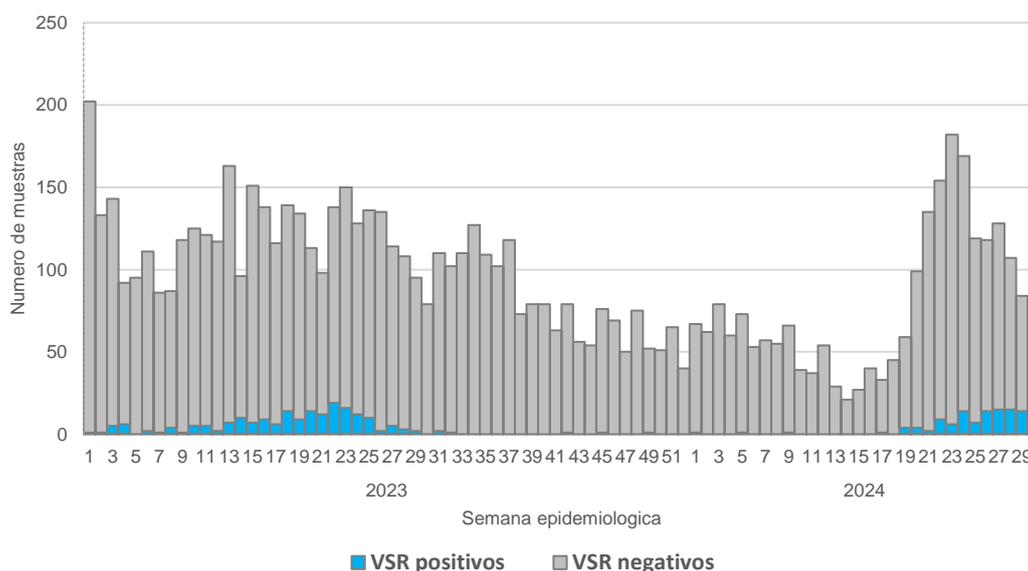


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

En cuanto a VSR, se registraron 2.273 muestras estudiadas en lo que va de 2024, con un total de 114

positivos para VSR durante 2024 en UMAS y una positividad acumulada de 5,02%. Se verifica un ascenso de las detecciones de VSR a partir de la SE19/2024, con 20 casos de VSR entre las 106 muestras estudiadas en las dos últimas semanas analizadas (SE29/2024 y 30/2024).

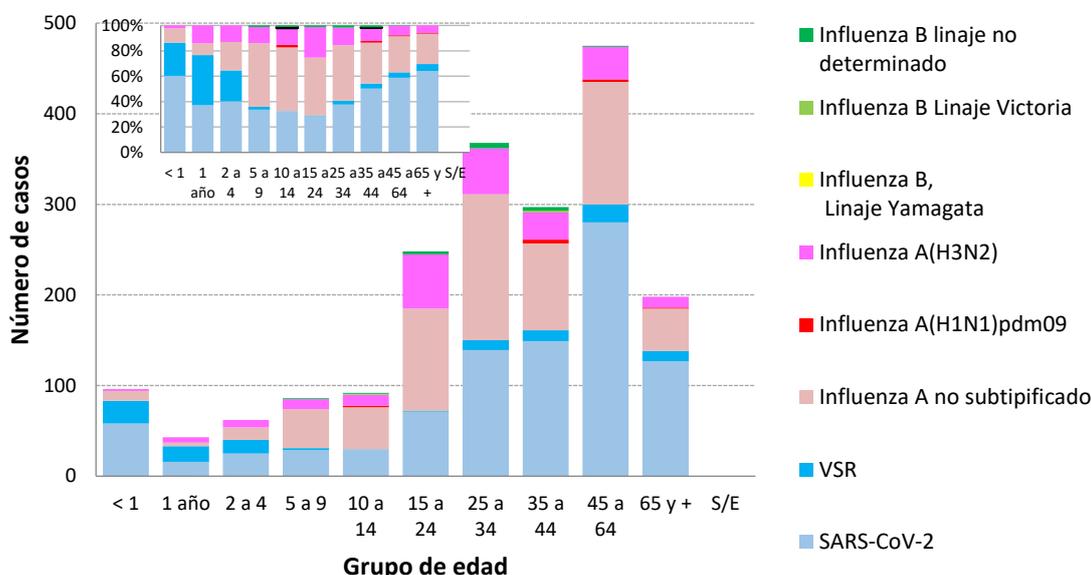
**Gráfico 12. Muestras positivas y negativas para VSR por SE. SE1/2023 a SE30/2024. Estrategia UMA. Argentina.**



*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<sup>2.0</sup>*

Los casos de influenza acumulados desde inicio de 2024 en UMA corresponden a todos los grupos de edad, 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 a menores de 5 años, principalmente menores de 1 año, y en el grupo de 45 a 64.

**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 SE30/2024. Estrategia UMA. Argentina.**



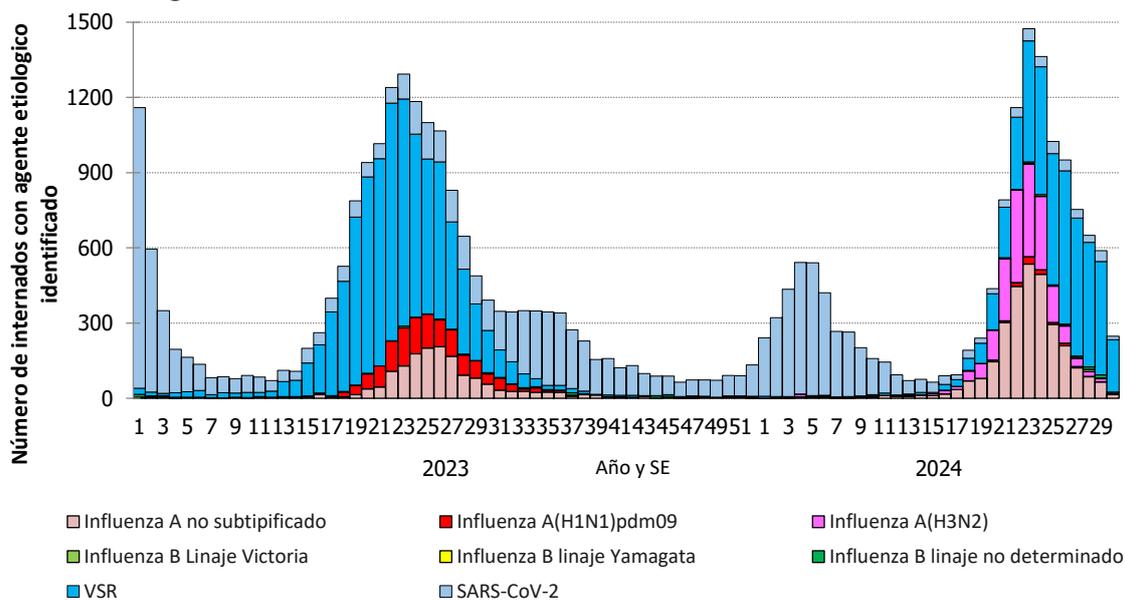
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>

## VIGILANCIA DE SARS COV-2, INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS

Entre SE1 y SE30 de 2024, en términos acumulados, se notificaron 4139 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. **Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa -4,34% menos casos.** Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia ascendente entre las SE52/2023 y SE5/2024, con un descenso posterior, permaneciendo en las últimas semanas en valores bajos. En la semana epidemiológica 30 del año 2024 se notificaron 14 casos de SARS-COV-2 en hospitalizados.

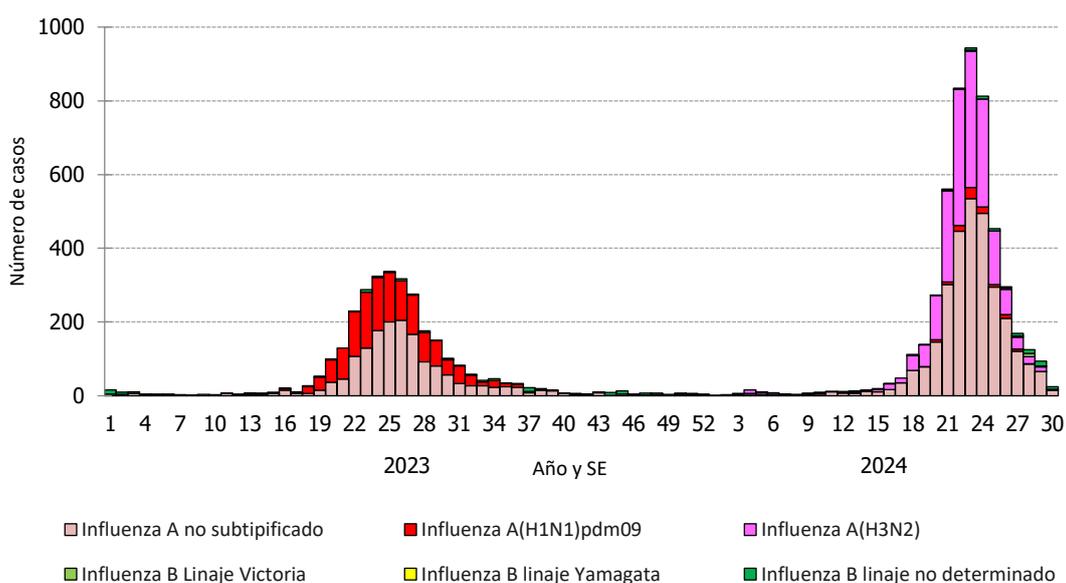
Adicionalmente, en lo que va de 2024, se registraron 5059 detecciones positivas para virus influenza en internados. Esto representa un **ascenso del 91,77% respecto de las notificaciones registradas para el mismo período de 2023.** Entre las semanas 16 y 23 se registra un incremento de las detecciones semanales de influenza en hospitalizados, verificándose un descenso en el número de notificaciones semanales desde la SE24, con 25 casos positivos notificados en la SE30/2024.

Respecto a **VSR**, desde SE1/2024 a SE30/2024 se notificaron 4698 casos hospitalizados positivos para VSR, con un **descenso del -46,07% respecto a las notificaciones del mismo periodo del año previo.** Entre las SE16 y 26 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, permaneciendo en valores estables en las siguientes 4 semanas, con 209 casos en SE30.

**Gráfico 14. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2023 a SE30/2024. 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<sup>2.0</sup>.

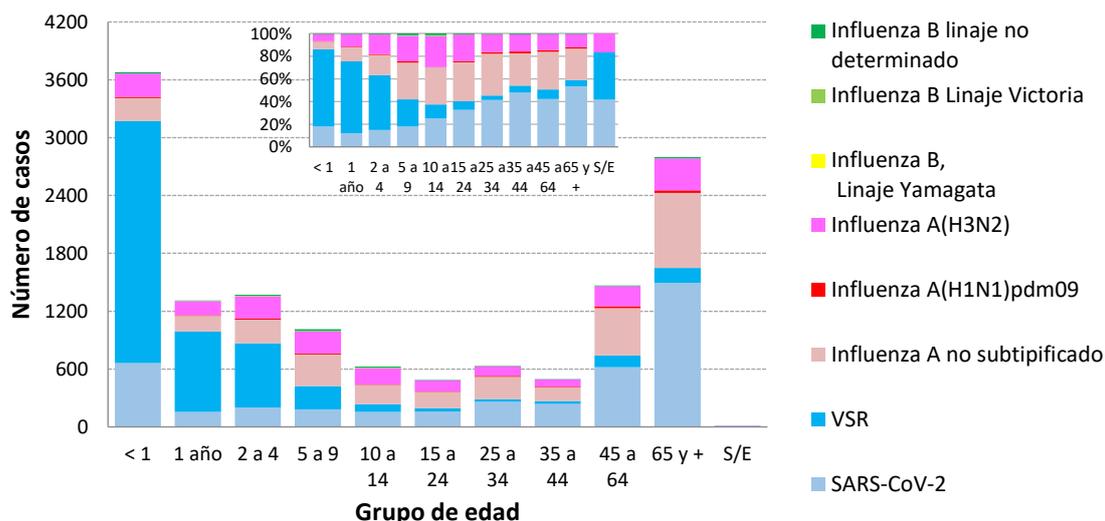
Para el año 2024, entre las 5059 detecciones de influenza, 4953 fueron influenza A y 106 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 1964 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales la mayoría correspondieron a **influenza A (H3N2) (n= 1852, 94,30%)**, mientras que las 112 muestras restantes fueron identificadas como influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 25 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 SE30/2024. 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<sup>2.0</sup>.

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 45 a 64 años y en el grupo de 5 a 9 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 SE30/2024.**



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<sup>20</sup>.

En lo que va de 2024, se notificó el fallecimiento de 141 personas con diagnóstico de influenza.<sup>28</sup>

## VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS - RED DE LABORATORIOS

**A partir de la SE16/2024 se observa un ascenso en las detecciones de influenza y de VSR, con un menor número de notificaciones semanales de influenza desde SE24. Los casos de SARS-CoV-2 y otros virus respiratorios permanecen en valores bajos.**

Si bien el número de casos confirmados de COVID-19 por semana epidemiológica durante el año 2023 y las primeras semanas de 2024 es menor en comparación con años previos, se observó un ascenso de las detecciones de SARS-CoV-2 entre SE50/2023 y SE04/2024, con tendencia descendente en las semanas siguientes, permaneciendo en valores bajos en las últimas semanas.

Para el año 2024, se destaca un ascenso pronunciado de las notificaciones de influenza desde SE16, registrándose predominantemente casos de influenza A sin subtipificar e influenza A H3N2. Además, se registran algunas detecciones positivas para influenza B sin linaje. En las últimas seis semanas (SE24 a 29), se verifica un menor número de detecciones semanales.

En relación a los casos de VSR, desde la SE16 de 2024 se verifica un incremento en las notificaciones, permaneciendo estables en las últimas 3 semanas epidemiológicas.

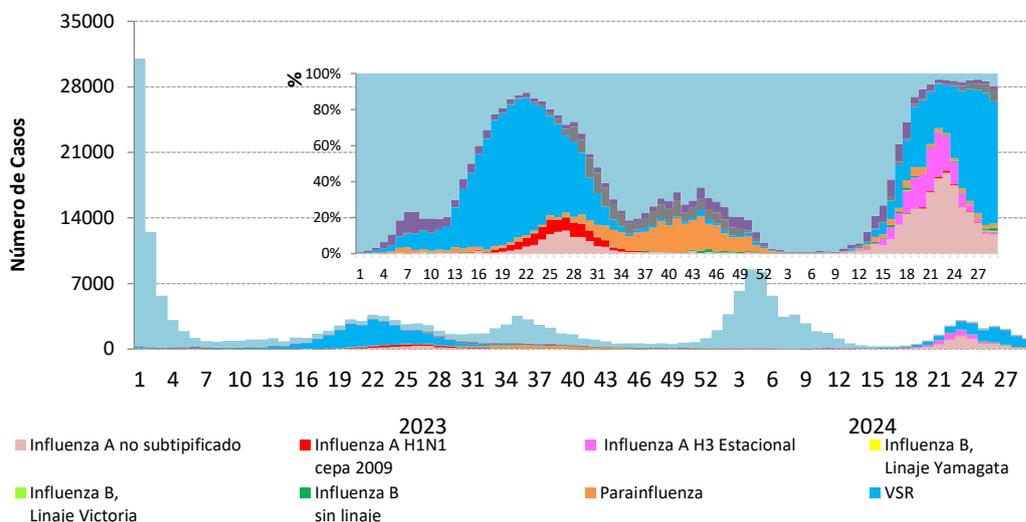
Durante todas las semanas del año 2023 se registró circulación de SARS-CoV-2, VSR, influenza,

<sup>28</sup> 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.

parainfluenza y adenovirus, con algunas detecciones positivas para metapneumovirus (principalmente a partir de SE15).

En la SE29 de 2024 se verifica, además de VSR, influenza y SARS-COV-2, circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: metapneumovirus, parainfluenza y adenovirus.

**Gráfico 17. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2023 a SE29/2024. Argentina.**

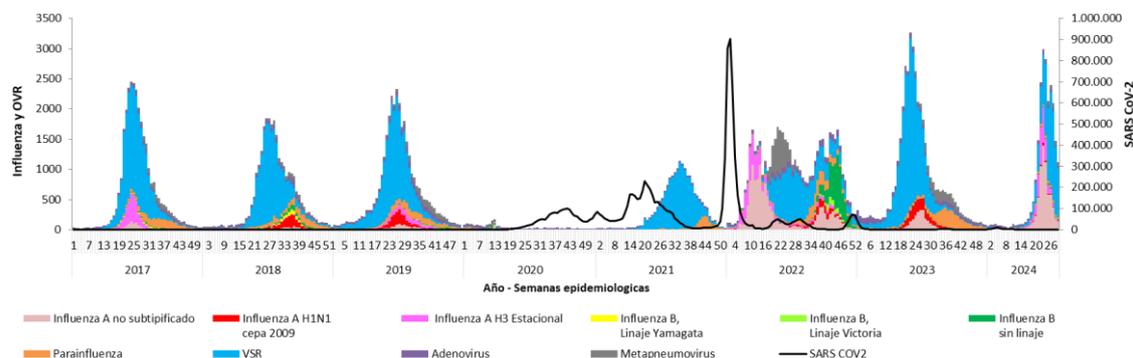


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>

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.

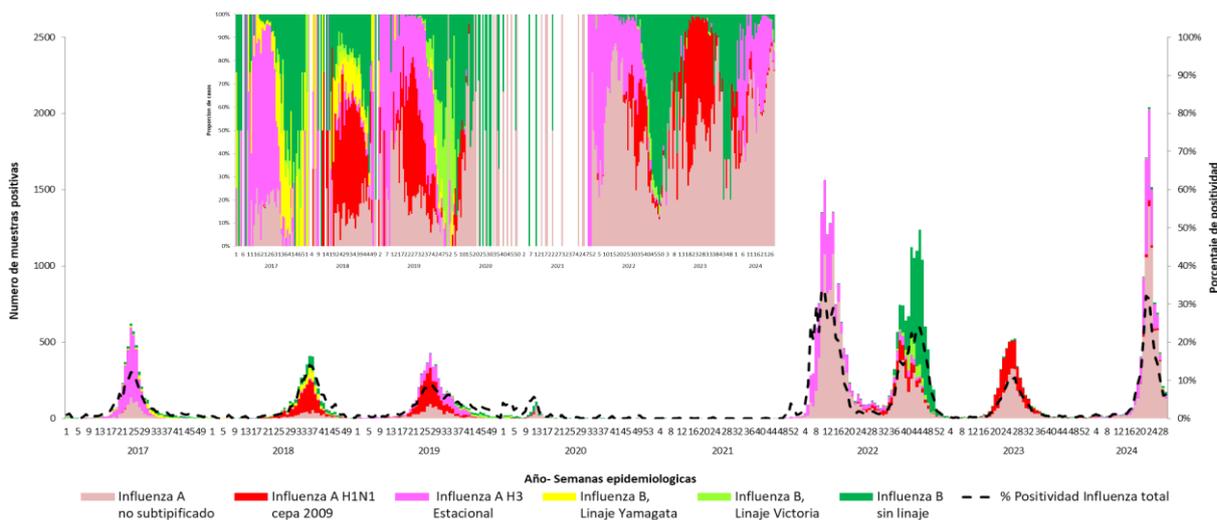
Durante el año 2023, el VSR presentó una actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22. El número de detecciones positivas para parainfluenza fue mayor al de todos los años históricos 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- SE29/2024. 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<sup>2,0</sup>.

**Gráfico 19. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE29/2024. Argentina.**



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2,0</sup>.

## INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

A nivel mundial, durante el periodo de 28 días comprendido entre el 27 de mayo y el 23 de junio de 2024, se compartieron 20.358 secuencias de SARS-CoV-2 a través de GISAID. En comparación, en los dos periodos anteriores de 28 días se compartieron 24.550 y 20.747 secuencias, respectivamente.<sup>29</sup>

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) designa 2 variantes de interés (VOI), BA.2.86 y JN.1. Además, fueron designadas 6 variantes bajo monitoreo (VUM): JN.1.7, JN.1.18, KP.2, KP.3, LB.1 y KP.3.1.1<sup>30,31</sup>

De acuerdo a OMS, a nivel mundial JN.1 es la VOI circulante dominante (notificada por 133 países),

<sup>29</sup> COVID-19 epidemiological update – 15 July 2024- Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-epidemiological-update-edition-169>

<sup>30</sup> OMS- Tracking SARS-CoV-2 variants- 3 May 2024. <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

<sup>31</sup> Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for--sars-cov-2-variants>

representando el 30,3% de las secuencias en la semana 25, y habiendo disminuido desde una proporción del 43,9% en la semana 22. Su linaje parental, BA.2.86, sigue disminuyendo en prevalencia, representando el 0,1% (solo 5 secuencias) en la semana 25 en comparación con el 0,4% en la semana 22.

La variante JN.1, ha sido clasificada por la OMS como variante de interés el 19 de diciembre de 2023. Según la última actualización de la valoración de riesgo realizada por la OMS para JN.1, publicada el 15 de abril de 2024, la evaluación global en base a la evidencia disponible fue de bajo riesgo adicional para la salud pública a nivel mundial.<sup>32</sup>

Los cuatro VUM enumeradas son todos linajes descendientes de JN.1. KP.3 y LB.1 muestran una prevalencia cada vez mayor a nivel mundial, KP.2 y JN.1.18 se mantienen estables y la prevalencia de JN.1.7 está disminuyendo. KP.2 representó el 16,7% de las secuencias en la semana 25 frente al 17,5% en la semana 22, KP.3 representó el 40,3% de las secuencias en la semana 25 frente al 24,4% en la semana 22, JN.1.7 representó el 1,0% de las secuencias en la semana 25 frente al 2,4% en la semana 22, JN.1.18 representó el 1,9% de las secuencias en la semana 25 frente al 2,2% en la semana 22, y LB.1 representó el 7,0% en la semana 25 frente al 5,6% en la semana 22.

Existe heterogeneidad en el número de secuencias compartidas por las regiones y en las proporciones relativas de variantes del SARS-CoV-2 entre las regiones y dentro de ellas.

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 indican cualquier asociación entre VOI/VUM y una mayor gravedad de la enfermedad.

## SITUACION 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 334 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales JN.1 se identificó en un 80,54% (n= 269), seguida de BA.2.86\* en un 10,78% (n=36) (\*Indica la inclusión de linajes descendientes)<sup>33</sup>.

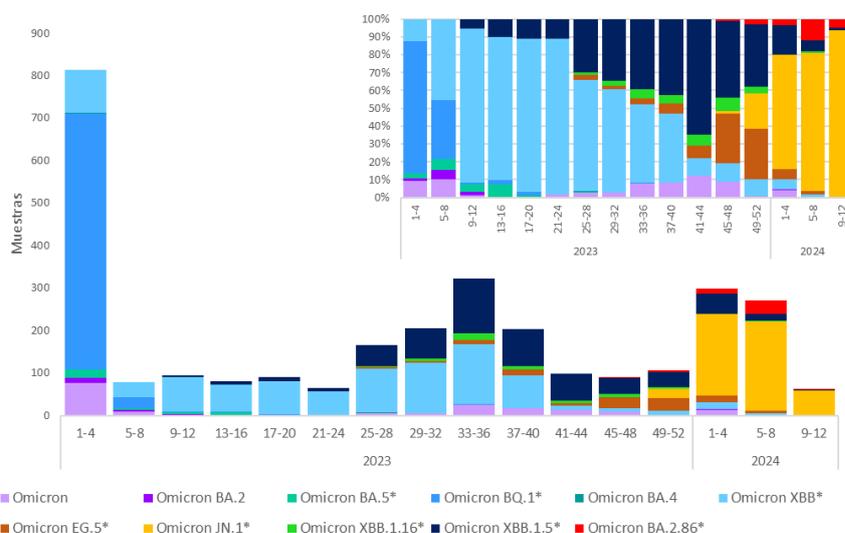
En total, al 31 de julio de 2024 en Argentina se detectaron 513 casos de la variante JN.1\* y 55 casos confirmados de la variante BA.2.86\*.

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.

<sup>32</sup> OMS. JN.1 Updated Risk Evaluation 15 April 2024. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/15042024\\_jn1\\_ure.pdf?sfvrsn=8bd19a5c\\_7](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/15042024_jn1_ure.pdf?sfvrsn=8bd19a5c_7)

<sup>33</sup> 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.

**Gráfico 20: Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrisesmanas. SE01/2023- SE12/2024.Total país<sup>34</sup>.**



### 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”:

- BA.2.86\*
- JN.1\*

\* Incluye linajes descendientes.

## SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS<sup>35</sup>

**Situación Regional:** Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE), se ha registrado actividad epidémica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en el Cono Sur, así como un aumento en la actividad en las subregiones de Norteamérica, el Caribe y Centroamérica. Esta actividad está asociada con la circulación de influenza en el Cono Sur, Centroamérica y el Caribe, y de SARS-CoV-2 en Norteamérica, el Caribe y Centroamérica. Además, se han observado niveles epidémicos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en el Cono Sur, la subregión Andina y Centroamérica, relacionados con casos positivos de influenza y VRS.

En cuanto a la circulación de virus respiratorios, a nivel regional, la actividad de SARS-CoV-2 se ha mantenido en niveles bajos en comparación con olas epidémicas previas, aunque ha mostrado un

<sup>34</sup> Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

<sup>35</sup> 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>

incremento asociado a la circulación en Norteamérica, el Caribe, Centroamérica y la subregión Andina. Asimismo, se ha observado una actividad epidémica de influenza en el Cono Sur y Centroamérica. La actividad del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) ha ascendido a niveles epidémicos en América Central, la subregión Andina y el Cono Sur, donde se ha observado una tendencia creciente.

**América del Norte:** Los casos de ETI, IRAG y las hospitalizaciones asociadas a virus respiratorios han mostrado un incremento, con un marcado aumento en la proporción de casos positivos de SARS-CoV-2. La actividad de influenza 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), seguidos por A(H1N1)pdm09 y B/Victoria. La actividad del VRS se ha mantenido en niveles bajos. La actividad del SARS-CoV-2 ha presentado un ascenso, alcanzando en algunos países niveles medios o elevados en comparación con olas previas.

*Por países:* En Canadá, la actividad del SARS-CoV-2 ha aumentado, alcanzando niveles medios en comparación con olas previas. La actividad de influenza se mantiene por debajo del umbral epidémico, mientras que la actividad del VRS ha permanecido en niveles bajos. En México, los casos de ETI han presentado un incremento, asociado a un aumento en los casos positivos de SARS-CoV-2. Los casos de IRAG se han mantenido estables; sin embargo, la proporción de casos positivos de SARS-CoV-2 ha mostrado un ascenso. La actividad de influenza y VRS se mantiene en niveles bajos. En Estados Unidos, la tasa de hospitalizaciones asociadas a SARS-CoV-2 por cada 100,000 habitantes ha mostrado un incremento en las últimas semanas, coincidiendo con niveles de circulación de SARS-CoV-2 similares a los alcanzados en los picos de 2023 y 2024. Tanto la actividad de influenza como la de VRS se mantienen en niveles bajos.

**Caribe:** En las últimas cuatro SE, los casos de ETI han aumentado, asociados a una mayor proporción de casos positivos de SARS-CoV-2 e influenza. Por otro lado, aunque los casos de IRAG han permanecido en niveles bajos, se ha observado un incremento en la proporción de casos positivos de SARS-CoV-2 e influenza. La actividad de influenza se ha mantenido en niveles intermedios durante las últimas cuatro SE, con predominio del tipo A(H3N2) y, en menor medida, de influenza A(H1N1)pdm09. La actividad del VRS se ha mantenido en niveles bajos, mientras que la actividad del SARS-CoV-2 sigue estable en niveles elevados.

*Por países:* En las últimas cuatro SE, se ha observado actividad de influenza en República Dominicana, Jamaica, las Islas Caimán y Guyana. Asimismo, se ha registrado actividad de SARS-CoV-2 en Belice, República Dominicana, Jamaica, Santa Lucía, Surinam, Barbados, Guyana, las Islas Caimán, y San Vicente y las Granadinas. En República Dominicana, se ha detectado un aumento en la actividad de IRAG, alcanzando niveles epidémicos, coincidiendo con una actividad epidémica de influenza y la circulación de SARS-CoV-2. En Guyana, se ha observado un incremento en los casos de ETI e IRAG, con casos positivos atribuibles tanto a SARS-CoV-2 como a influenza.

**Centroamérica:** Se ha observado un incremento en la actividad de ETI e IRAG, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a influenza, cuya proporción va en descenso, seguido de SARS-CoV-2 y VRS, cuyas proporciones han mostrado un incremento. La actividad de influenza, tras alcanzar un pico epidémico en varios países de la subregión, ha mostrado un descenso en la última SE. Durante las cuatro últimas SE, los virus de influenza predominantes han sido de tipo A(H3N2), con menor circulación de A(H1N1)pdm09. La actividad del VRS ha alcanzado niveles similares a los máximos registrados en temporadas previas. Aunque la actividad del SARS-CoV-2 está en ascenso, permanece en niveles bajos en comparación con olas anteriores.

*Por países:* En El Salvador, la circulación de influenza, tras alcanzar niveles moderados, ha presentado un descenso en las últimas cuatro SE. El SARS-CoV-2 sigue en ascenso, aunque en niveles bajos en comparación con olas previas. En Guatemala, se ha observado un incremento en la actividad de ETI e IRAG por encima del umbral epidémico. La mayoría de los casos positivos de ETI se atribuyen a la influenza, cuya circulación ha descendido a niveles por debajo del umbral epidémico, mientras que los casos de IRAG se deben principalmente a VRS y, en menor medida, a SARS-CoV-2, cuya actividad está en ascenso. En Honduras, en las últimas cuatro semanas epidemiológicas, la actividad de IRAG se ha mantenido fluctuante en niveles epidémicos, asociada principalmente a casos positivos de influenza, que actualmente se encuentra en niveles epidémicos, y a SARS-CoV-2, cuya actividad está en ascenso. En Nicaragua, en las últimas cuatro SE, se ha observado un pico de actividad de influenza por encima del umbral elevado, que actualmente se encuentra en descenso, mientras que la circulación del VRS y SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos. En Panamá, los casos de ETI e IRAG han mostrado un incremento en las últimas cuatro SE, con un aumento en la proporción de casos positivos de SARS-CoV-2 y VRS. La actividad de influenza ha descendido por debajo del umbral de actividad epidémica.

**Países Andinos:** La actividad de ETI e IRAG se ha mantenido en niveles epidémicos durante las últimas cuatro SE en la mayoría de los países. Asimismo, se ha observado un aumento en la proporción de casos positivos de VRS y SARS-CoV-2. La actividad de influenza ha permanecido en descenso durante este periodo. Los virus de influenza predominantes han sido de tipo A(H3N2), con circulación concurrente de A(H1N1)pdm09 y del tipo B/Victoria. La actividad del VRS se ha mantenido estable en niveles moderados, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 ha mostrado un pronunciado ascenso hasta niveles medios en comparación con olas previas.

*Por países:* En Bolivia, los casos de IRAG están en descenso, situándose por debajo del umbral epidémico. La actividad de influenza también ha disminuido hasta niveles inferiores a este umbral. En Colombia, la actividad de IRAG, tras alcanzar niveles epidémicos en las últimas semanas, ha presentado un descenso por debajo de este umbral. La mayoría de los casos positivos se atribuyen a VRS, cuya actividad se encuentra en niveles intermedios en comparación con temporadas previas, y en menor medida a SARS-CoV-2, que está en ascenso, con niveles de circulación intermedios en comparación con olas anteriores. Los casos de IRA (Infección Respiratoria Aguda) se mantienen en niveles extraordinarios. En Ecuador, la actividad de IRAG y neumonía se ha mantenido en torno al umbral moderado en las últimas cuatro SE. Los casos positivos de IRAG se atribuyen principalmente a influenza, cuya actividad se encuentra en niveles epidémicos, y en menor medida a VRS y SARS-CoV-2, ambos en ascenso. En Perú, se ha observado un incremento en los casos de IRAG con niveles extraordinarios, especialmente asociados a casos positivos de VRS, cuya actividad está en ascenso, y en menor medida a influenza, cuya actividad se sitúa por debajo del umbral epidémico. Asimismo, se ha registrado una creciente actividad de SARS-CoV-2; sin embargo, esta se mantiene en niveles bajos. En Venezuela, se ha observado un descenso en la actividad de influenza, situándose por debajo del umbral epidémico.

**Brasil y Cono Sur:** Tras el incremento observado en semanas previas, la actividad de ETI e IRAG ha mostrado un descenso en las últimas cuatro SE, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a VRS y, en menor medida, a influenza. La actividad de influenza se encuentra en niveles epidémicos en algunos países, mientras que en otros ha descendido por debajo de este umbral, mostrando una tendencia decreciente. Durante este periodo, los virus de influenza predominantes han sido de tipo A(H3N2) y, en menor medida, A(H1N1)pdm09. La actividad del VRS ha permanecido en ascenso, aunque por el momento se mantiene en niveles inferiores a los picos alcanzados en temporadas previas. La actividad del SARS-CoV-2 se ha mantenido en niveles bajos.

*Por países:* En Argentina, la actividad de ETI, tras alcanzar niveles elevados, ha descendido a niveles epidémicos, mientras que la actividad de IRAG, tras alcanzar niveles epidémicos, ha caído por debajo de este umbral. La actividad de influenza, después de alcanzar niveles elevados, ha descendido a niveles epidémicos en la última SE. Paralelamente, se ha observado un incremento en el porcentaje de positividad de VRS, alcanzando valores similares a los máximos observados en temporadas previas. En Brasil, la actividad de ETI e IRAG ha descendido a niveles por debajo del umbral epidémico, con la mayor proporción de casos positivos atribuibles a VRS e influenza. En Chile, los casos de ETI e IRAG, tras alcanzar niveles extraordinarios esta temporada, se encuentran actualmente en descenso, situándose en niveles epidémicos. La mayoría de los casos positivos durante las últimas cuatro SE son atribuibles a VRS, cuya actividad se mantiene en ascenso, aunque con niveles de positividad por debajo de los máximos observados en temporadas anteriores. La actividad de influenza, tras alcanzar niveles extraordinarios, ha descendido a niveles por debajo del umbral epidémico. En Paraguay, la actividad de IRAG ha mostrado un repunte a niveles moderados, relacionado con casos positivos de VRS y, en menor medida, de SARS-CoV-2, cuya actividad está en ascenso. La actividad de ETI, tras alcanzar niveles epidémicos, ha descendido por debajo de este umbral, con la mayoría de los casos asociados a influenza, cuya actividad está en descenso, pero aún en niveles epidémicos. En Uruguay, la actividad de IRAG, tras alcanzar niveles elevados, ha descendido a niveles moderados, donde se mantiene estable, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a VRS y, en menor medida, a influenza. Esta última, después de alcanzar niveles moderados, ha descendido a niveles por debajo del umbral epidémico. La actividad de VRS ha presentado un ascenso, alcanzando niveles similares a los picos observados en temporadas anteriores.

**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 mencionan los eventos de mayor relevancia que han sido compartidos 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 25 de julio y el 1 de agosto del 2024.

## RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS, HIPERVIRULENTE KLEBSIELLA PNEUMONIAE - SITUACIÓN GLOBAL

A principios de 2024, el Sistema Mundial de Vigilancia y Resistencia a los Antimicrobianos (GLASS-EAR) emitió una solicitud de información a los puntos focales nacionales de resistencia a los antimicrobianos (RAM) del Sistema Mundial de Vigilancia y Resistencia a los Antimicrobianos (GLASS) inscritos en GLASS-AMR (n=124). El objetivo era evaluar rápidamente la situación mundial actual, dada la creciente identificación de aislados de secuencia tipo (ST) 23 de *Klebsiella pneumoniae* (hvKp) hipervirulenta que porta genes resistentes a los antibióticos carbapenémicos (genes de carbapenemasas) reportados en varios países. La transmisión sostenida documentada de este linaje se ha observado durante varios años y los genes asociados con la resistencia a los antimicrobianos se detectaron en cepas hvKp en los últimos años en varios países.

Un total de 43 de 124 países, territorios y áreas de las seis regiones de la OMS proporcionaron respuestas: África (10); Europa (10); Mediterráneo Oriental (10); Pacífico Occidental (6); América (4); Sudeste Asiático (3). De ellos, un total de 16 países y territorios (Argelia, Argentina, Australia, Canadá, Camboya, Región Administrativa Especial de Hong Kong (China), India, Irán, Japón, Omán, Papua Nueva Guinea, Filipinas, Suiza, Tailandia, Estados Unidos Reino de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (Reino Unido) y Estados Unidos de América informaron la presencia de hvKp y 12 informaron específicamente la presencia de la cepa ST23-K1 (Argelia, Argentina, Australia, Canadá, India, Irán, Japón, Omán, Filipinas, Suiza, Tailandia y Reino Unido).

La información y el conocimiento sobre los mecanismos que potencian la capacidad de las bacterias para causar la enfermedad aún son incompletos. Se necesita más investigación para desarrollar herramientas de diagnóstico disponibles en países con capacidad de laboratorio limitada, que permitan una rápida identificación de las infecciones causadas por cepas de hvKp. Es necesario descubrir nuevas alternativas terapéuticas dirigidas no sólo al tratamiento de infecciones multirresistentes, sino también a infecciones provocadas por variantes hipervirulentas.

### Región de África

En la región africana de la OMS, pueden existir casos de hvKp, pero aún no se conoce el alcance del problema. La detección de hvKp ST23 que porta genes de resistencia a carbapenémicos o cualquier otro marcador de virulencia o resistencia requiere el uso de métodos moleculares que pueden no ser monitoreados de manera rutinaria en muchos laboratorios de microbiología de la región.

Aunque los datos sobre la resistencia de *K. pneumoniae* a los carbapenémicos no pueden aplicarse a toda la región debido al número limitado de países que informaron este perfil de resistencia y a la limitada cobertura de las pruebas, la resistencia de *K. pneumoniae* a los carbapenémicos puede que ya sea un problema grave en la región africana de la OMS que merece más investigación y exige fortalecer la capacidad de diagnóstico, las intervenciones de prevención y control de infecciones y el acceso a nuevos agentes terapéuticos.

### Región de las Américas

En la Región de las Américas existe una vigilancia consolidada de la RAM, que ha permitido documentar ampliamente la detección de cepas de *Klebsiella pneumoniae* (Kp) portadoras de genes de resistencia a carbapenémicos. Sin embargo, no existe una vigilancia sistemática que permita la identificación rutinaria de las cepas de hvKp y la recopilación de información sobre estas cepas.

Los sistemas de salud y los servicios de atención de salud de algunos países de la Región pueden enfrentar dificultades a la hora de implementar medidas de control de infecciones, así como de

identificar y responder adecuadamente a los casos de infección por hvKp que porta genes de resistencia a los carbapenémicos. La falta de sospecha clínica, detección e implementación de medidas de control de infección indicadas para los casos (precauciones estándar y de contacto, incluido el aislamiento), así como la detección y manejo de personas colonizadas por la bacteria, son algunos de los desafíos a los que se enfrenta. debe considerarse ante un mayor riesgo de propagación de cepas de hvKp portadoras de carbapenemasas en entornos hospitalarios y comunitarios.

### **Región del Mediterráneo Oriental**

Los datos disponibles sobre la prevalencia de hvKp son escasos en la región del Mediterráneo oriental de la OMS y solo están documentados mediante vigilancia de laboratorio para detectar resistencia a los antimicrobianos en los centros de atención sanitaria o estudios epidemiológicos retrospectivos en unos pocos países.

Aunque dos países de la región (Irán y Omán) han informado de la presencia de hvKp desde 2018, se sabe poco sobre el alcance de su difusión o la situación en la mayoría de los países de la región.

Con una infraestructura y capacidad de laboratorio de microbiología limitadas para detectar hvKp en la mayoría de los países y con conflictos prolongados o activos u otros contextos frágiles o vulnerables en al menos nueve países, una mejor vigilancia requiere una mayor inversión en la construcción de redes de laboratorios, garantizando suministros ininterrumpidos y una capacitación adecuada para personal de laboratorio. Puede ser necesario un mayor compromiso con actores no estatales en entornos frágiles, vulnerables y afectados por conflictos. La probabilidad de que hvKp pase desapercibido es alta en muchos de estos entornos y, con movimientos sustanciales entre países de la región, las implicaciones clínicas y de salud pública siguen siendo altas.

### **Región de Europa**

La resistencia a las cefalosporinas de tercera generación en Kp se ha generalizado en la Región Europea de la OMS. Mientras que muchos laboratorios europeos realizan periódicamente pruebas para caracterizar las bacterias y tienen capacidad de identificación molecular de los genes de resistencia a los carbapenémicos más frecuentes, la identificación de genes que mejoran la capacidad de las bacterias para causar una enfermedad (virulencia) no forma actualmente parte de la norma diagnóstica. Dado que la detección de hipervirulencia no forma parte de la microbiología de diagnóstico de rutina, hvKp puede pasar desapercibido, a menos que lo sospechen médicos con conocimiento del cuadro clínico y que soliciten que los aislados se remitan para una mayor caracterización o secuenciación. Muchos médicos aún no han descubierto la presentación clínica y el espectro extendido de la enfermedad de hvKp en los países de la región europea. Además, un diagnóstico clínico presuntivo dependería de la presentación de las características clínicas típicas de una infección de inicio comunitario. Sin embargo, este cuadro clínico puede diferir en pacientes vulnerables en entornos sanitarios, lo que probablemente dificulta el diagnóstico clínico de hvKp asociado a la atención sanitaria.

### **Región del Sudeste Asiático**

La Región del Sudeste Asiático ha documentado la convergencia de genes relacionados tanto con la hipervirulencia como con la resistencia a los carbapenémicos, un factor crítico que exacerba el desafío de controlar las infecciones causadas por hvKp.

En India, se han realizado esfuerzos para caracterizar los aislados de Kp desde 2015. El hvKp resistente a carbapenem se identificó en India en 2016 y, posteriormente, se informó su perfil clínico, antibiograma, epidemiología molecular, trayectoria evolutiva y prevalencia de variantes de hvKp. En

diversas ocasiones se ha detectado la convergencia de mecanismos que potencian la capacidad de la bacteria para causar enfermedad (virulencia) y resistencia a los antimicrobianos en *K. pneumoniae*. También se ha estudiado el papel de los genes de resistencia y de virulencia en diferentes tipos de *K. pneumoniae*.

Sin embargo, en la mayoría de los países de la Región aún no se ha desarrollado una vigilancia sistemática, lo que dificulta el seguimiento eficaz de los niveles de circulación de estas cepas. A pesar del establecimiento de sistemas nacionales de vigilancia de la RAM en varios países, existen importantes lagunas en las capacidades epidemiológicas y de diagnóstico, que aún están evolucionando. La detección e identificación de cepas de hvKp dependen en gran medida de la capacidad de los laboratorios, que varía ampliamente en la región. Muchos laboratorios carecen de los recursos necesarios para realizar secuenciaciones genómicas o analizar marcadores específicos que indiquen hipervirulencia. En consecuencia, es probable que las infecciones asociadas a hvKp no se detecten ni se notifiquen lo suficiente, lo que oscurece el verdadero alcance de la amenaza que representan.

La distinción del diagnóstico clínico tradicional entre hvKp y Kp clásico se ha vuelto más desafiante en la región debido a la epidemiología cambiante de hvKp, que ahora se adquiere más comúnmente en hospitales de pacientes con comorbilidades que en la comunidad. El riesgo de tener una alta prevalencia de la enfermedad también puede verse incrementado por el aumento de comorbilidades, especialmente la diabetes, así como por variables contribuyentes como poblaciones de alta densidad y acceso inadecuado a atención médica de alta calidad en la región.

### **Región del Pacífico Occidental**

En la región del Pacífico Occidental de la OMS, debido a la resistencia generalizada a los antibióticos y a las medidas insuficientes para prevenir la infección en diversas áreas, es posible que se hayan producido casos de hvKp pero no se hayan reconocido completamente. La identificación de cepas de hvKp como ST23 que poseen genes resistentes a carbapenémicos u otros rasgos importantes de virulencia o resistencia requiere pruebas de diagnóstico mejoradas, que no se emplean comúnmente en los laboratorios de microbiología estándar. Varios Estados miembros de esta región tienen capacidad para realizar pruebas de susceptibilidad a los antimicrobianos y detectar cepas de Kp con resistencia a los carbapenémicos.

Fuente: [Antimicrobial Resistance, Hypervirulent Klebsiella pneumoniae - Global situation \(who.int\)](#)

## UNA NUEVA INICIATIVA ESTUDIARÁ EL DESARROLLO DE UNA VACUNA EXPERIMENTAL DE ARNm CONTRA LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA GRIPE A (H5N1)

El 29 de julio se ha puesto en marcha un nuevo proyecto de desarrollo y accesibilidad de vacunas experimentales de ácido ribonucleico mensajero (ARNm) contra la gripe A (H5N1) en el ser humano para los fabricantes de países de ingresos medianos y bajos, **con la participación de los laboratorios argentinos** Sinergium Biotech y la colaboración del Programa de Transferencia de Tecnología de ARNm de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Medicines Patent Pool (MPP).

En julio de 2021, la OMS y el MPP pusieron en marcha el Programa de Transferencia de Tecnología de ARNm para que los países de ingresos medianos y bajos pudieran desarrollar y fabricar vacunas con esta técnica. La empresa Sinergium Biotech, que colabora con el programa, ha obtenido vacunas experimentales que emplean dicha técnica y va a efectuar un estudio de viabilidad con modelos preclínicos. Una vez se hayan recopilado todos los datos preclínicos necesarios, se proporcionarán a otros fabricantes las técnicas, los materiales y los conocimientos necesarios para agilizar la fabricación de esas vacunas y reforzar la preparación contra una posible pandemia.

El Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, ha dicho: «Esta iniciativa ilustra a la perfección el motivo por el que la OMS creó el Programa de Transferencia de Tecnología de ARNm, que no es otro que el de impulsar la investigación, el desarrollo y la producción en países de ingresos medianos y bajos con el fin de prepararnos mejor para actuar eficaz y equitativamente en el caso de que se declare una pandemia».

En términos similares se ha expresado Charles Gore, Director Ejecutivo del MPP: «Nuestros objetivos cuando pusimos en marcha el Programa de Transferencia de Tecnología de ARNm junto con la OMS fueron dotar a los países de ingresos medianos y bajos de herramientas para fabricar vacunas, fomentar la colaboración, ceder recursos y difundir conocimientos. Este proyecto refleja ese propósito y pone de manifiesto el compromiso claro que hemos adquirido en pro de la preparación y la respuesta frente a una posible pandemia».

Los virus de la gripe aviar pueden entrañar mucho riesgo para la salud pública porque están muy extendidos en los animales y tienen capacidad para provocar una pandemia. El proyecto que se presenta hoy complementa la labor que se viene realizando en virtud del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica con el fin de promover e intensificar el intercambio de virus gripales que tienen capacidad para provocar pandemias en el ser humano y de dar más acceso a las vacunas a los países de ingresos medianos y bajos.

El Dr. Jarbas Barbosa, Director de la Organización Panamericana de la Salud, ha dicho al respecto del proyecto: « La iniciativa que hacemos pública hoy refleja la necesidad no solo de diversificar geográficamente la innovación y la producción de productos tecnológicos para la salud, incluyendo y reconociendo la capacidad de los países de América latina y el Caribe, sino también la importancia de que en la planificación de los procesos de investigación y desarrollo se tenga en cuenta con antelación que se deberá dar acceso a los conocimientos y los productos tecnológicos».

Por su parte, el Dr. Alejandro Gil, Director General de Sinergium, explica: «La experiencia y la capacidad de nuestra empresa para aplicar sus conocimientos a la producción de vacunas contra la gripe A (H5N1) será fundamental en la preparación contra una posible pandemia de alcance mundial. Quiero dar las gracias a la OPS, que, merced al apoyo continuo que brinda a los fabricantes de la Región de las Américas, ha hecho posible este proyecto. Estamos muy ilusionados con la idea de

ayudar a hacer frente a este riesgo para la salud pública y nuestro departamento de I+D seguirá colaborando estrechamente con los asociados del Programa».

Desde su creación, el Programa de Transferencia de Tecnología de ARNm ha elaborado y aplicado una plataforma que se empleó para determinar la inmunogenia, la eficacia en ensayos clínicos y la inocuidad de una vacuna experimental contra la COVID-19 en modelos animales preclínicos. Esta plataforma se creó y validó en la empresa emergente African Biologics (Afrigen), y ahora se está transfiriendo a fabricantes que participan en el Programa con el fin de adaptarla y mejorarla para que se pueda utilizar contra otras enfermedades. El trabajo realizado en el marco del citado Programa es uno de los logros conseguidos por la OMS y el MPP en su afán por mejorar la disponibilidad, el acceso y la utilización de vacunas con ARNm a fin de potenciar la equidad vacunal en todo el mundo.

Fuente: [Una nueva iniciativa estudiará el desarrollo de una vacuna experimental de ARNm contra la infección por el virus de la gripe A \(H5N1\) en el ser humano \(who.int\)](#)

## ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA FIEBRE AMARILLA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS - OPS

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 29 del 2024, en la Región de las Américas se han notificado 33 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 17 defunciones. Los casos se han registrado en cinco países de la Región: el Estado Plurinacional de Bolivia (cuatro casos, incluyendo tres defunciones), Brasil (tres casos, incluyendo dos defunciones), Colombia (ocho casos, incluyendo cinco defunciones), Guyana (dos casos) y Perú (16 casos, incluyendo siete defunciones).

Los casos se registraron a lo largo de la zona amazónica de Perú, Ecuador y Colombia siguiendo una trayectoria de sur a norte.

**Mapa 1. Distribución geográfica de casos de fiebre amarilla en humanos en Colombia, Ecuador y Perú, 2023 y 2024.**



© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2024. Todos los derechos reservados. Las denominaciones empleadas en estos mapas y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo. Producción del mapa: OPS (Departamento de Emergencias en Salud (HEM)) Información de Epidemiología en Salud & Evaluación de Riesgo (HEM)

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

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2024, se han confirmado cuatro casos de fiebre amarilla (tres por laboratorio y uno por clínica y nexos epidemiológicos), incluyendo tres defunciones. Los casos corresponden a hombres, con edades entre los 15 y 64 años, que iniciaron síntomas entre el 20 de abril y el 8 de junio del 2024. Ninguno de los casos presentó antecedente de vacunación contra fiebre amarilla y todos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales. Los casos tienen lugar probable de exposición en el departamento de La Paz en los municipios de Caranavi (n= 2 casos fatales) Guanay (n= 1 caso) y el municipio de San Buenaventura (n=1 caso fatal).

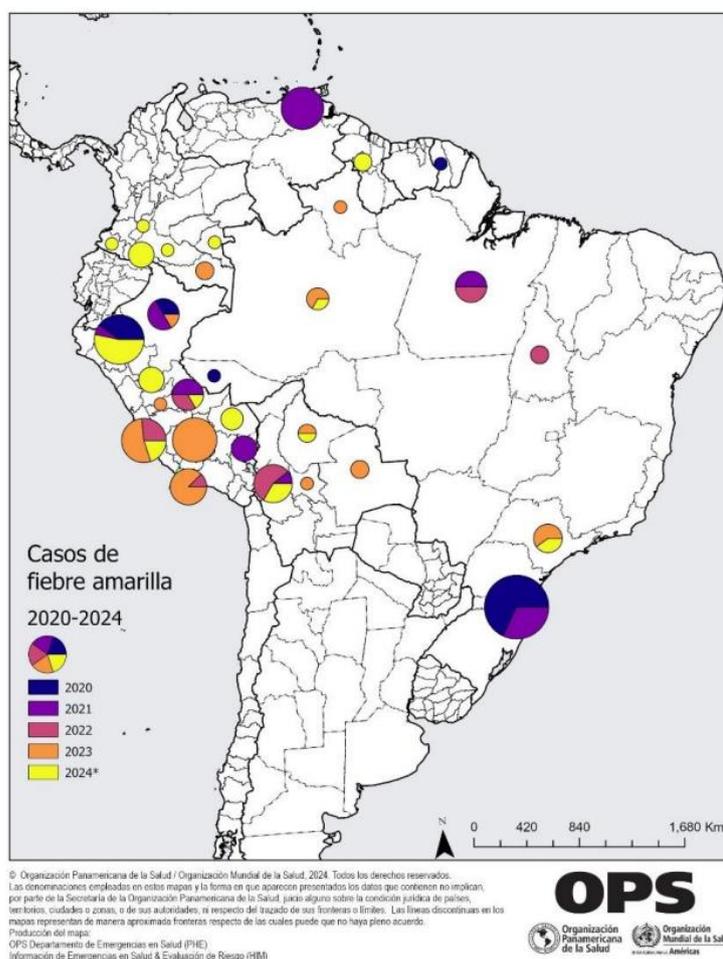
En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2024 se han notificado tres casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo dos defunciones, en el estado de Amazonas (n= 1 caso fatal) y en el estado de Sao Paulo (n= 2 casos, incluyendo una defunción). Un caso corresponde a un hombre de 63 años residente 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 la región entre Águas de Lindóia y Monte Sião, en la frontera entre São Paulo y 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 del 2017, en el municipio de Serra Negra, que inició síntomas el 1 de abril del 2024 y se ha recuperado de la enfermedad. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales y fueron confirmados por laboratorio mediante técnica RT-PCR. Durante el período de monitoreo (julio 2023 a junio 2024), hasta la SE 29, se informaron 1.669 eventos que involucraron primates no humanos muertos (monos). De este total, diez (0,6%) fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, seis en el estado de Rio Grande do Sul y cuatro en el estado de Minas Gerais.

En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2024, se han notificado ocho casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo cinco defunciones, siete de los casos han sido captados en la vigilancia por laboratorio e histopatología para dengue, confirmados a través de análisis PCR en tiempo real. Se han registrado casos en cinco departamentos: en el departamento de Caquetá, municipio de El Doncello (n=1 caso); en el departamento del Huila, municipio de Campoalegre (n= 1 caso fatal); en el departamento de Nariño, municipio de Ipiales (n= 1 caso); en el departamento de Putumayo, municipios de Orito (n=1 caso fatal), San Miguel (n=1 caso fatal), Valle del Guamuez (n= 1 caso fatal) y Villagarzón (n= 1 caso fatal); y el departamento de Vaupés, municipio de Mitú (n= 1 caso). Los casos corresponden a hombres de entre 18 y 66 años, que iniciaron síntomas entre el 3 de enero y 2 de julio del 2024, todos los casos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas, un caso registró antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla.

En **Guyana**, durante la SE 11 del 2024, se identificaron dos casos confirmados por laboratorio. El primer caso se identificó en Boa Vista, en el estado de Roraima, Brasil; se trata de un joven de 17 años, residente en la comunidad de Massara, a 100 km de Lethem, que limita con Bonfim, Roraima, sin antecedentes de vacunación. 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 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, sin antecedentes de vacunación, 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 del 2024. Ambos casos se recuperaron y a la fecha de la publicación de esta actualización no se han reportado nuevos casos.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2024, se han confirmado 16 casos de fiebre amarilla, incluyendo siete 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), Lamas (n= 1 caso fatal), Moyobamba (n= 1 caso fatal), Pachiza (n= 1 caso), Pinto Recodo (n= 1 caso), Shamboyacu (n= 1 caso) y Shapaja (n= 1 caso fatal); y en el departamento de Ucayali, distrito Padre Abad (n= 1 caso). Los casos corresponden a 15 hombres de entre 18 y 83 años, y una mujer de 30 años, que iniciaron síntomas entre el 11 de enero y 12 de julio del 2024. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas y no registran antecedente de vacunación contra fiebre amarilla.

**Mapa 2. Distribución geográfica de casos de fiebre amarilla en humanos en la Región de las Américas, de enero del 2020 a julio del 2024.**



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerio de Salud y reproducidos por la OPS/OMS (1-7).

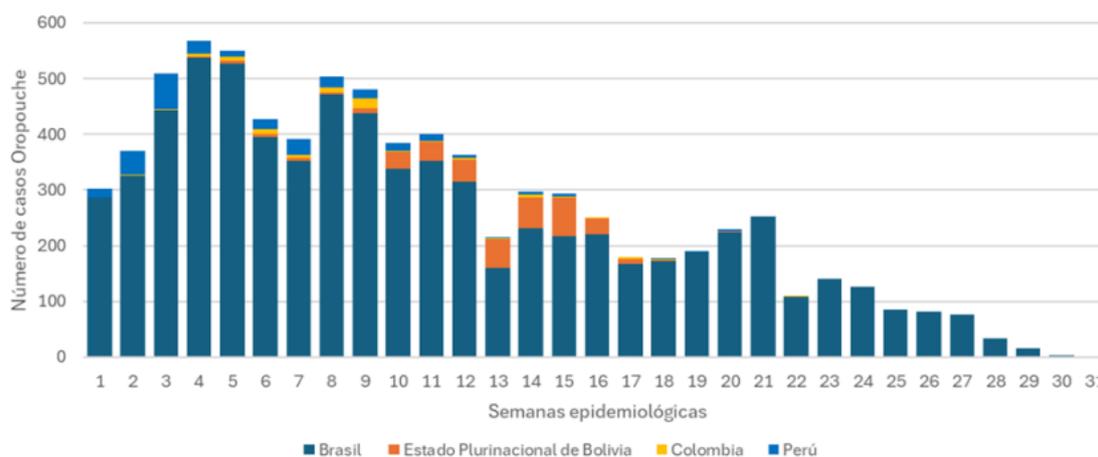
Fuente: [Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 29 de julio del 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

## ALERTA EPIDEMIOLÓGICA OROPOUCHE EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS - OPS

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 29 del 2024, se notificaron 8.078 casos confirmados de Oropouche, incluida dos defunciones en la Región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en cinco países de la Región de las Américas: el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 356 casos), Brasil<sup>1</sup> (n= 7.284 casos, incluido dos defunciones), Colombia (n= 74 casos), Cuba (n= 74 casos) y Perú (n= 290 casos). Desde la alerta epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicada el 9 de mayo de 2024 se notificaron 2.885 casos de Oropouche adicionales en la Región en: Bolivia (n= 43 casos), Brasil (n= 2.701 casos), Colombia (n= 36 casos), Cuba (n= 74 casos) y Perú (n=31 casos) (1-10).

En cuanto a los casos de transmisión vertical de la infección por el virus Oropouche (OROV) y sus consecuencias, Brasil notificó una muerte fetal y un aborto en el estado de Pernambuco y cuatro casos de recién nacidos (RN) con microcefalia, identificados por estudios retrospectivos en los estados de Acre y Pará. Adicionalmente, Brasil informó que se están investigando otros tres posibles casos de transmisión vertical y sus consecuencias en el estado de Pernambuco, correspondientes a tres muertes fatales.

**Gráfico 1. Número de casos confirmados de Oropouche en 2024 por país y semana epidemiológica de inicio de síntomas, Región de las Américas.**

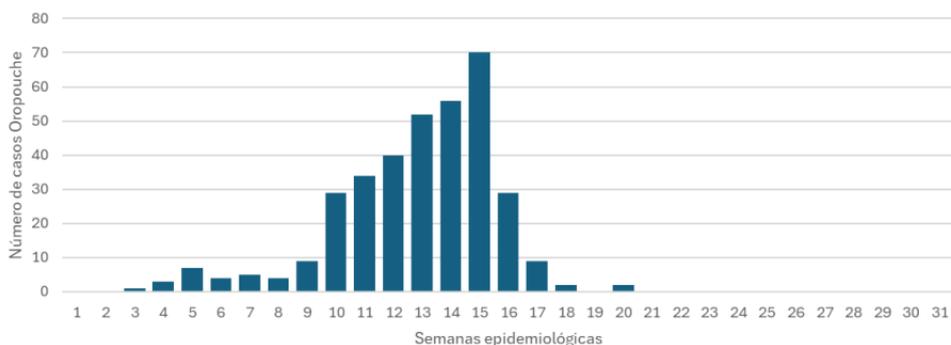


Fuente: Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS/OMS.

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2024, se han notificado 356 casos de Oropouche confirmados por laboratorio mediante la técnica de biología molecular (RT-PCR) (1). Se ha registrado la transmisión en tres departamentos: La Paz con el 75,3% de los casos (n=268) seguido de Beni con el 21,3% de los casos (n=76) y Pando con el 3,4% de los casos (n=12). Los casos se reportan en 16 municipios que son considerados endémicos para esta enfermedad, con la mayor proporción de casos notificados en los municipios de Irupana, La Paz, con el 33% de los casos, seguido de La Asunta, La Paz, con el 13% de los casos, y Chulumani; La Paz, y Guayaramerín, Beni, con el 12 % cada uno. El 50% de los casos (n=179) corresponde al sexo femenino y la mayor proporción se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años con el 20% (n=70) de casos. No se han registrado defunciones que pudiesen estar asociadas a la infección por OROV. Adicionalmente entre las SE 12 y SE 15 de 2024 se notificaron cinco casos de coinfección de Oropouche con dengue en pacientes de tres municipios del

departamento de La Paz, los cuales presentaron resultados positivos para dengue (RT-PCR) con serotipificación DENV-1 (un caso) y DENV-2 (cuatro casos).

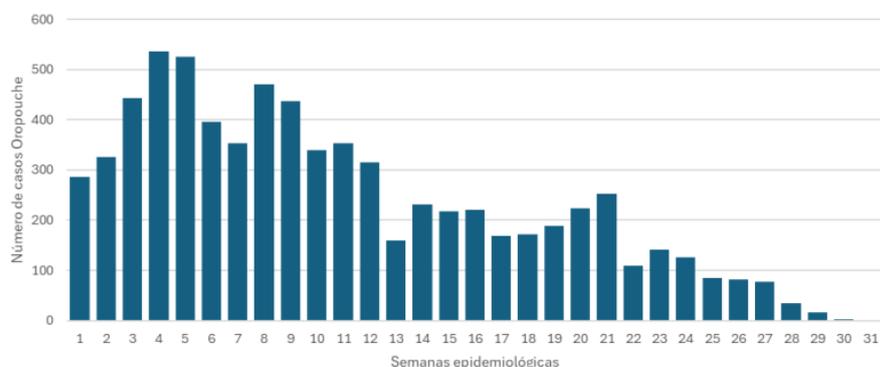
**Gráfico 2. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Bolivia, 2024.**



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace de Bolivia para el RSI. Comunicación recibida el 30 julio del 2024 mediante correo electrónico. La Paz; 2024. Inédito.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 30 del 2024 se han notificado 7.284 casos de Oropouche confirmados por laboratorio mediante la técnica de biología molecular (RT-PCR). La mayoría de los casos han tenido como lugar probable de infección municipios de los estados del norte. La región amazónica, considerada endémica para Oropouche, concentra el 75,7% de los casos registrados en el país con seis estados notificando casos: Amazonas (n= 3.224), Rondônia (n= 1.709), Acre (n= 265), Roraima (n= 239), Pará (n= 74), y Tocantins (n=2) (2, 3). Adicionalmente se ha documentado la transmisión autóctona en diez estados no amazónicos, algunos de los cuales no habían reportado casos previamente: Bahía (n= 831), Espírito Santo (n= 420), Santa Catarina (n= 165), Pernambuco (n= 92), Minas Gerais (n= 83), Rio de Janeiro (n= 64), Ceará (n= 39), Piauí (n= 28), Maranhão (n= 19) y Mato Grosso (n=17). Adicionalmente, casos registrados en los estados de Amapá (n=7), Paraná (n= 3), Sergipe (n=2) y Paraíba (n= 1), están siendo investigados para establecer el lugar probable de infección. En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 51,9% (n= 3.779) corresponden al sexo masculino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de 30 a 39 años con el 21,2% (n= 1.541) de casos.

**Gráfico 3. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Brasil, 2024.**



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil. Comunicaciones recibidas el 30 de julio del 2024 mediante correo electrónico. Brasilia; 2024. Inédito.

En cuanto a las defunciones asociadas a Oropouche, el Centro Nacional de Enlace (CNE) de Brasil para el Reglamento Sanitario Internacional informó sobre dos defunciones asociadas a la infección por OROV y otra que se encuentra bajo investigación. A continuación, se muestra un resumen de estos casos.

Los casos fatales clasificados como asociados a la infección por OROV fueron identificados mediante un análisis retrospectivo en el estado de Bahía. Un caso fatal corresponde a una mujer de 24 años, residente del municipio de Valença, estado de Bahía. Presentó inicio de síntomas el 23 de marzo del 2024, consistentes en fiebre, dolor de cabeza, dolor retroorbitario, mialgia, dolor abdominal intenso, diarrea, náuseas y vómitos. Sin antecedentes de comorbilidades. El 23 de marzo buscó atención médica, siendo dada de alta con manejo ambulatorio y consultando en varias ocasiones. El 26 de marzo fue hospitalizada y el 27 de marzo de 2024 luego de 13 horas del ingreso en la unidad hospitalaria falleció. El 27 de marzo del 2024, se recolectaron muestras de suero las cuales fueron enviadas al Laboratorio Central de Salud Pública de Bahía (LACEN-BA por sus siglas en portugués). El 26 de abril del 2024 se confirmó la presencia de genoma del virus mediante pruebas de biología molecular (RT-PCR). Las muestras resultaron negativas por detección molecular y pruebas serológicas para otros arbovirus (dengue, Zika, chikungunya y Mayaro).

El otro caso fatal es una mujer de 21 años, residente en Camamú, estado de Bahía. Presentó inicio de síntomas el 6 de mayo de 2024, consistentes en fiebre, mialgia, cefalea, dolor retroorbital, dolor en las extremidades inferiores, astenia y dolor articular. Después de cuatro días, desarrolló una erupción rojiza con manchas moradas, sangrado (nasal, gingival y vaginal), seguido de debilidad, somnolencia y vómitos. Sin antecedentes de comorbilidades. El 9 de mayo fue ingresada en una unidad de salud del Hospital Municipal y fue trasladada a un segundo hospital debido a somnolencia, emesis persistente, con cianosis en extremidades, sangrado de encías, epistaxis, sangrado vaginal y presencia de petequias extendidas. Debido a su condición crítica la paciente falleció dos horas después de su admisión. El 10 de mayo del 2024, se recolectaron muestras de suero las cuales fueron enviadas al LACEN-BA. El 18 de mayo del 2024 se confirmó la presencia de genoma del virus mediante pruebas de biología molecular (RT-PCR) y serológicas en las muestras de sangre analizadas. Las muestras resultaron negativas por detección molecular y pruebas serológicas para otros arbovirus (dengue, Zika, chikungunya y Mayaro).

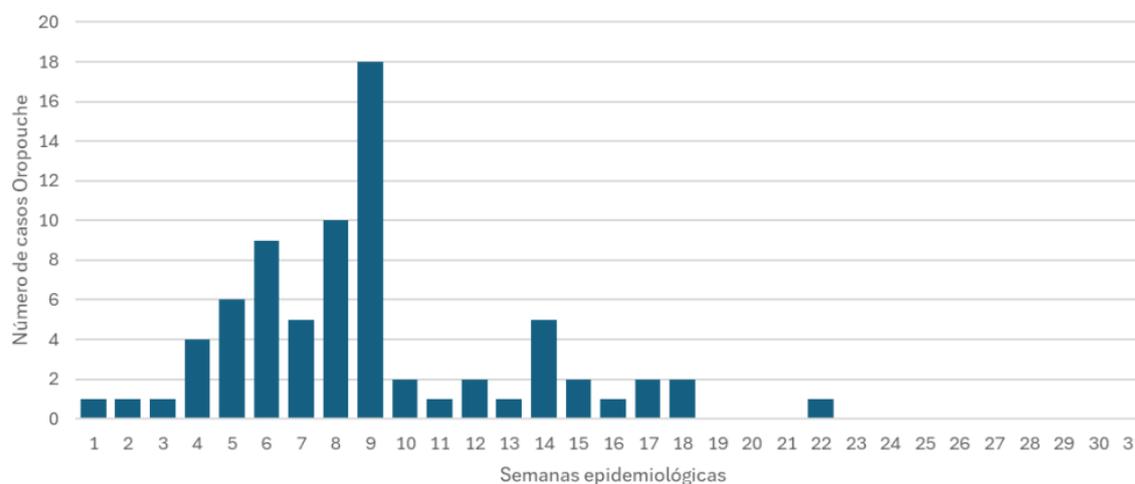
Respecto al caso fatal que se encuentra en investigación el mismo corresponde a un hombre de 57 años, residente del municipio de Apucarana, estado de Paraná, con probable lugar de infección en el estado de Santa Catarina. Presentó inicio de síntomas el 11 de abril del 2024, consistentes en fiebre, dolor de cabeza, mialgia, dolor abdominal intenso, diarrea, náuseas y hemorragia digestiva. Sin antecedentes de comorbilidades. El 15 de abril buscó atención médica y falleció el mismo día. El 15 de abril del 2024, se recolectaron muestras de suero y fue enviado al Laboratorio Central de Salud Pública. El 24 de abril del 2024 se confirmó la presencia de genoma del virus mediante pruebas de biología molecular (RT-PCR). Las muestras resultaron negativas por detección molecular y pruebas serológicas para otros arbovirus (dengue, Zika, chikungunya, fiebre amarilla y Mayaro).

En cuanto a los casos de transmisión vertical que se encuentran bajo investigación en el país hasta el 25 de julio del 2024 se han identificado: un caso de muerte fetal y un aborto en el estado de Pernambuco y cuatro casos de recién nacidos (RN) con microcefalia, identificados por estudios retrospectivos en los estados de Acre y Pará. La información detallada sobre estos casos se encuentra disponible en la Alerta Epidemiológica sobre Oropouche en la Región de las Américas: evento de transmisión vertical bajo investigación en Brasil del 17 de julio del 2024. y está disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-oropouche-regionamericas-evento-transmision-vertical-bajo>.

Adicionalmente, el 30 de julio del 2024, el CNE de Brasil informó a la OPS/OMS que se está investigando otros tres posibles casos de transmisión vertical y sus consecuencias en el estado de Pernambuco, correspondientes a tres muertes fetales, en los municipios de Ipojuca, Recife y Sirinhaém. En uno de estos casos se detectó genoma del virus Oropouche en muestras de tejidos y sangre del feto mediante técnica de RT-PCR y los dos casos restantes continúan en investigación.

En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2024, se han notificado 74 casos confirmados de Oropouche en tres departamentos del país: Amazonas (n=70), Caquetá (n=1), y Meta (n=1), adicionalmente se identificaron dos casos procedentes de Tabatinga, Brasil. Los casos fueron identificados mediante una estrategia retrospectiva de búsqueda de casos por laboratorio implementada por el Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS) a partir de la vigilancia de dengue (n=38) y por investigación de síndromes febriles (n=36). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 51,4% (n=38) corresponden a casos de sexo femenino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 10 a 19 años con el 36,5% (n=27) de los casos. No se han registrado defunciones que pudiesen estar asociados a la infección por OROV (6).

**Gráfico 4. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Colombia, 2024.**

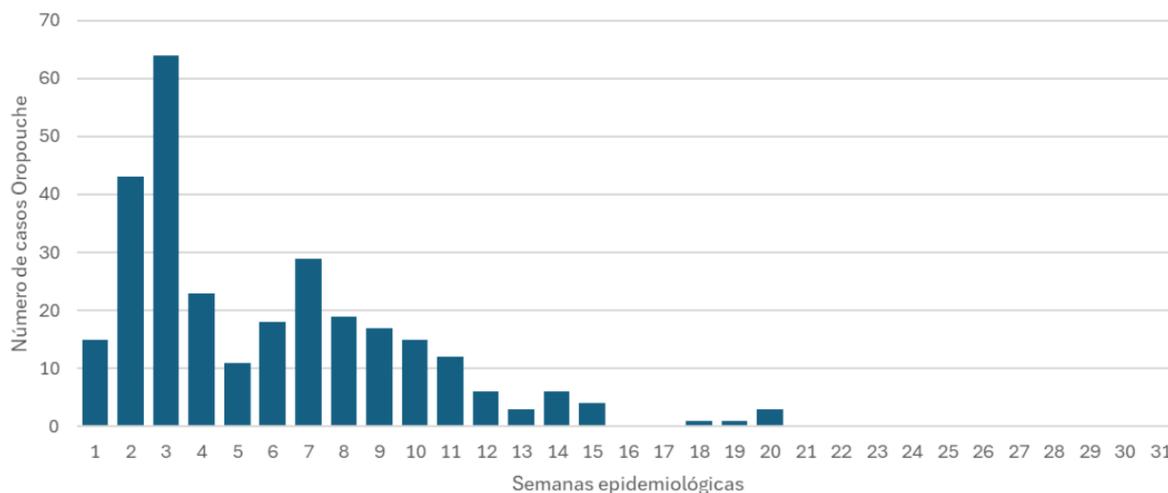


Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Colombia. Comunicación recibida el 30 de julio del 2024 mediante correo electrónico. Bogotá; 2024. Inédito.

En **Cuba**, el 27 de mayo el Ministerio de Salud Pública de Cuba notificó el primer brote de la enfermedad por el virus de Oropouche. Se notificaron 74 casos confirmados en las provincias de Santiago de Cuba (n=54) y Cienfuegos (n=20). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 50% (n=38) corresponden al sexo femenino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 15 a 19 años con el 16% (n=12) de los casos. No se han reportado defunciones que pudiesen estar asociados a la infección por OROV.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2024, se han notificado 290 casos confirmados de Oropouche en cinco departamentos, siendo el mayor número de casos reportados a la fecha en este país. Los departamentos en donde se notificaron los casos confirmados son: Loreto (n=193), Madre de Dios (n=47), Ucayali (n=41), Huánuco (n=8) y Tumbes (n=1). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 52% (n=150) corresponde al sexo masculino, la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 30 a 39 años con el 40% (n=115) de los casos.

**Gráfico 5. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Perú, 2024.**



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Perú. Información de correo electrónico del 30 de julio del 2024. Lima; 2024. Inédito.

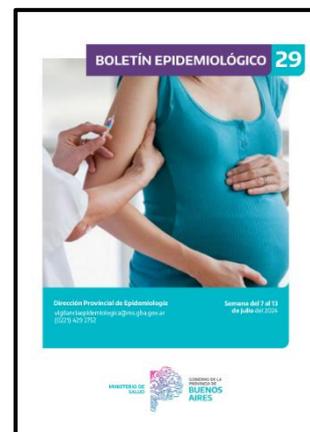
Fuente: [Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 29 de julio del 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

**DESTACADOS EN  
BOLETINES  
JURISDICCIONALES**

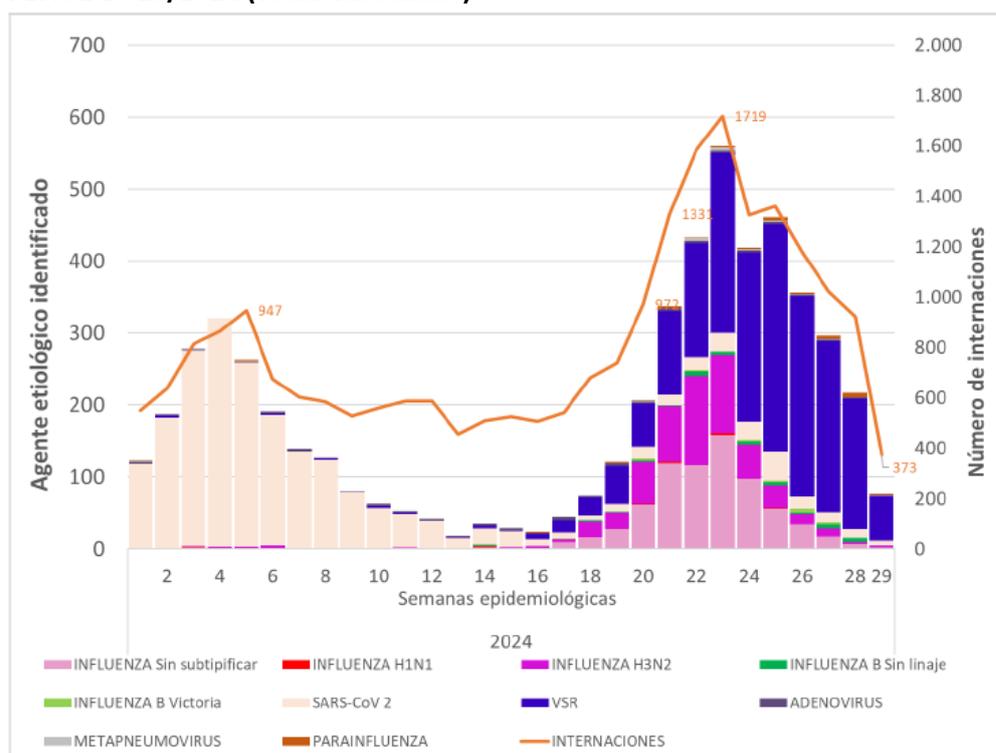
## BUENOS AIRES: VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Se observa por seis semanas consecutivas un descenso en las internaciones por IRA tanto en población general como en niños menores de 2 años.

En la última semana, SE 29, se informaron 373 internaciones, de las cuales el 43% (n=162) corresponde a menores de 2 años.



### Casos notificados Internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. PBA SE 1 - 29/2024 (Todas las edades)



Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

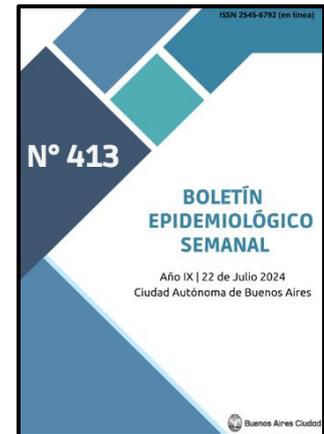
Para más información:

[https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines\\_epidemiologicos](https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos)

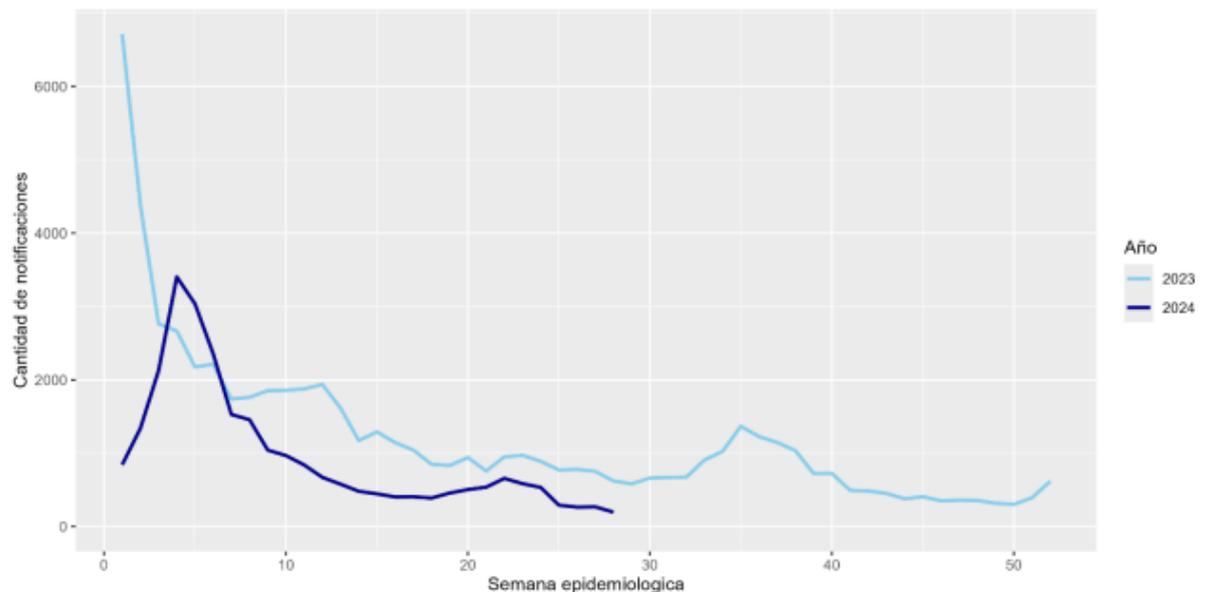
## CABA: EVENTOS RESPIRATORIOS DE ABORDAJE AMBULATORIO

Se observa tanto al inicio del 2023 como de 2024 un incremento en la notificación. En ambos casos estuvo asociado a la circulación de SARS - COV-2.

En las últimas semanas -desde la SE 17- se observó un incremento de las notificaciones ambulatorias, pero asociadas a otros agentes, y ubicándose un descenso en las últimas 6 semanas.



### Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias nominales en eventos ambulatorios. Residentes CABA. Años 2023-24 (N = 89604)



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 4352 casos de ETI, un 82% mayor a lo notificado el año anterior mismo periodo de tiempo.



Casos y tasas (por 1000 hab.) de ETI hasta SE28 periodo 2023-2024 por Departamento. La Pampa.

Departamento	2023		2024		Dif. de casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Atreucó	9	0,8	174	15,6	165
Caleu Caleu	5	1,9	7	2,7	2
Capital	620	5,2	1354	11,3	734
Catriló	56	6,8	9	1,1	-47
Conhelo	424	27,9	284	18,7	-140
Chalileo	13	4,5	31	10,7	18
Chapaleufú	35	2,8	172	13,9	137
Chical Có	1	0,7	0	0,0	-1
Curacó	0	0,0	0	0,0	0
Guatraché	56	5,9	257	27,0	201
Hucal	40	5,1	58	7,4	18
Lihuel Calel	0	0,0	0	0,0	0
Limay Mahuida	0	0,0	0	0,0	0
Loventué	41	4,4	8	0,9	-33
Maracó	383	5,5	620	8,9	237
Puelén	9	0,8	0	0,0	-9
Quemú Quemú	97	11,5	121	14,3	24
Rancul	46	4,1	33	3,0	-13
Realicó	313	17,9	830	47,5	517
Toay	162	9,0	207	11,5	45
Trenel	77	13,5	187	32,8	110
Utracán	2	0,1	0	0,0	-2
<b>Total</b>	<b>2389</b>	<b>6,6</b>	<b>4352</b>	<b>12,0</b>	<b>1963</b>

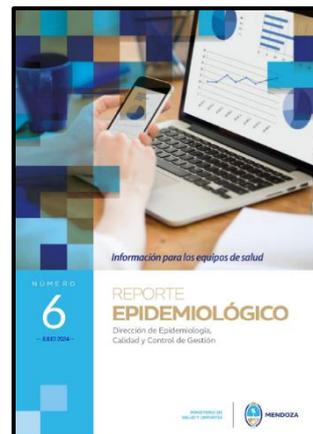
Fuente: Elaboración propia del Área de vigilancia de la Dirección General de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS.

Para más información:

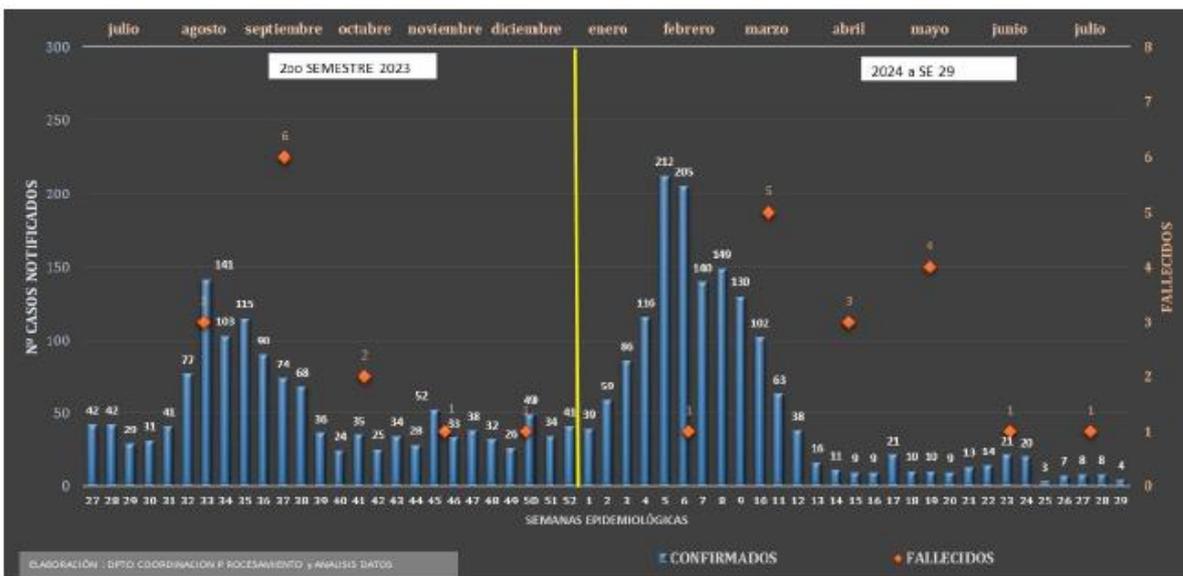
<https://drive.google.com/drive/folders/1PAH6XUO0fDa82EdVS9dGnBS-U6ILEAH4>

## MENDOZA: VIGILANCIA DE COVID-19

Los casos de COVID 19 notificados a la SE 29(20/07) del 2024, suman 1532 en total. Se muestra el 2º semestre del año 2023 y el año 2024 a SE 29. Vemos un ascenso en agosto en SE 33/23 (12 de agosto), con descenso paulatino el resto del año 2023.



### Casos confirmados notificados de Covid-19 por SE y defunciones por mes – 2º Semestre Año 2023 y año 2024 a SE29- Mendoza.



Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Dpto de procesamiento y análisis de datos.

Para más información:

<https://www.mendoza.gov.ar/salud/boletines-epidemiologicos/>

## NEUQUÉN: NEUMONÍA

En las 4 semanas analizadas, se notificaron un total de 615 casos de Neumonía a nivel provincial. Hubo una disminución del 22% en relación al mismo periodo del año anterior.

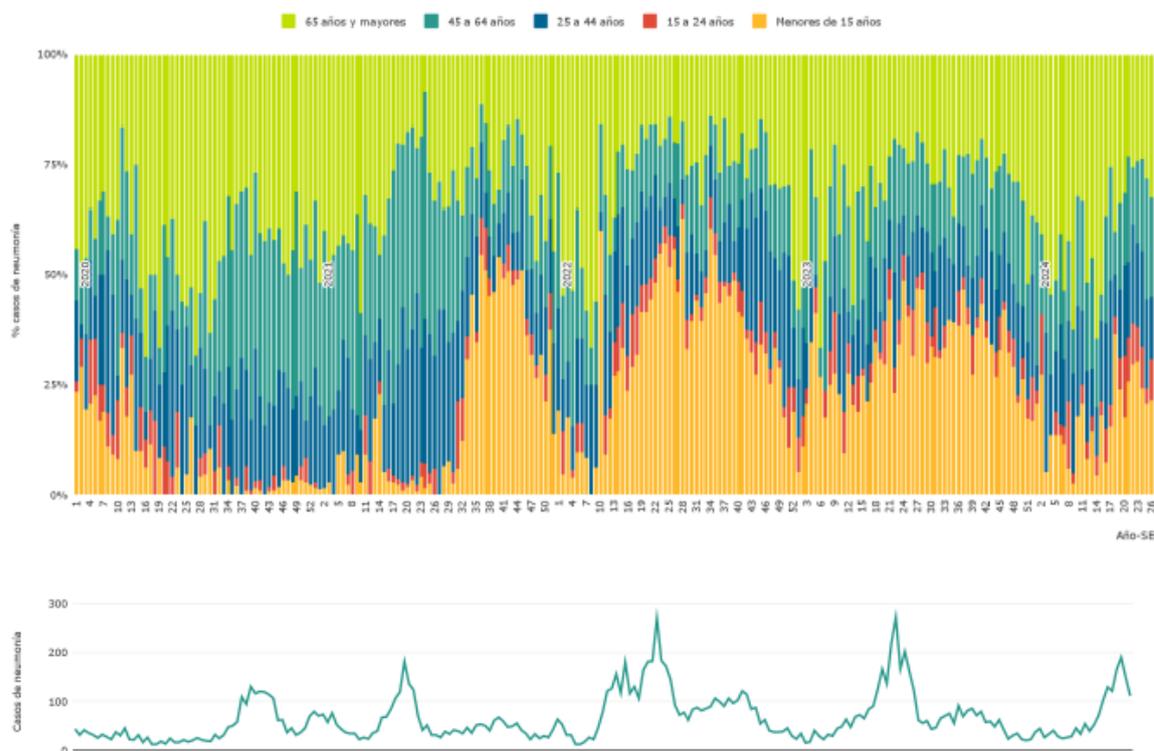
Boletín  
epidemiológico  
mensual

Provincia del Neuquén

Ministerio de Salud  
nequén

Provincia del Neuquén

**Distribución temporal de casos de neumonía por semana epidemiológica, según grupos etarios. Desde SE 1/2020 hasta SE 26/2024. Provincia de Neuquén (N = 15360)**

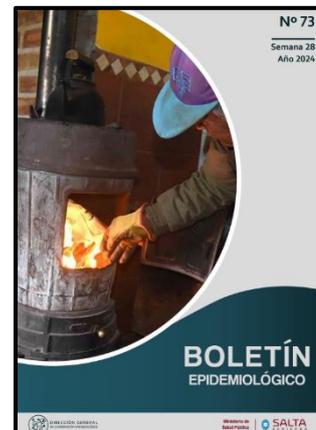


Para más información:

<https://www.saludneuquen.gov.ar/informacion-sanitaria/epidemiologia/boletines-epidemiologicos/>

## SALTA: INTERNACIÓN POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

En la SE 28, se notificaron 151 casos de internados con clínica compatible con infección respiratoria aguda. Del total, 3 requirieron cuidados intensivos.



**Notificaciones de internados por sospecha de infección respiratoria aguda acumulado según departamento. SE 28 y acumulados. Provincia de Salta. Año 2024.**

Departamento	SE 28	%	ACUMULADOS
Anta	11	7,3	141
Cachi	0	0,0	11
Cafayate	1	0,7	47
Capital	62	41,1	1917
Cerrillos	9	6,0	186
Chicoana	0	0,0	65
General Güemes	5	3,3	201
Gral. José de San Martín	9	6,0	243
Guachipas	0	0,0	11
Iruya	1	0,7	6
La Caldera	0	0,0	30
La Candelaria	2	1,3	13
La Poma	0	0,0	1
La Viña	3	2,0	19
Los Andes	1	0,7	6
Metán	6	4,0	68
Molinos	0	0,0	10
Orán	25	16,6	280
Rivadavia	3	2,0	70
Rosario de la Frontera	7	4,6	151
Rosario de Lerma	3	2,0	120
San Carlos	2	1,3	10
Santa Victoria	1	0,7	11
<b>Total general</b>	<b>151</b>	<b>100</b>	<b>3617</b>

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

Para más información:

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

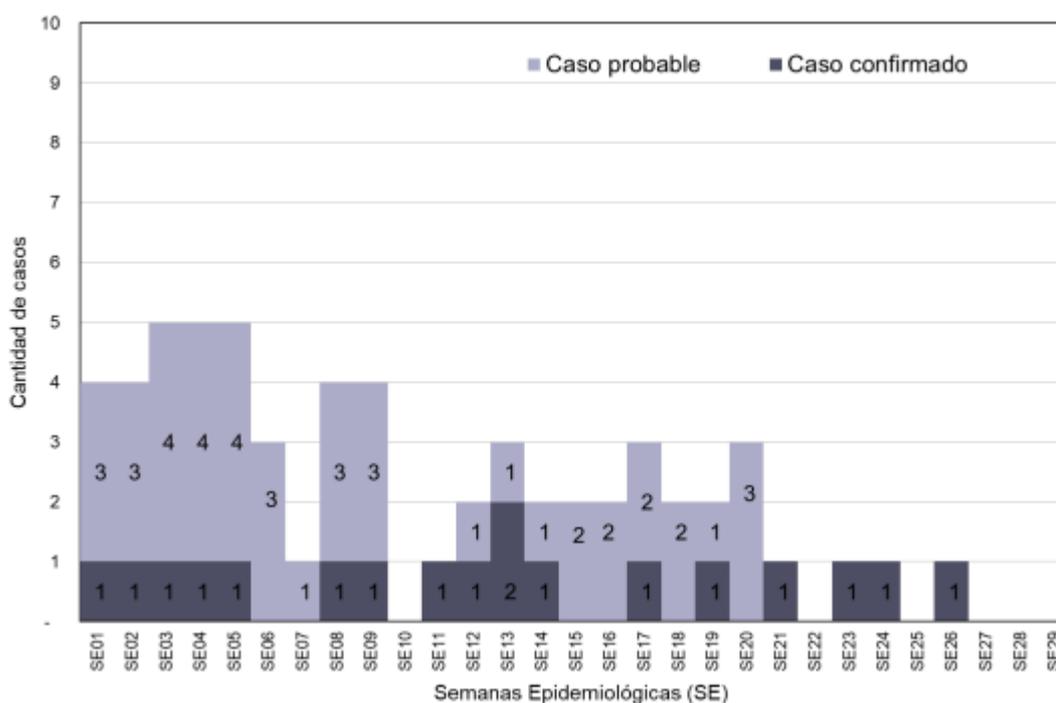
## SANTA FE: LEPTOSPIROSIS

Desde la SE 01 a la SE 29 de 2024 se confirman 18 casos y 43 se clasificaron como probables de leptospirosis. Se registraron cuatro fallecidos con residencia en los departamentos de General Obligado, General López, San Martín y La Capital.

Si bien se notificaron casos en la mayoría de las semanas, no se evidenció hasta la fecha un brote o foco de casos con una misma fuente de exposición.



### Cantidad de casos confirmados y probables al evento de Leptospirosis por Semana Epidemiológica. Provincia de Santa Fe. SE 01 hasta SE 29. Año 2024. (N= 61)



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) hasta el 20/07/2024.

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: ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

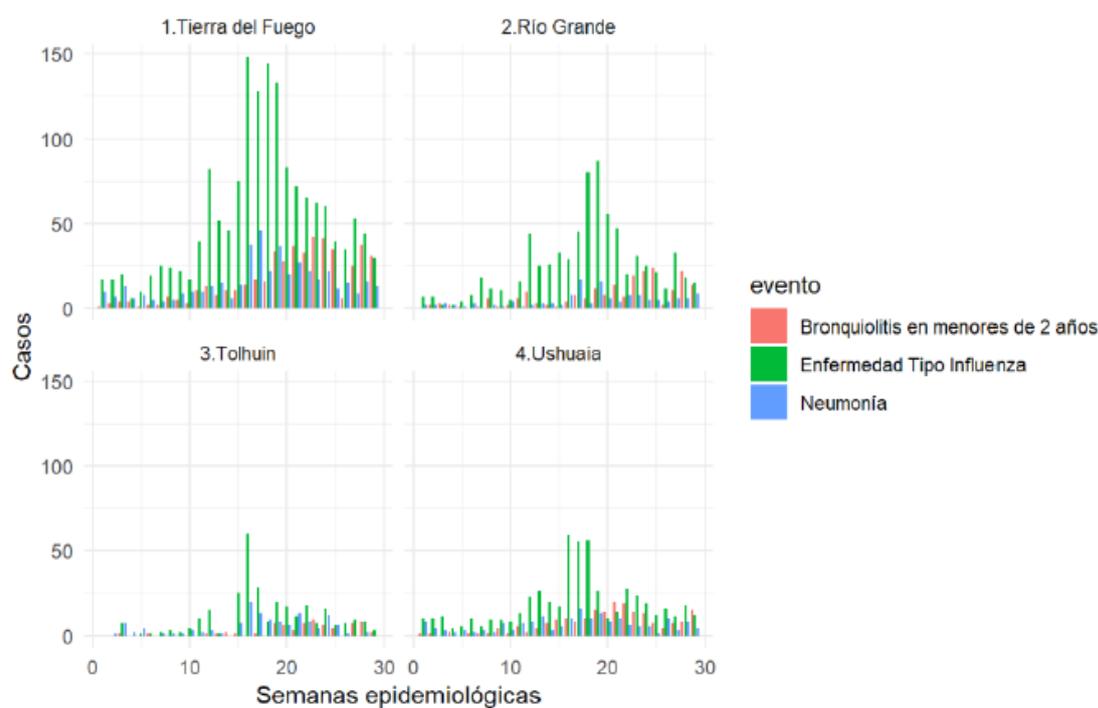
Se presentan hasta la SE 29/2024 clínicas agrupadas en respiratorias que incluyen Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonías y Bronquiolitis en menores de 2 años de edad.

Se observa a nivel provincial un descenso en todas las respiratorias con respecto a la semana anterior.



### Respiratorias SE 29. Tierra del Fuego.

Respiratorias agrupadas en Tierra del Fuego según localidad hasta SE 29



Fuente:  
SNVS  
2.0

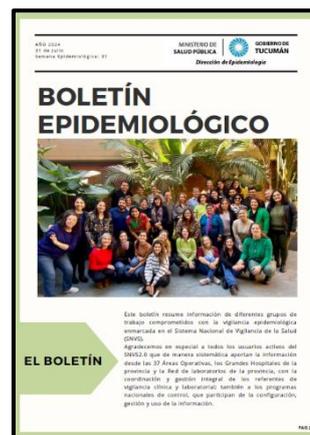
Dirección de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS

Para más información:

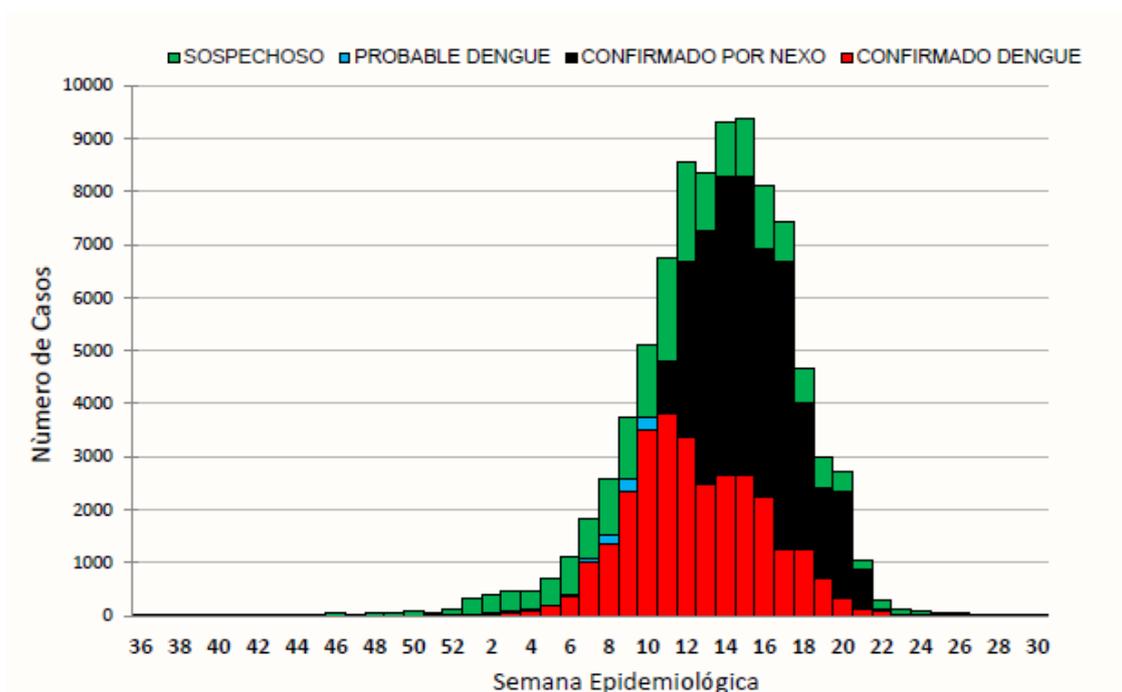
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

## TUCUMÁN: VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO

Entre las SE 36 del 2023 hasta la SE 30 del 2024 se notificaron 87499 casos y se confirmaron 67743 casos de dengue autóctonos en la provincia (considerando diagnóstico por laboratorio y nexos epidemiológico).



Curva epidémica de SFAI desde la SE 36 del 2023 hasta la SE 30 del 2024 (N= 87499)



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

Para más información:

[direpitucuman@gmail.com](mailto:direpitucuman@gmail.com)

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

## INICIÓ EN LA RIOJA EL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN EPIDEMIOLOGÍA DE CAMPO Y ACCIONES DE SALUD PÚBLICA (EPI-AR)

Se trata de una estrategia de fortalecimiento de las capacidades de los niveles locales para detectar, notificar y responder a problemas de salud pública a través de un programa de capacitación en servicio en epidemiología de campo, basada en competencias, y con enfoque de Una Salud, que tiene una duración de 3 meses.

La inauguración de este ciclo de capacitación contó con la presencia del ministro de Salud Pública de La Rioja, Juan Carlos Vergara, acompañado por los secretarios de Atención de la Salud, Gonzalo Calvo; de Ambiente, Santiago Azulay y el Director de Epidemiología, Eduardo Bazán. Por parte del Ministerio de Salud de la Nación, con el coordinador del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, Carlos Giovacchini y la coordinadora del Área de capacitación, desarrollo y fortalecimiento de RRHH en epidemiología, María Laura Bidart, así como de los equipos técnicos nacionales y provinciales que estarán a cargo del proceso.

El objetivo de aprendizaje de EPI-Ar es que los equipos que desarrollan tareas de vigilancia epidemiológica y primera respuesta cuenten con las herramientas técnicas necesarias, en todo el territorio para detectar, notificar y responder ante eventos de importancia para la salud pública. La estrategia está dirigida a personal responsable por la vigilancia epidemiológica y la implementación de medidas de salud pública humana, animal y ambiental.

El programa completo de capacitación se desarrolla a lo largo de 12 semanas, con una duración total de 240 horas. Incluye talleres presenciales de 5 días cada uno, y actividades de campo con tutoría, así como la presentación de trabajos finales con propuestas de mejora del sistema de vigilancia y control en el nivel de desempeño.

La capacitación, organizada por la dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, a través de su Área de capacitación, desarrollo y fortalecimiento de RRHH en epidemiología, es una adaptación del entrenamiento del FETP - Programa de Capacitación en Epidemiología de Campo de primera línea o Frontline propuesto por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE.UU en colaboración y con el apoyo de TEPHINET (Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network) y la Red Suramericana de Epidemiología de Campo (REDSUR).



## LISTADO DE MODIFICACIONES EN CODIFICACIONES AUXILIARES EN EL SNVS2.0

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 desde enero hasta julio 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
JULIO	COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorios (No UMAs)	Epidemiológica	Vacunas	Se adicionaron las opciones: "Vacuna Antigripal", Vacunación materna para VSR y Vacuna Antigripal, y "Palivizumab"
JULIO	Hepatitis C	Clínica	Secuelas	Se adicionaron las opciones "Grado de fibrosis F0", "Grado de fibrosis F0-1", "Grado de fibrosis F1", "Grado de fibrosis F1-2", "Grado de fibrosis F2", "Grado de fibrosis F2-3", "Grado de fibrosis F3", "Grado de fibrosis F3-4", "Grado de fibrosis F4", "Grado de fibrosis - Cirrosis", "Grado de fibrosis - Cirrosis descompensada", "Cálculo de apri menor a 0,5", "Cálculo de apri de 0,5 a 1,49", "Cálculo de apri de 1,5 a 2", "Cálculo de apri mayor a 2", "Carcinoma hepatocelular", "Trasplante hepático"
			Tratamiento	Se adicionaron las opciones: "Glecaprevir/Pibrentasvir", "Sofosbuvir / Glecaprevir / Pibrentasvir", "Sofosbuvir / Velpatasvir / Voxilaprevir", "Peg IFN / Ribavirina", "Sofosbuvir / Daclatasvir", "Sofosbuvir / Daclatasvir / Ribavirina"
				Se desasociaron las opciones "Ribavirina", "Daclatasvir", "Sofosbuvir"
				Se modificaron las opciones: Eplusa por Sofosbuvir / Velpatasvir, Zepatier por Elbasvir / Grazoprevir, Harvoni por Sofosbuvir / Ledipasvir, Viekira Pak por Dasabuvir / Ombitasvir / Paritaprevir / Ritonavir
		Resultado de tratamiento	Se adicionaron las opciones "No inició", "Fallo virológico", "Abandono por efectos adversos", "Abandono de tratamiento por otras causas", "Pérdida de seguimiento", "Fallecido", "Otros"	
			Se modificó la opción "Curado" por "Respuesta viral sostenida"	
			Se quitó la opción " No Curado"	
		Laboratorio	Determinaciones	Se quitaron las determinaciones TGP y TGO
				Se modificaron las determinaciones "ALAT/TGP (veces sobre el valor normal)" por

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del Evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
				"TGP/ALAT" y "ASAT/TGO (veces sobre el valor normal)" por "TGO/ASAT"
JULIO	Hidatidosis (Equinococosis quística)	Evento	Grupo de Eventos	Se modificó el grupo de eventos a "Equinococosis"
			Nombre del evento	Se modificó el nombre del evento de "Hidatidosis" por "Hidatidosis (Echinococcus granulosus)"
JULIO	Infección Respiratoria Aguda Bacteriana	Clínica	Tratamiento	Se adicionaron las opciones "Tratamiento completo" y "Tratamiento en curso"
JULIO	Internado y/o fallecido por COVID o IRA	Epidemiológica	Vacunas	Se adicionaron las opciones: "Vacuna Antigripal", Vacunación materna para VSR y Vacuna Antigripal, y "Palivizumab"
JULIO	Monitoreo de SARS COV-2 y OVR en ambulatorios	Epidemiológica	Vacunas	Se adicionaron las opciones: "Vacuna Antigripal", Vacunación materna para VSR y Vacuna Antigripal, y "Palivizumab"
JULIO	Unidad Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (UC-IRAG)	Clínica	Tratamiento	Se adicionó la opción "Tratamiento Antibiótico"
		Clínica	Resultado de tratamiento	Se adicionaron las opciones "Tratamiento Incompleto", "Tratamiento Completo" y "Tratamiento en curso"
ENERO - JUNIO	Aspergilosis invasora	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionaron las opciones "Caso descartado" y "Caso probable"
ENERO - JUNIO	Brucelosis	Laboratorio	Determinaciones /Técnicas	Se quitaron las opciones "Anticuerpos anti S-brucella IgG, IgM, Ac incompletos / CELISA (ELISA de competición)", "Anticuerpos anti S-brucella IgG, IgM, Ac incompletos/UELISA" y "Identificación bioquímica / Hemocultivo"
				Se adicionaron las opciones: "Identificación Fenotípica/ Pruebas Bioquímicas", "Identificación por Espectrometría de Masas/MALDI-TOF" y "Anticuerpos IgG específicos contra el polisacárido O del LPS (lipopolisacárido) de Brucella abortus / Glyco-iELISA"
ENERO - JUNIO	Brucelosis en embarazadas	Se deshabilitó el evento de Brucelosis en embarazadas. La información de la gestación puede ser incorporada en la Solapa Clínica en el evento "Brucelosis".		
ENERO - JUNIO	Chagas agudo congénito/vertical	Evento	Vigilancia Activa	Se adicionó el Operativo - "Persona estudiada por búsqueda activa"
		Clínica	Signo/Síntoma	Se quitó la opción "Sin síntomas al momento de la evaluación"
		Se adicionó unicidad temporal total con el objetivo que el evento no pueda ser notificado más de una vez		
ENERO - JUNIO	Chagas agudo por otras formas de transmisión	Clínica	Clasificación manual de caso	Se quitó la opción "Caso sospechoso"
ENERO - JUNIO	Chagas agudo vectorial	Clínica	Clasificación manual de caso	Se quitó la opción "Caso sospechoso"
		Se adicionó unicidad temporal de 30 días		
ENERO - JUNIO	Chagas crónico	Evento	Vigilancia Activa	Se adicionó el Operativo - "Persona estudiada por búsqueda activa" y "Persona estudiada por hallazgo de vector"

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del Evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
		Se adicionó unicidad temporal total con el objetivo que el evento no pueda ser notificado más de una vez		
		Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionaron las opciones: "Caso discordante" y "Caso descartado"
ENERO - JUNIO	<b>Chagas crónico</b>	Epidemiológica	Antecedentes epidemiológicos	Se adicionó la opción: "Trasplantado"
ENERO - JUNIO	<b>Chagas crónico en personas gestantes</b>	Evento	Nombre del evento	Se modificó el nombre del evento de "Chagas en embarazadas" por "Chagas crónico en personas gestantes"
		Clínica	Tratamiento	Se adicionó la opción "Antecedente de tratamiento tripanocida"
			Resultado de tratamiento	Se adicionaron las opciones "Completo" e "Incompleto"
		Epidemiológica	Antecedentes epidemiológicos	Se adicionó las opciones: "Trasplantado" e "Inmunosuprimidos no vih"
		Se adicionó unicidad temporal de 270 días		
ENERO - JUNIO	<b>Coccidioidomycosis</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso sospechoso"
ENERO - JUNIO	<b>Difteria</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso compatible"
ENERO - JUNIO	<b>Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión/Rubéola)</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso sospechoso no conclusivo"
ENERO - JUNIO	<b>Esporotricosis (humana)</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se modificaron las opciones "Sporothrix schenckii" por "Caso confirmado de Sporothrix schenckii" y "Sporothrix sp" por "Caso confirmado de Sporothrix sp"
				Se adicionaron las opciones "Caso sospechoso" y "Caso probable"
ENERO - JUNIO	<b>Fiebre Manchada causada por rickettsias</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso descartado"
ENERO - JUNIO	<b>Fiebre Q</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso probable"
ENERO - JUNIO	<b>Galactosemia</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Confirmado Deficiencia de Epimerasa (GAL-E)"
ENERO - JUNIO	<b>Hepatitis B</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso probable de hepatitis D"
		Clínica	Tratamiento	Se adicionó la opción "Tenofovir/Alafenamida"
ENERO - JUNIO	<b>Hepatitis B en personas gestantes</b>	Clínica	Tratamiento	Se adicionó la opción "Tenofovir/Alafenamida"
ENERO - JUNIO	<b>Hipotiroidismo congénito</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Confirmado Hipertirotropinemia neonatal"
ENERO - JUNIO	<b>Linfogranuloma venéreo</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso descartado"
ENERO - JUNIO	<b>Mucormycosis</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso probable"
ENERO - JUNIO	<b>Paracoccidioidomycosis</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso sospechoso"

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del Evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
ENERO - JUNIO	<b>Parotiditis</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso descartado"
ENERO - JUNIO	<b>Poliomielitis-PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltis</b>	Evento	Nombre del evento	Se modificó el nombre del evento de "Poliomielitis:-Parálisis aguda flácida (PAF) en menores de 15 años" a "Poliomielitis-PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltis"
			Clasificación manual de caso	Se reemplazó la denominación de la clasificación "Caso confirmado para poliomieltis" por "Caso confirmado por poliovirus salvaje (PV salvaje)"
				Se reemplazó la denominación de la clasificación "Caso asociado a la vacuna (PAVV) oral atenuada (VOP)" por "Parálisis asociada al virus vacunal (PAVV)"
				Se reemplazó la denominación de la clasificación "Caso asociado al virus derivado de la vacuna (VDPV)" por "Caso confirmado por poliovirus derivado de la vacuna (VDPV)"
				Se desasociaron del evento las clasificaciones "P.A.F. por enterovirus no polio (caso descartado de Polio)" y "P.A.F. por causa no infecciosa (caso descartado de Polio)". A cada caso ya cargado que tenía esa clasificación se la reemplazó por "Caso descartado"
ENERO - JUNIO	<b>Recién nacidos expuestos a Treponema pallidum en investigación</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionaron las opciones: "Caso sospechoso", "Caso en estudio" y "Caso invalidado por Epidemiología"
ENERO - JUNIO	<b>Rubéola congénita</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionaron las opciones "Caso sospechoso no conclusivo" e "Infección por rubéola congénita (IRC)"
ENERO - JUNIO	<b>Sífilis Congénita</b>	Clínica	Tratamiento	Se adicionaron las opciones: "No recibió tratamiento" y "Se desconoce"
			Resultado de tratamiento	Se adicionaron las opciones: "No recibió tratamiento" y "Se desconoce"
		Laboratorio	Resultado de laboratorio	Se adicionaron las opciones: "Reactivo 1 dils", "Reactivo 2 dils", "Reactivo 4 dils", "Reactivo 8 dils", "Reactivo 16 dils", "Reactivo 32 dils", "Reactivo 64 dils", "Reactivo 128 dils", "Reactivo 256 dils", "Reactivo dils", "Reactivo 512 dils" y "Reactivo 1024 dils".
		Epidemiológica	Antecedentes epidemiológicos	Se adicionó la opción: "Persona gestante inadecuadamente tratada"
		Se adicionó unicidad temporal total con el objetivo que el evento pueda ser notificado una única vez		
ENERO - JUNIO	<b>Sífilis en personas gestantes</b>	Clínica	Tratamiento	Se reemplazaron las opciones preexistentes por la opción "Dosis de Penicilina G Benzatínica"
			Resultado de tratamiento	Se reemplazaron las opciones preexistentes por las opciones "En curso" y "Completo"

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del Evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
		Epidemiológica	Antecedentes epidemiológicos	Se adicionaron las opciones: "Persona gestante no tratada o inadecuadamente tratada", "Persona gestante tratada" y "Persona gestante adecuadamente tratada"
ENERO - JUNIO		Se adicionó unicidad temporal de 90 días		
ENERO - JUNIO	<b>Sífilis en población general</b>	Clínica	Tratamiento	Se reemplazaron las opciones preexistentes por la opción "Dosis de Penicilina G Benzatínica"
		Se adicionó unicidad temporal de 90 días		
ENERO - JUNIO	<b>Tifus epidémico</b>	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionaron las opciones "Caso sospechoso" y "Caso confirmado"
ENERO - JUNIO	<b>Toxoplasmosis en gestantes</b>	Evento	Nombre del evento	Se modificó el nombre del evento de "Toxoplasmosis en embarazadas" a "Toxoplasmosis en personas gestantes"