



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA

33

NÚMERO 718 AÑO 2024
FECHA DE PUBLICACIÓN:
26/08/2024

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, María Pía Buyayisqui, Carlos Giovacchini, María Alejandra Morales¹, Cintia Fabbri¹, Victoria Lupo¹, Ximena Melón², Lorena Dassa², Mario Iturria², Natalia Perrone², Andrea Marcos², Agostina Pierdomenico², Natalia Ferro².

Informe dengue y otros arbovirus:

Gabriela Fernández, Yasmín El Ahmed, Carlos Giovacchini, Dalila Rueda, Federico M. Santoro, Silvina Moisés, María Pia Buyayisqui, Contó además con la contribución de María Alejandra Morales¹ Cintia Fabbri¹, Victoria Lupo¹.

Destacados en boletines jurisdiccionales:

Franco Ormeño Mazzochi.

Informe infecciones respiratorias agudas:

Carla Voto, María Paz Rojas Mena, Melisa Laurora, Dalila Rueda, Federico M. Santoro, Silvina Moisés, Andrea Pontoriero³, Tomás Poklepovich⁴.

Informe mpox:

Antonella Vallone, Silvina Moisés, Tamara Wainzinger, Carlos Giovacchini y Martina Iglesias.

Informe especial Leptospirosis: María Belén Amatto, Dalila Rueda, Federico M. Santoro, Natalia Casas⁵, Paulina Jacob⁶, Yosena Chiani⁶ y María Fernanda Schmeling⁶.

Informe especial Síndrome Urémico Hemolítico (SUH):

Mariel Caparelli, Melisa Laurora, María Pia Buyayisqui, Ana Laura Parenti, Elizabeth Miliwebsky⁷, Carolina Carbonari⁷, Mónica López⁸, Lourdes D'Espósito⁸, Soledad Isarralde⁸, Virginia Martínez⁸, Daiana Sloomans⁸ Y Mariángeles Fernández⁸.

Informe especial Virus Sincicial Respiratorio:

Carla Voto, María Paz Rojas y Carlos Giovacchini.

Alertas y comunicaciones internacionales:

Ignacio Di Pinto.

Herramientas para la vigilancia, prevención y respuesta:

Sebastián Riera.

Gestión del SNVS y de los datos de vigilancia:

Alexia Echenique Arregui, Leonardo Baldivieso, 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.

⁵ Coordinación de Zoonosis- MSAL Nación

⁶ Laboratorio Nacional de Referencia de Leptospirosis (LNRL) Red Nacional de Laboratorios de Leptospirosis INER "Dr. E. Coni" - ANLIS.

⁷ Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán"

⁸ Departamento de Vigilancia Sanitaria y Nutricional de los Alimentos Instituto Nacional de Alimentos

AGRADECIMIENTOS:

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

IMAGEN DE TAPA:

Estudio molecular para la detección de STEC en el Laboratorio Nacional de Referencia. Foto aportada por la Dra. Elizabeth Miliwetzky, Servicio de Fisiopatogenia. Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS Carlos Malbrán.

CÓMO CITAR ESTE BOLETÍN: Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2024). Boletín Epidemiológico Nacional N° 718, SE 33.

CONTENIDO

Situaciones epidemiológicas emergentes	2
Vigilancia de Encefalitis equina del oeste (EEO)	3
Situación epidemiológica de MPOX	9
Eventos priorizados	16
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	17
Vigilancia de infecciones respiratorias	24
Informes especiales	46
Síndrome urémico hemolítico (SUH).....	47
Informe del laboratorio nacional de referencia sobre el Diagnóstico de la infección por <i>Escherichia coli</i> productor de toxina Shiga y detección de brotes.....	54
SUH E INFECCIONES POR STEC: Medidas preventivas	61
Leptospirosis	64
Vigilancia de Virus Sincicial Respiratorio (VSR) 2014-2023	75
Alertas y comunicaciones epidemiológicas internacionales.....	85
Actualización epidemiológica Mpox – región de las Américas - ops.....	87
Mpox – región de África	92
Destacados en boletines jurisdiccionales	95
Buenos Aires: Vigilancia de infecciones respiratorias (IRA)	96
Chubut: Vigilancia de infecciones respiratorias agudas (IRA)	97
Entre Ríos: Infecciones respiratorias agudas en pacientes internados	98
Salta: Infecciones respiratorias agudas (IRA)	99
Santa Fe: Bronquiolitis	100
Tierra del Fuego: Enfermedad tipo influenza (ETI)	101
Tucumán: Neumonía.....	102
Herramientas para la vigilancia, la prevención y la respuesta	103
Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS ^{2.0}	104

**SITUACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
EMERGENTES**

VIGILANCIA DE ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE (EEO)

SITUACIÓN DE EEO EN ANIMALES EN ARGENTINA

Los brotes de Encefalitis Equina del Oeste en equinos se registraron entre las SE47/2023 y la SE16/2024. No obstante, el 98% de los brotes se dieron **entre las SE47 y SE03/2024**. El 24 de enero se estableció la vacunación obligatoria en todo el territorio contra las encefalomielititis 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.

El mayor número de brotes por semana se registró en SE 49 llegando a los 482 y disminuyendo 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, cuando se registró el último brote. (Gráfico 1).

Durante todo el período se registró un total de 1.529 brotes⁹ en equinos en 17 provincias¹⁰ (Ver Tabla 1).

Gráfico 1. EEO en equinos: casos positivos por laboratorio y clínica según semana epidemiológica. SE47/2023 a SE 33/2024. Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de SENASA11.

⁹ Un brote puede tener uno o más animales afectados.

¹⁰ 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.

¹¹ DNSA. SENASA. Encefalomielititis 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 21/08/24.

Tabla 1. EEO en equinos: resultados por provincia al 21/08/2024.

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	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 SENASA¹². Jurisdicciones SIN casos de EEO en equinos.

Provincias sin casos

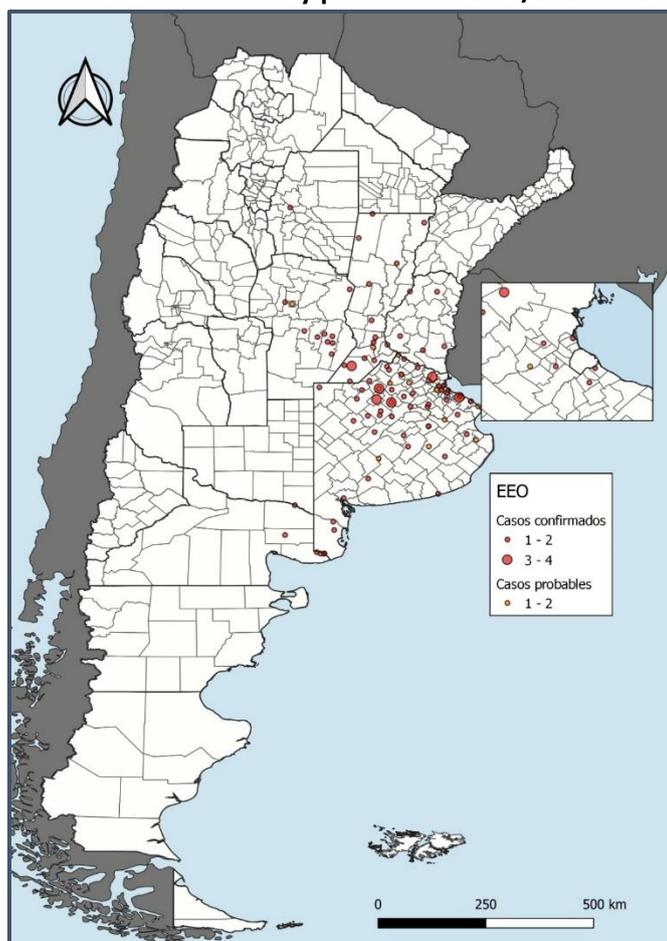
¹² DNSA. SENASA. Encefalomieltis equina del oeste. Estado de resultados por semana epidemiológica. Disponible en <https://qliksensebycores.senasa.gob.ar/sense/app/4c5153a2-24a4-4876-9c63-11f02c0350df/sheet/6c6d7b32-830d-41dd-b222-b2697148c623/state/analysis>. Fecha de consulta 21/08/2024

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE EEO EN HUMANOS EN ARGENTINA

El brote de Encefalitis Equina del Oeste en humanos se extendió entre las SE46/2023 y la SE15/2024.

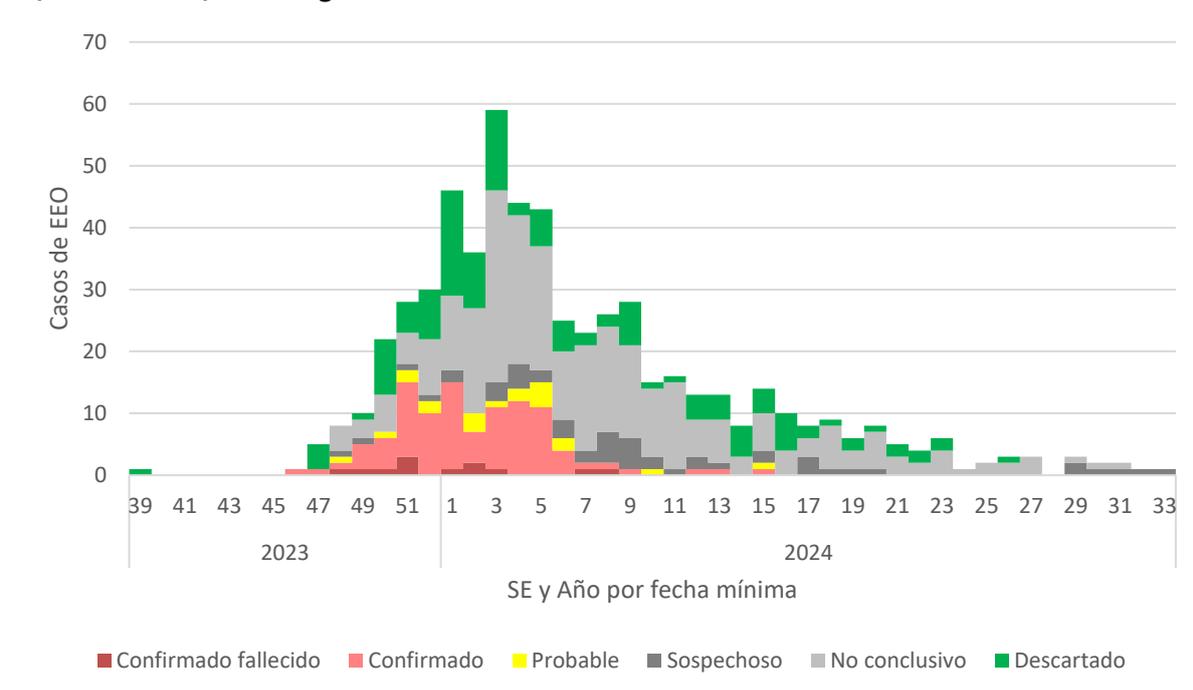
Desde el inicio de la vigilancia epidemiológica en la SE 48/2023 a la SE 31/2024 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) **588** casos sospechosos de Encefalitis Equina del Oeste en humanos en **21** provincias, se confirmaron **108** casos, **20** han sido clasificados como probables¹³ y **129** han sido descartados (se identificaron dos casos confirmados de forma retrospectiva correspondientes a las SE46 y 47). (Mapa 2).

Mapa 2: EEO en humanos: Casos confirmados y probables. SE 46/2023 a SE 33/2024. 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}).

¹³ 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 33/2024. 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).

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. No obstante El 88% de los casos positivos (confirmados y probables) entre las SE49/2023 y la SE6/2024. Desde la semana 15/2024 no se registraron nuevos casos confirmados o probables.

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

Tabla 2. EEO en humanos: Notificaciones por jurisdicción de residencia según clasificación. Argentina. SE 48/2023 a SE 33/2024.

Provincia	Caso confirmado	Caso Probable
Buenos Aires	64	18
CABA*	2	0
Córdoba	10	1
Entre Ríos	6	0
Santa Fe	20	1
Santiago del Estero	1	0
La Pampa	1	0
Río Negro	4	0
Total PAIS	108	20

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.

Entre los casos confirmados 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 residencia, desempeño laboral o visita a 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

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 Maldonado¹⁴. Así mismo, desde el 5 de diciembre del 2023 hasta el 30 de abril del 2024, el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca informó 80 equinos muertos con diagnóstico positivo de EEO, 268 equinos muertos con sintomatología y 697 equinos recuperados con sintomatología clínica¹⁵. 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.¹⁶

¹⁴ 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 \(www.gub.uy\)](#)

¹⁵ Uruguay. Ministerio de Ganadería, agricultura y pesca. Encefalomiélitis en Uruguay Informe oficial de situación. 30/04/2024. Disponible en [30/04/2024 - Encefalomiélitis equina en Uruguay - Cierre del evento sanitario | MGAP \(www.gub.uy\)](#)

¹⁶ 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>

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE MPOX

INTRODUCCIÓN

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

SITUACIÓN EN ARGENTINA

Hasta el momento y desde la SE21 de 2022 se registraron en Argentina casos de mpox asociados exclusivamente al clado IIb.

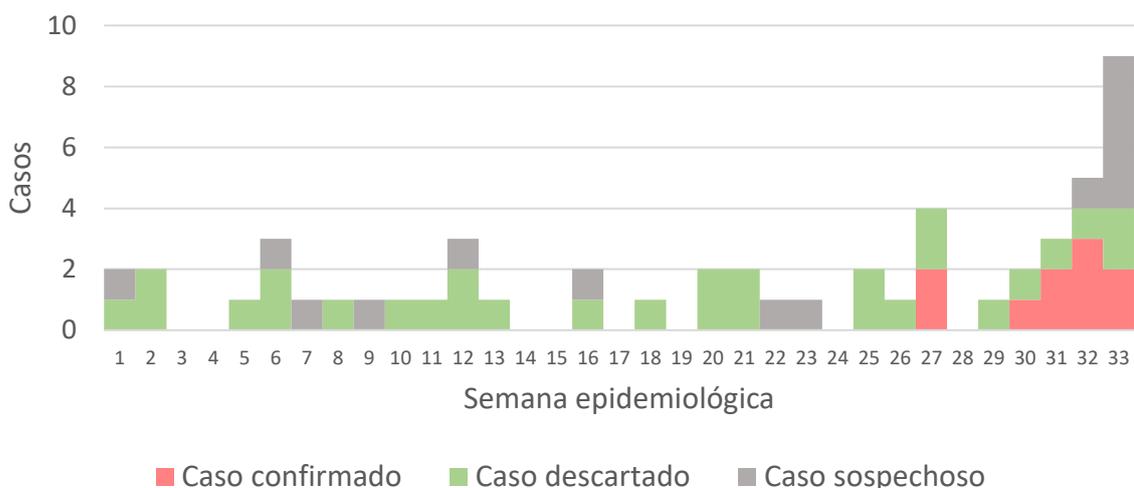
Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 33 de 2024 se identificaron 10 casos confirmados de mpox de un total de 53 casos sospechosos notificados (29 han sido descartados y 14 permanecen en investigación).

El primer caso confirmado del presente año fue notificado en la SE 27.

La mediana de edad de los casos confirmados es de 35 años, con un mínimo de 23 años y un máximo de 49 años.

De los 10 casos confirmados, 9 corresponden a personas de sexo legal masculino y una al sexo femenino. Cuatro registran antecedentes de viaje o contacto con viajeros, un caso no presenta antecedentes de viaje ni contacto con viajeros, mientras que los restantes se encuentran en investigación epidemiológica. Los casos tienen residencia en las provincias de Buenos Aires (2), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (5), Corrientes (1), Santa Fe (1) y Río Negro (1).

Los casos confirmados se caracterizan principalmente por la presencia de exantemas vesiculares en diferentes localizaciones (incluyendo genitales, perianales, manos y torso), fiebre y mialgias. No se registraron casos fallecidos en el presente año.

Gráfico 1. Casos notificados de mpox según clasificación por semana epidemiológica de notificación. Argentina, SE1/2024 a SE33/2024. (N= 53)**Tabla 1. Mpox: casos confirmados y total de notificaciones según provincia de residencia. Argentina, SE1/2024 a SE32/2024.**

Provincia	Confirmados SE 1 A 32 2024	Confirmados en las últimas 4 semanas	Confirmados en la última semana	Total de notificaciones 2024
Buenos Aires	2	1	0	17
CABA	5	4	2	22
Córdoba	0	0	0	2
Entre Ríos	0	0	0	0
Santa Fe	1	1	0	3
Centro	8	6	2	44
Mendoza	0	0	0	1
San Juan	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	1
Cuyo	0	0	0	2
Chaco	0	0	0	0
Corrientes	1	1	0	3
Formosa	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0
NEA	1	1	0	3
Catamarca	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	1
Salta	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	0
NOA	0	0	0	1
Chubut	0	0	0	2
La Pampa	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0
Río Negro	1	1	0	1
Santa Cruz	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0
SUR	1	1	0	3
Total PAIS	10	8	2	53

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

RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

- Las principales medidas para disminuir el riesgo de propagación de la enfermedad consisten en la identificación temprana de los casos, las medidas aislamiento de casos y rastreo de contactos.
- En el marco de la prevención combinada del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, la evaluación de una persona con sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS, y para articular el manejo de la mpox en las personas con diagnóstico de VIH conocido a servicios de atención de enfermedad avanzada por VIH.
- El grupo técnico asesor de OMS actualmente NO recomienda la vacunación masiva ni de la población general. La vigilancia epidemiológica debe intensificarse para proveer la información suficiente para identificar a las personas con mayor riesgo de infección y, por lo tanto, la prioridad si se lleva a cabo la vacunación. Actualmente la principal medida de salud pública para interrumpir la transmisión de la enfermedad es la identificación efectiva de casos, implementando medidas de control de la transmisión, aislamiento, y el rastreo de contactos para su seguimiento en caso de desarrollar clínica compatible.
- Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograrlo. Los equipos de salud de todo el país deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir de manera adecuada a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, recabar la información necesaria para caracterizar epidemiológicamente los casos e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata (ante la sospecha). Es importante tener en cuenta que una vigilancia sensible incluye facilitar la accesibilidad de la población a la atención oportuna y de calidad, eliminando todas las posibles barreras de acceso - incluyendo y fundamentalmente las que puedan relacionarse con cualquier tipo de discriminación o estigma relacionado con la enfermedad, con las poblaciones que son desproporcionadamente afectadas por la mpox o con las prácticas potencialmente asociadas a su transmisión.
- En vistas de la información acerca de casos de transmisión sexual del clado I en la República Democrática del Congo, resulta de importancia indagar en los casos sospechosos acerca de antecedente de viaje a este país o contacto con personas con dicho antecedente.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograr la identificación temprana de los casos, una correcta anamnesis, registro y notificación que permita las acciones de control. Para ello los equipos de salud de todo el país deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir de manera adecuada a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, con foco en el manejo de las complicaciones potenciales; recabar la información necesaria para caracterizar epidemiológicamente los casos e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata ante la sospecha.

Es importante tener en cuenta que una vigilancia sensible incluye facilitar la accesibilidad de la población a la atención oportuna y de calidad, eliminando todas las posibles barreras de acceso, incluyendo fundamentalmente las que puedan relacionarse con cualquier tipo de discriminación o estigma relacionado con la enfermedad, con las poblaciones que son mayormente afectadas o con las prácticas potencialmente asociadas a su transmisión.

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

Definiciones y clasificaciones de caso:**Caso sospechoso**

- Toda persona que presente exantema característico*, sin etiología definida, de aparición reciente (menor a 7 días) y que se localiza en cualquier parte del cuerpo (incluyendo lesiones genitales, perianales, orales o en cualquier otra localización) aisladas o múltiples; o que presente proctitis (dolor anorrectal, sangrado) sin etiología definida**. Y al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos*** dentro de los 21 días previos al inicio de los síntomas:
 - Contacto físico directo, incluido el contacto sexual, con un caso sospechoso o confirmado.
 - Contacto con materiales contaminados -como ropa o ropa de cama-, por un caso sospechoso o confirmado.
 - Contacto estrecho sin protección respiratoria con un caso sospechoso o confirmado.
 - Relaciones sexuales con una o más parejas sexuales nuevas, múltiples u ocasionales,

Ó

- Toda persona que haya estado en contacto directo con un caso de mpox sospechoso o confirmado,
Y presente, entre 5 y 21 días del contacto de riesgo, uno o más de los siguientes signos o síntomas:

○ Fiebre >38,5° de inicio súbito	○ Mialgia
○ Linfadenopatía	○ Malestar general
○ Astenia	○ Lesiones cutáneo mucosas
○ Cefalea	○ Proctitis

Ó

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

* Exantema característico: lesiones profundas y bien delimitadas, a menudo con umbilicación central y progresión de la lesión a través de etapas secuenciales específicas: máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras, que pueden evolucionar a la necrosis que no correspondan a las principales causas conocidas de enfermedades exantemáticas (varicela, herpes zoster, sarampión, herpes simple, sífilis, infecciones bacterianas de la piel). No obstante, no es necesario descartar por laboratorio todas las etiologías para estudiar al caso para Mpox.

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

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

Caso confirmado

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

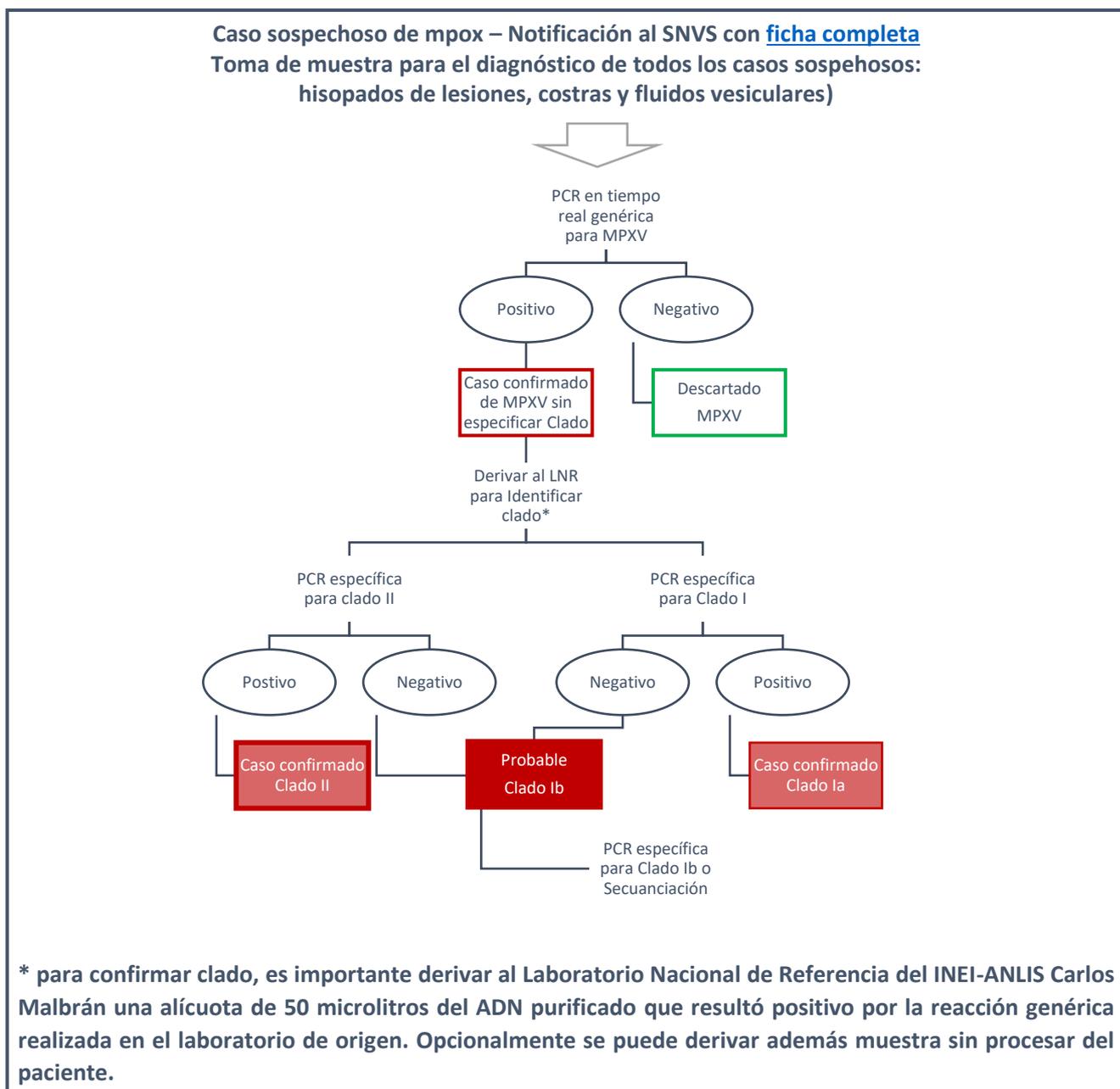
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión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

Notificación:

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

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

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y NOTIFICACIÓN DE MPOX



MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS:

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

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

MEDIDAS ANTE CONTACTOS:

- La identificación de contactos debe iniciarse dentro de las 24hs.
- Verificar diariamente la posible aparición de cualquier signo o síntoma compatible, incluyendo tomarse la fiebre y verificar mediante autoevaluación si no han aparecido lesiones en la piel en cualquier parte del cuerpo, o si aparecen síntomas como cansancio/decaimiento, inflamación de los ganglios linfáticos, cefalea, dolores musculares, dolor de espalda.
- El contacto en seguimiento debe disponer de un teléfono para comunicarse con el equipo de seguimiento en caso de presentar síntomas y, en ese caso, una vía facilitada para su atención adecuada en un centro asistencial.
- Ante la aparición de cualquier síntoma debe considerarse un caso sospechoso y, como tal, realizar las acciones ante casos sospechosos.
- El contacto deberá estar en seguimiento por el sistema de salud por 21 días para identificar el posible comienzo de síntomas compatibles.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y personas gestantes.

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

Ficha de notificación:

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

Más recomendaciones e información en:

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

Lineamientos para el abordaje comunicacional de la Viruela Símica/mpox
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/08/recomendaciones_comunicacion_viruela_simica_30-8-2022.pdf

EVENTOS PRIORIZADOS

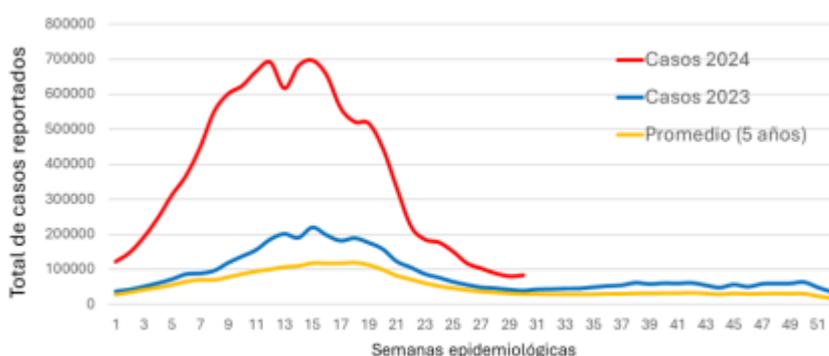
VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

SITUACIÓN REGIONAL DE DENGUE

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de situación No 30. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 30, 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#) actualizado el 15 de agosto y publicado el 16 de agosto del 2024 emitido por la Organización Panamericana de la Salud.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 30 del 2024, se reportaron un total de 11,218,592 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 1,174 casos por 100,000 hab). Esta cifra representa un incremento de 235% 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 30.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 30 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 11,218,592 casos de dengue reportados en las Américas, 5,940,700 casos (53%) fueron confirmados por laboratorio y 14,915 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 6,250 muertes por dengue, para una letalidad del 0.056%.

Veinticuatro países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 30. Estos países registran en conjunto 83,967 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 30. El detalle de casos por país se muestra en la tabla 1.

Del total de casos registrados en la SE 30, 250 casos de dengue grave (0.3%), y se reportaron 27 muertes para una letalidad de 0.032%

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 22/08/2024 en países regionales seleccionados¹⁷.

Brasil: Hasta la SE 33/2024 se reportaron 9.416.394 casos de dengue, 3,5 veces el número registrado en el mismo período del 2023, y 5.119 fallecidos. A la SE 33/2024 se registraron 375.191 casos de chikungunya, 64% más que lo reportado hasta dicha semana del año 2023, y 161 fallecidos. Por último, entre la SE1/2024 y la SE 31/2024 se reportaron 34.012 casos de zika, representando una

¹⁷ Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

disminución del 29% 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 31/2024, se registraron 41.870 casos de dengue, un 72% menos que lo reportado a la misma semana del 2023, y 16 fallecidos. Con respecto a chikungunya, hasta la misma semana se reportaron 394 casos, 71% menos respecto al año anterior. Hasta esa semana se reportaron 207 casos de zika, lo que representa una reducción del 75% 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 32 de 2024 se notificaron 285.687 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 32/2024, se registraron 2.749 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 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 SE32 de 2024 se notificaron 260.159 casos de dengue, lo cual representa un 14% más de lo registrado durante el mismo período en 2023, y 232 fallecidos. Con relación a chikungunya, hasta esa semana se registraron 81 casos, 35% menos que lo reportado a la misma semana de 2023. Asimismo, hasta la SE32/2024 se registraron 15 casos de zika, la misma cantidad de casos que 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 DENGUE EN ARGENTINA

El presente informe analiza información sobre la temporada 2024-2025 para el período comprendido entre la SE31 a SE33 de 2024 con datos extraídos el 18/08/2024.

Nota metodológica: Se considerará caso de dengue aquel que cuenta con la confirmación por método directo (PCR – ELISA NS1) y/o presente una prueba con resultado probable en zona con circulación viral que la Dirección de Epidemiología provincial pueda certificar.

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 tempranas¹⁸.

Si bien se realizará un análisis por temporada, a modo de contextualizar los datos publicados en informes anteriores, se presenta una tabla resumen correspondiente al año 2024 (SE 1 a 33)

Tabla 1. Dengue: Casos de dengue y sospechas investigadas según jurisdicción SE1 a SE33/2024. Argentina.

Jurisdicción	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales
Buenos Aires	107189	31734	147443
CABA	25442	24451	56259
Córdoba	127483	10724	149386
Entre Ríos	19458	4733	24341
Santa Fe	61443	19295	75464
Total Centro	341.015	90.937	452.893
Mendoza	4800	1746	8949
San Juan	2267	697	3199
San Luis	3861	762	4484
Total Cuyo	10.928	3.205	16.632
Chaco	21602	15190	31719
Corrientes	9771	6608	13669
Formosa	10535	10404	22675
Misiones	14340	7462	19470
Total NEA	56.248	39.664	87.533
Catamarca	11070	6570	15271
Jujuy	14154	3863	19845
La Rioja	11809	1409	14729
Salta	17882	7456	30452
Santiago del Estero	18104	4118	23960
Tucumán	84123	28844	94869
Total NOA	157.142	52.260	199.126
Chubut	60	28	144
La Pampa	551	474	1418
Neuquén	178	128	389
Río Negro	99	24	167
Santa Cruz	225	129	492
Tierra del Fuego	164	118	281
Total Sur	1.277	901	2.891
Total País	566.610	186.967	759.075

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).

¹⁸ Ver: [Algoritmo de diagnóstico y notificación de dengue a través del SNVS](#)

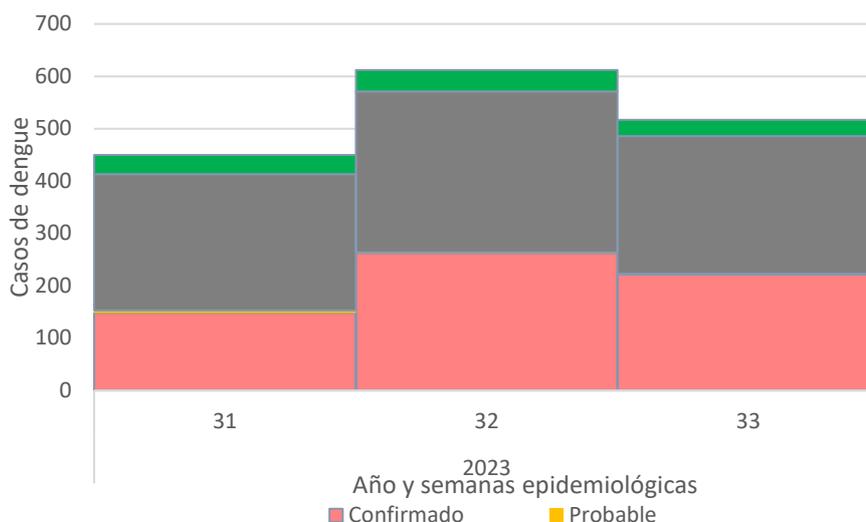
En la SE33/2024, segunda semana de la temporada 2024/2025, las autoridades sanitarias de las provincias de Formosa y Chaco confirmaron la persistencia de la transmisión (en Formosa, en los departamentos Capital y Pilcomayo; en Chaco, en el departamento San Fernando y Mayor Luis Fontana).

Tabla 2. Dengue: Casos autóctonos y en investigación según clasificación. SE31 a SE33/2024. Argentina.

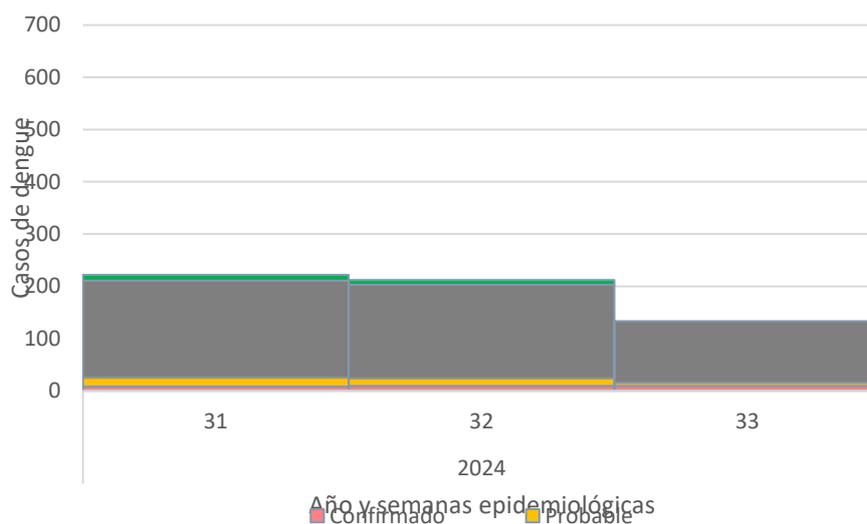
Jurisdicción	Confirmados	Probables	Sospechosos	Descartado	Notificaciones totales
Buenos Aires	0	1	39	0	40
CABA	0	0	45	1	46
Córdoba	0	3	29	0	32
Entre Ríos	0	0	2	6	8
Santa Fe	0	0	23	5	28
Total Centro	0	4	138	12	154
Mendoza	0	0	4	1	5
San Juan	0	0	1	0	1
San Luis	0	0	3	0	3
Total Cuyo	0	0	8	1	9
Chaco	1	16	40	1	58
Corrientes	0	3	8	0	11
Formosa	24	0	148	0	172
Misiones	0	0	0	0	0
Total NEA	25	19	196	1	241
Catamarca	0	1	10	0	11
Jujuy	0	0	26	3	29
La Rioja	0	0	6	0	6
Salta	0	2	27	3	32
Santiago del Estero	0	0	16	0	16
Tucumán	0	6	33	0	39
Total NOA	0	9	118	6	133
Chubut	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	2	0	2
Neuquén	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	2	0	2
Total País	25	32	462	20	539

Jurisdicciones CON circulación viral

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 2. Dengue: Casos por semana epidemiológica desde SE 31 a 33. Año 2023. Argentina

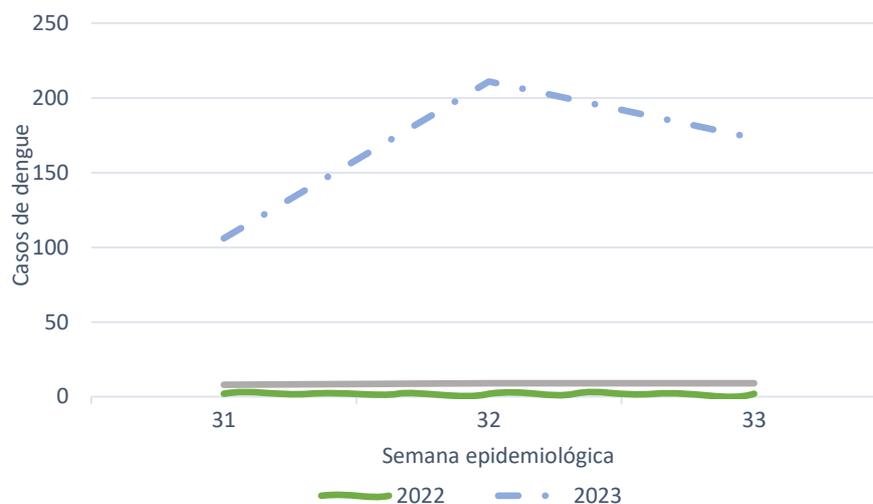
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Gráfico 3. Dengue: Casos por semana epidemiológica desde SE 31 a 33. Año 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).

En las primeras tres semanas de la actual temporada (2024-2025) se notificaron 42 casos de dengue¹⁹ de los cuales 26 se confirmaron por métodos directos (ELISA NS1 y PCR) mientras que en el mismo período hubo 489.

¹⁹ Se considera caso de dengue aquel que cuenta con la confirmación por método directo (PCR – ELISA NS1) y/o presente una prueba con resultado probable en zona con circulación viral validada por la jurisdicción.

Gráfico 6. Dengue: Casos totales por semana epidemiológica (incluye autóctonos, importados y en investigación) 2022-2024. 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 SE31 a la SE 33 se notificaron 567 casos de los cuales, 497 fueron estudiados por laboratorio (87%). Se confirmaron 26 a través de métodos directos (8% de positividad).

Tabla 3. Dengue: Notificación y porcentaje de positividad SE31 a SE33/2024. Argentina.

SE	Casos notificados	Estudiados por laboratorio	PCR o ELISA NS1		ELISA IgM o test rápido		% de positividad	
			Estudiados	Positivos	Estudiados	Positivos	PCR o ELISA NS1	ELISA IgM o test rápido
31	222	196	121	8	75	19	7%	25%
32	212	186	126	8	60	17	7%	28%
33	133	115	82	9	33	8	11%	24%
TOTAL	567	497	329	25	168	44	8%	26%

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).

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE OTROS ARBOVIRUS

En el siguiente cuadro, se presentan la situación epidemiológica de fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche y encefalitis de San Luis correspondientes a la nueva temporada 2024-2025 (SE31 a SE33).

Tabla 4. Otros arbovirus: Casos según clasificación epidemiológica SE31 a SE33/2024. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus Zika			Fiebre de Oropouche			Encefalitis de San Luis			
	C	S	D	C	S	D	C	S	D	C	S	D	
Jurisdicción													
Buenos Aires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	
CABA	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
Córdoba	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	11	1	
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Santa Fe	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total Centro	0	5	2	0	0	2	0	0	0	0	13	1	
Mendoza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total Cuyo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Chaco	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total NEA	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Catamarca	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Jujuy	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Salta	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	
Total NOA	0	2	2	0	2	1	0	4	0	0	0	0	
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total Sur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total País	0	8	10	0	2	3	0	4	0	0	13	1	

C=Confirmado | S=Sospechoso | D=Descartado

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 AMARILLA

En la presente temporada no se registraron notificaciones 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.

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE SE 33/2024

- Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 32 de 2024 se registraron 765.935 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 103.697 casos de Neumonía y 108.025 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un aumento de las notificaciones del 1,36% para las ETI y una disminución de -17,39% para neumonías y -34,23% para bronquiolitis, respecto a los casos notificados en el mismo período del 2023.
- En la SE33 de 2024 se registraron 78 casos confirmados y ninguna persona fallecida con diagnóstico de COVID-19. 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.²⁰
- 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 14 casos positivos entre las 139 muestras estudiadas en las últimas dos semanas epidemiológicas. Respecto a SARS-CoV-2, en SE33 se registró 1 caso positivo entre las 302 muestras analizadas por técnica molecular. En las dos últimas semanas analizadas (SE32 y SE33), se detectaron 17 casos positivos de VSR entre las 116 muestras estudiadas.
- Entre los **casos hospitalizados**, durante la SE33/2024 se registraron 19 detecciones de SARS-CoV-2, 30 casos de influenza y 132 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 aumento de casos de VSR, con un número de detecciones inferior a partir de SE27.** 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 un máximo en SE26, con un menor número de notificaciones semanales desde SE27. Si bien, el porcentaje de positividad para VSR es superior al 18% en SE32, lo cual significa que la circulación estacional de VSR sigue en curso. En la SE32/2024, además se detecta circulación de metapneumovirus, SARS-CoV-2, parainfluenza y adenovirus.
- En las primeras 33 semanas de 2024, se notificó el fallecimiento de 159 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 80,60% (n= 270), seguida de BA.2.86* en un 10,75% (n=36) (*Indica la inclusión de linajes descendientes).

²⁰ 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>

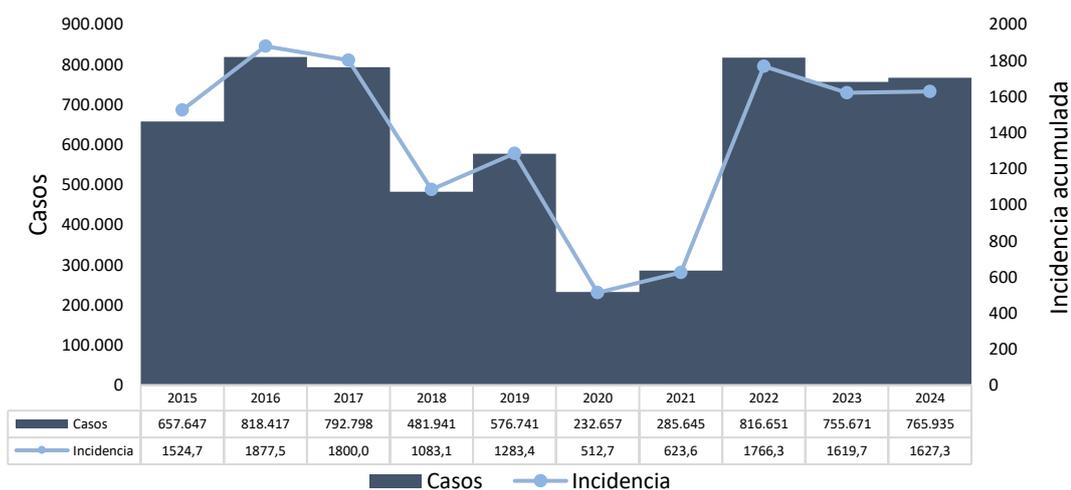
La información epidemiológica elaborada a partir de este componente será incorporada en próximos informes.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre las SE 1 y 32 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 765.935 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1627,3 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 2016 (con un total de 818.417 casos), seguido por el año 2022. El número de notificaciones de ETI correspondiente a las SE1-32 de 2024 es menor respecto de los años 2016 a 2017 y 2022, y mayor en comparación con los años 2015, 2018 a 2021 y 2023.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE32. Total país.

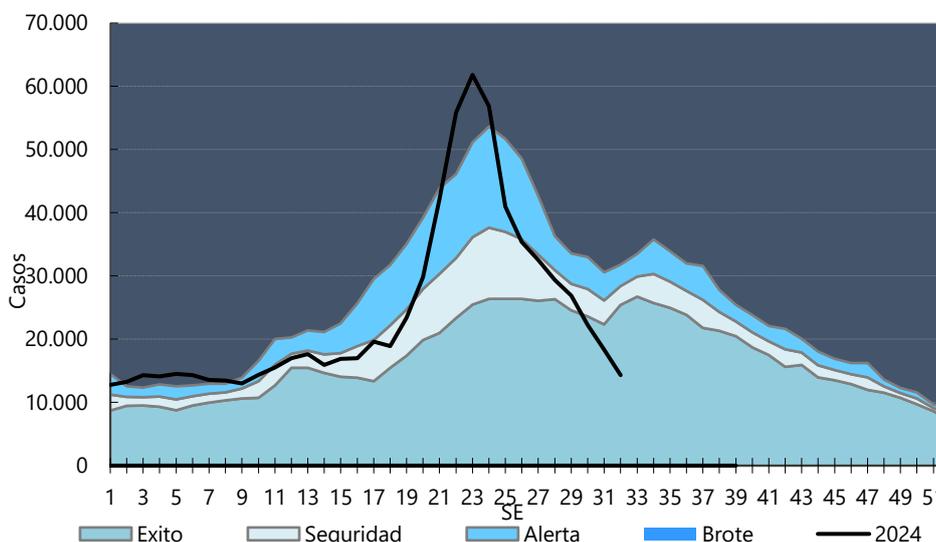


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

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 entre SE22 a 24 el nivel de brote, con un descenso posterior.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023²¹. SE 1 a 32 de 2024. Argentina.



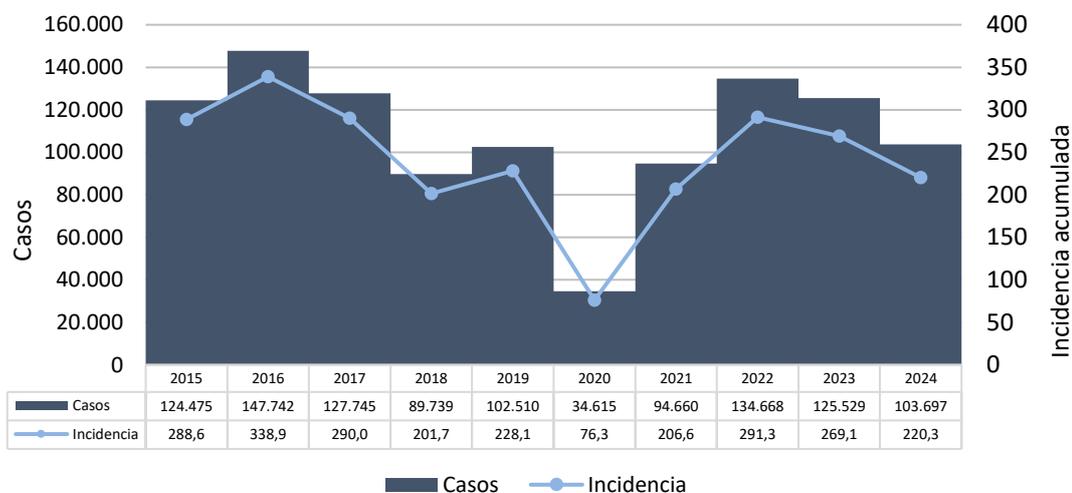
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

Entre las SE 1 y 32 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 103.697 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 220,3 casos/ 100.000 habitantes.

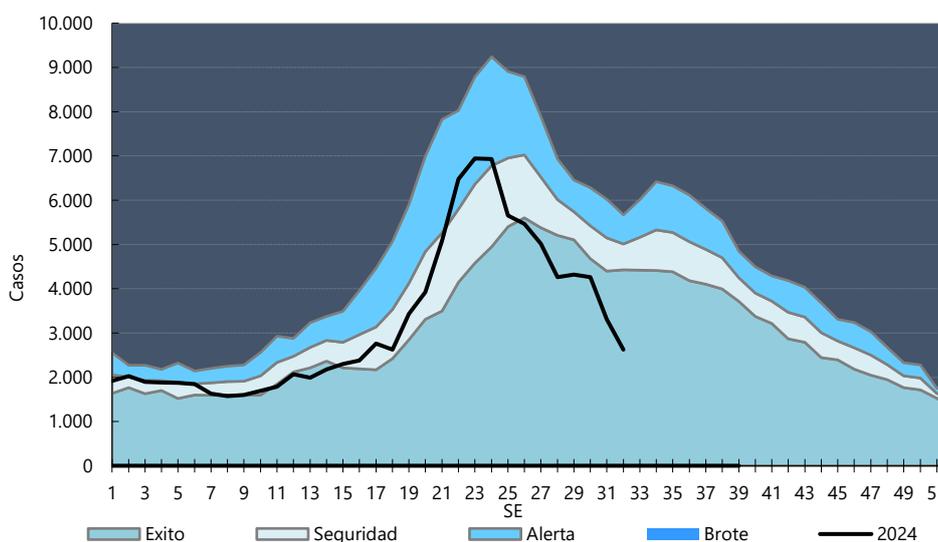
Con respecto al número de notificaciones de neumonías entre las SE1 a 32 del período 2015-2024, se observa que los años con el mayor número de casos fueron 2016 y 2022. Entre los años 2016 a 2018 se verifica que las notificaciones de neumonía muestran tendencia descendente, con un incremento en 2019 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 a 2021.

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

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE32. Total país.²²

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

Las notificaciones de neumonía 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 desde SE8 entre los niveles esperados y de seguridad. A partir de SE10 se registra tendencia ligeramente ascendente de las notificaciones semanales de neumonías, que alcanzan desde la SE15 la zona de seguridad. En SE19 se acelera la tendencia ascendente, ubicándose en niveles de alerta en SE22 y 24, con un descenso posterior.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.²³ SE 1 a 32 de 2024. Argentina.

²² 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.

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

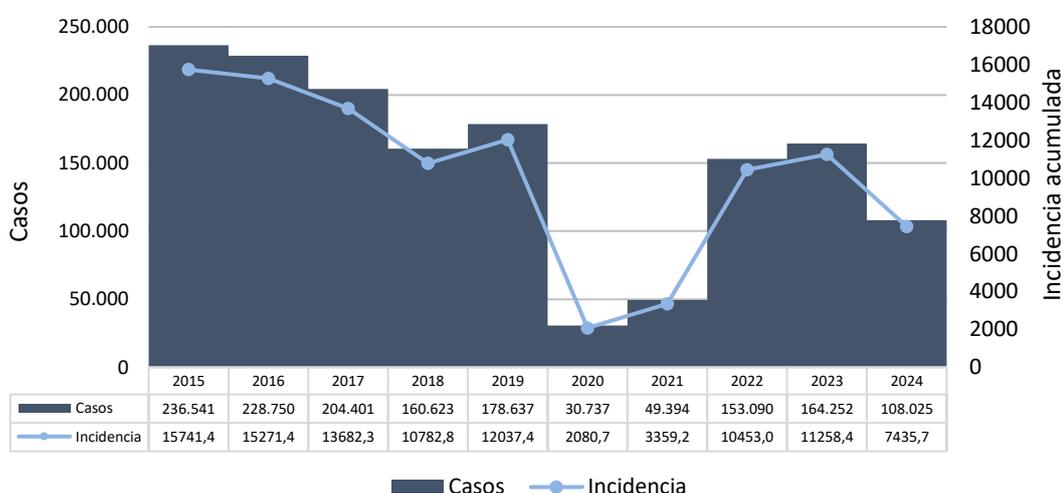
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

BRONQUIOLITIS

Entre las SE 1 y 32 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 108.025 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 7435,7 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 SE1-32 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. SE32. Total país²⁴.

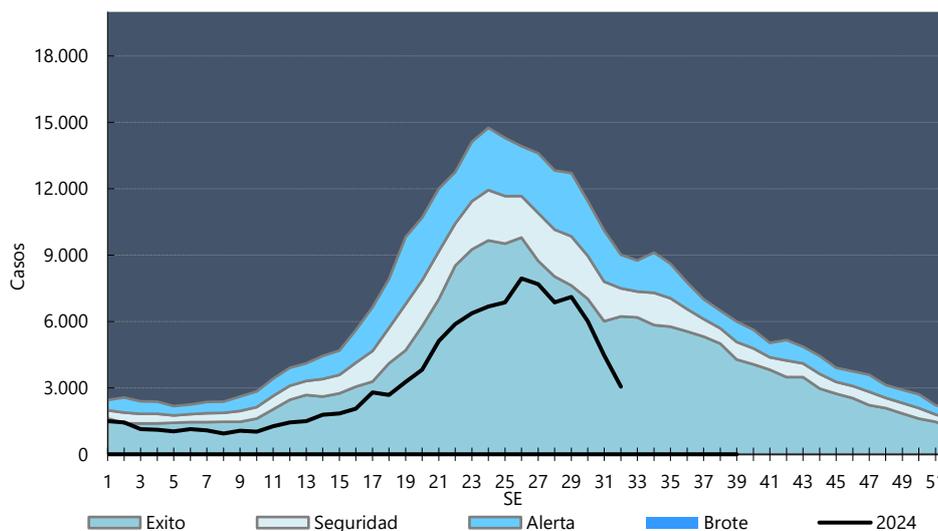


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

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.

²⁴ 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: 2015-2023.²⁵ SE 1 a 32 de 2024. Argentina.

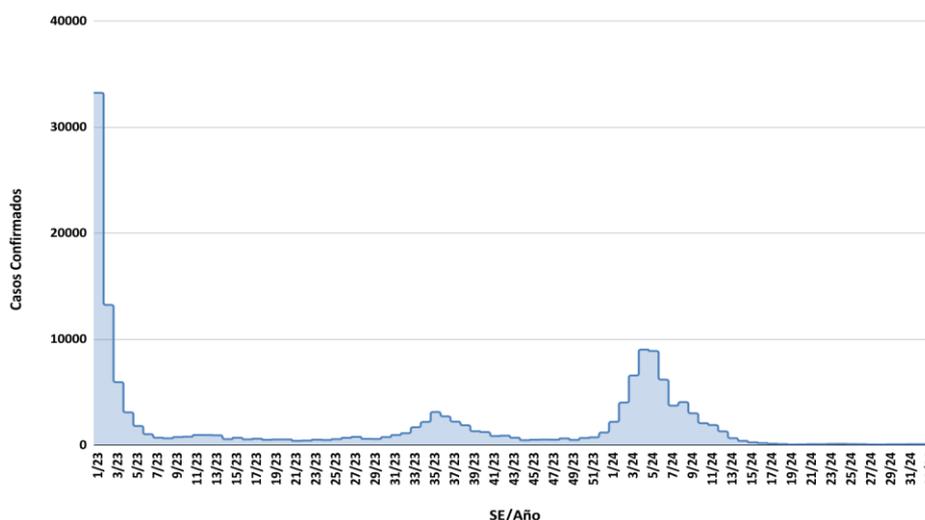


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

COVID-19²⁶

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.

Gráfico 7: COVID-19: Casos confirmados y fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 33/2024. Argentina.



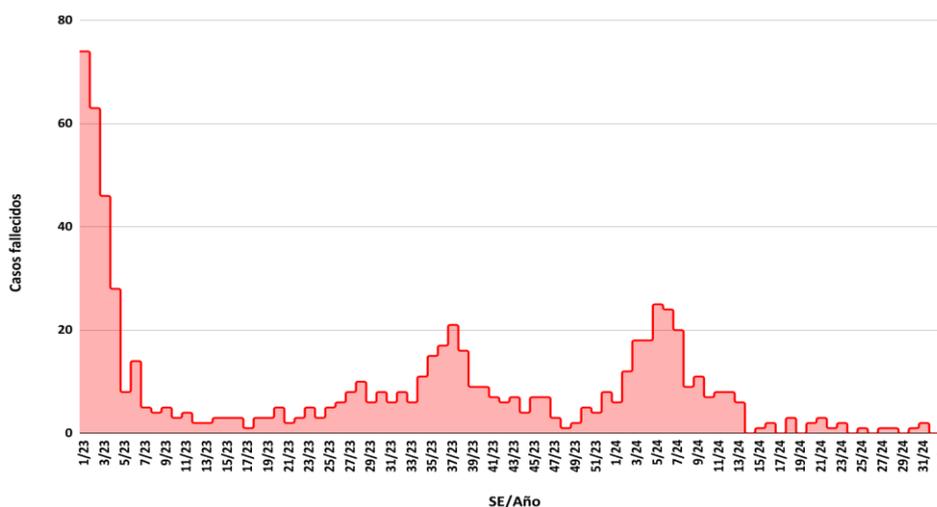
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS^{2.0}.

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

²⁶ 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.

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. Durante la SE33/2024, no se registran personas fallecidas con diagnóstico de COVID-19²⁷.

Gráfico 8: COVID-19: Casos fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 33/2024. Argentina.

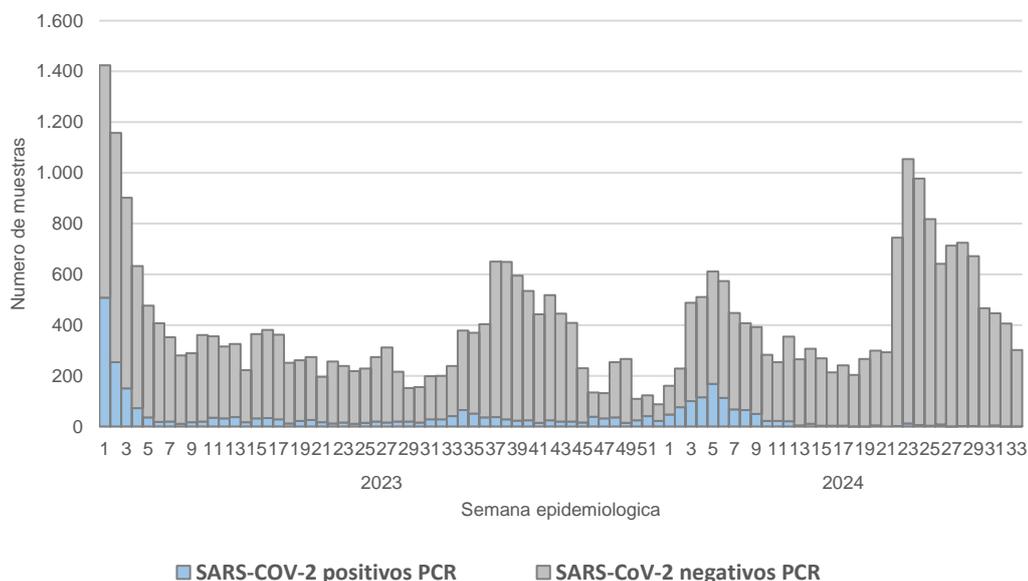


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS^{2.0}.

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

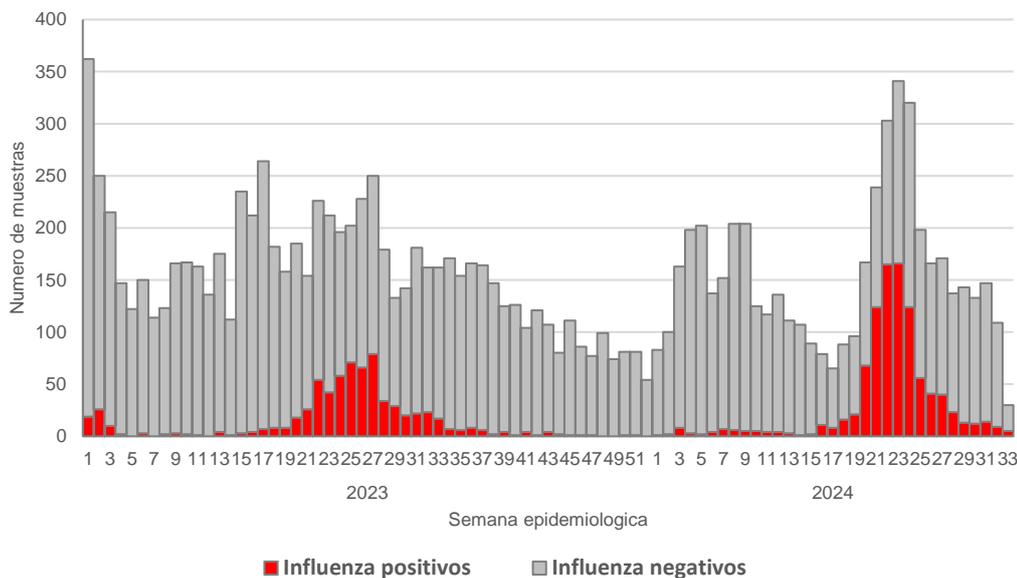
Desde el inicio del año 2024 hasta la SE33, se registraron en el SNVS2.0, en el evento “Monitoreo de SARS-CoV-2 y OVR en ambulatorios”, un total de 15.033 muestras estudiadas por rt-PCR para SARS-CoV-2, de las cuales 940 fueron positivas. Esto representa un ascenso de 22,44% respecto a las muestras estudiadas registradas para el mismo periodo de 2023, aunque con un descenso de -42,75% en las detecciones. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 6,25%. 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, con 1 caso positivo entre las 302 muestras analizadas por PCR correspondientes a la SE33/2024.

²⁷ De acuerdo a la estrategia de vigilancia epidemiológica vigente, para el análisis de fallecimientos por COVID-19 se consideran los casos en los que se registre tanto el fallecimiento, así como el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 por las técnicas de laboratorio disponibles en alguno de los eventos para la notificación de IRAs en el SNVS.

Gráfico 9. Muestras positivas y negativas para SARS-COV-2 por técnica PCR, por SE. SE1/2023 a SE33/2024.

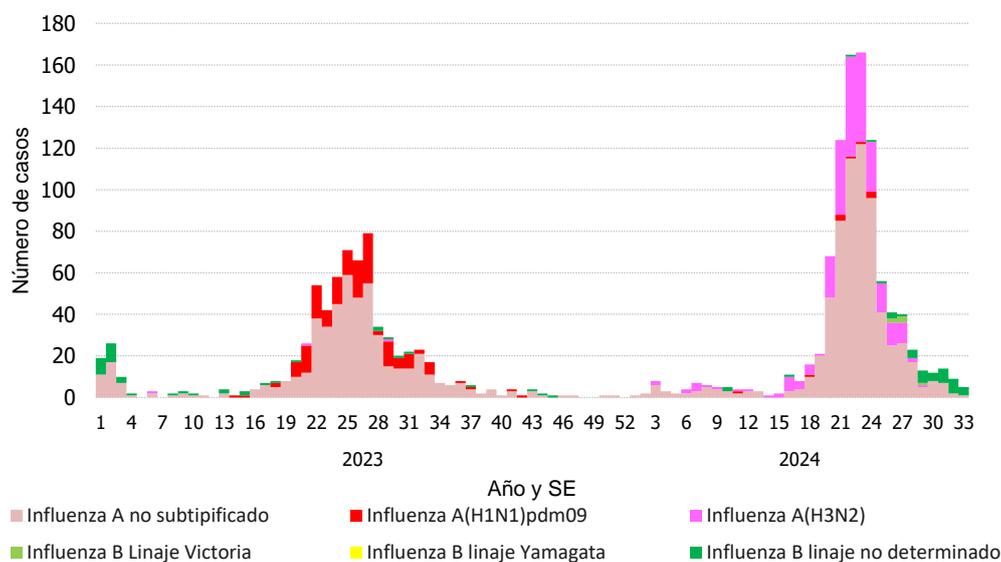
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

Además, desde el inicio de 2024 se estudiaron un total de 5.060 muestras para influenza, de las cuales 973 resultaron positivas. Si bien las muestras estudiadas para este agente registran un descenso de aproximadamente el -16,57% en 2024 respecto al mismo período de 2023, se verifica un 46,98% 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 19,23% para este virus en UMA. Entre las SE 16 y 23 de 2024 se registró un ascenso en las detecciones de influenza en UMA, con predominio de influenza A (H3N2). Posteriormente, a partir de la SE24, se observa un menor número de casos semanales, con 14 casos confirmados entre las 139 muestras analizadas en las dos últimas semanas epidemiológicas (SE 32 y SE 33). Respecto a influenza B, se verifica un paulatino ascenso de las detecciones en las últimas semanas.

Gráfico 10. Estrategia UMA: Muestras positivas y negativas para influenza, por SE. SE1/2023 a SE33/2024.

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

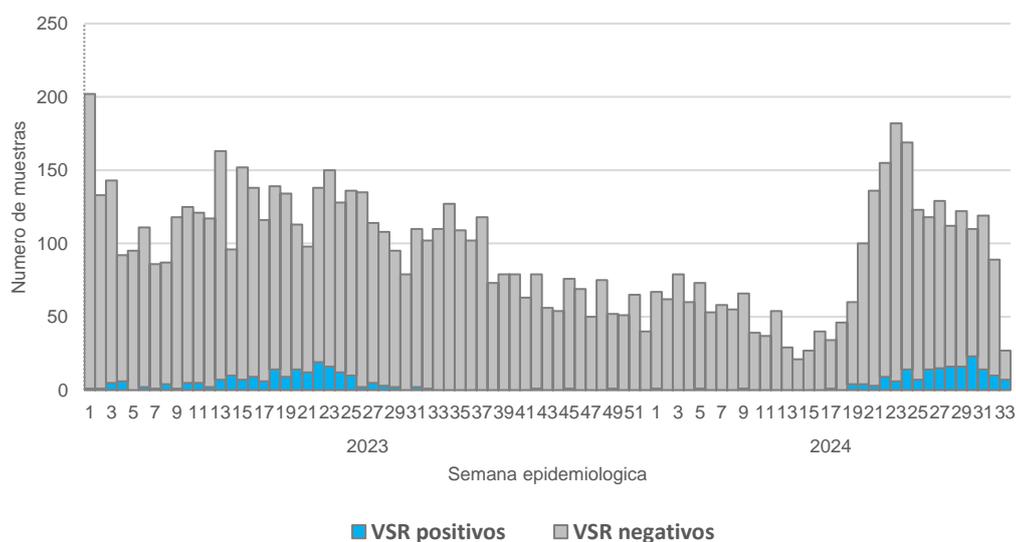
En relación con las detecciones de virus influenza desde SE1/2024 (n= 973), la mayoría correspondieron a Influenza A (n= 925, 95,07%), mientras que Influenza B se identificó en los 48 casos restantes. Respecto de los virus Influenza A, 251 muestras cuentan con subtipificación, detectándose predominantemente Influenza A (H3N2) (n= 241) 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, 6 fueron identificados como Influenza B Victoria, el resto correspondieron a Influenza B sin identificación de linaje.

Gráfico 11. Estrategia UMA. Distribución de virus Influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica – SE1/2023 a SE33/2024 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}.

En cuanto a VSR, se registraron 2.651 muestras estudiadas en lo que va de 2024, con un total de 166 positivos para VSR durante 2024 en UMAs y una positividad acumulada de 6,26%. Se verifica un ascenso de las detecciones de VSR a partir de la SE19/2024, con 17 casos de VSR entre las 116 muestras estudiadas en las dos últimas semanas analizadas (SE32/2024 y 33/2024).

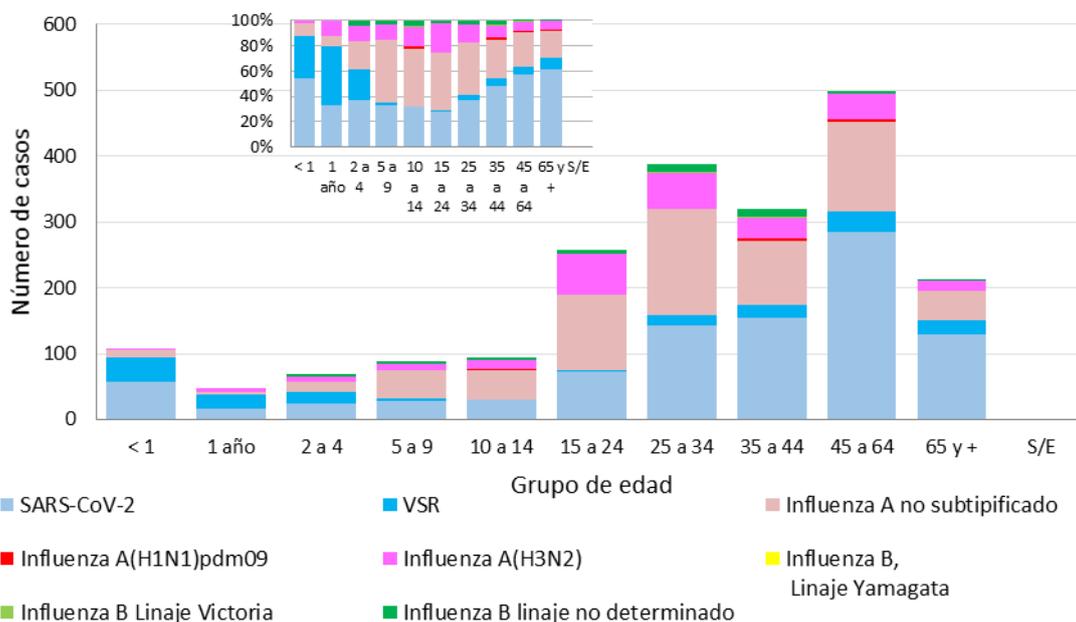
Gráfico 12. Estrategia UMA: Muestras positivas y negativas para VSR por SE. SE1/2023 a SE33/2024.



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

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 1 año y al grupo de 45 a 64 años.

Gráfico 13. Estrategia UMA. Distribución por grupo de edad de virus identificados. SE1/2024 a SE33/2024. 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}

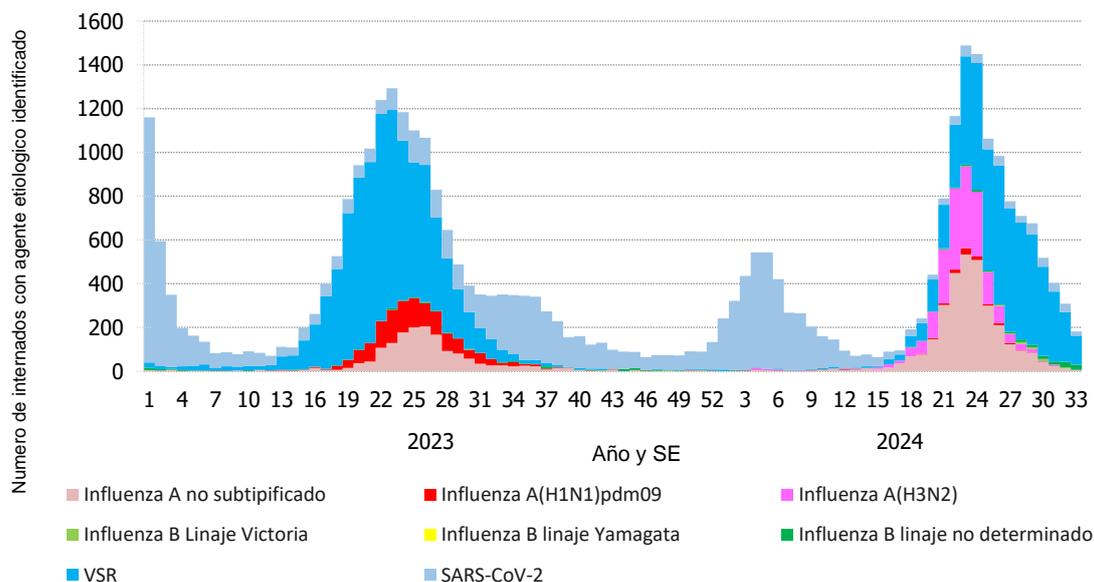
VIGILANCIA DE SARS COV-2, INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS

Entre SE1 y SE33 de 2024, en términos acumulados, se notificaron 4283 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. **Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa -13,16% 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 33 del año 2024 se notificaron 19 casos de SARS-COV-2 en hospitalizados.

Adicionalmente, en lo que va de 2024, se registraron 5318 detecciones positivas para virus influenza en internados. Esto representa un **ascenso del 88,45% 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 30 casos positivos notificados en la SE33/2024. En relación a influenza B, a partir de SE23, se verifica un paulatino ascenso de las detecciones.

Respecto a **VSR**, desde SE1/2024 a SE33/2024 se notificaron 5824 casos hospitalizados positivos para VSR, con un **descenso del -35,08% respecto a las notificaciones del mismo periodo del año previo.** Entre las SE16 y SE26 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, con un menor número de notificaciones en las siguientes 7 semanas, con 132 casos detectados en SE33.

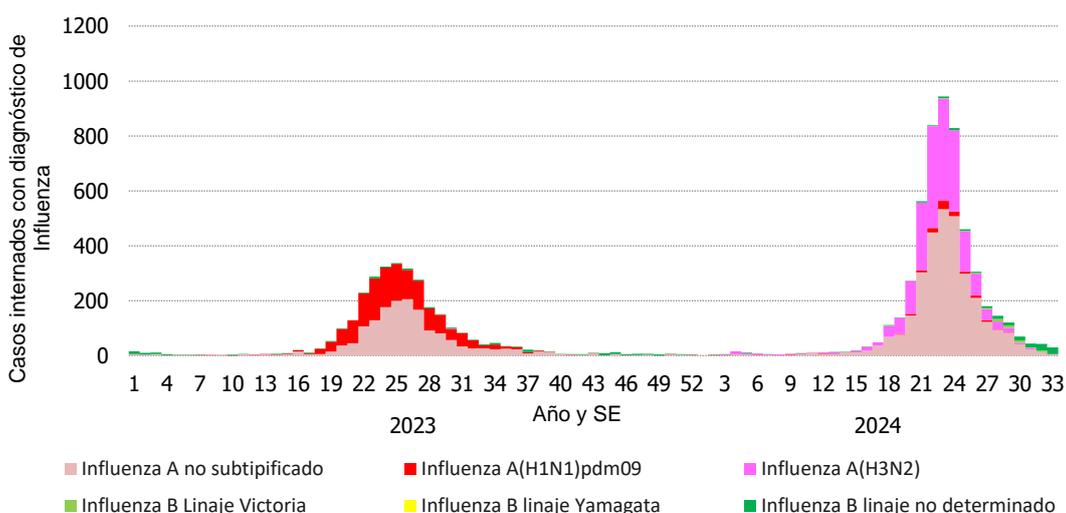
Gráfico 14. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2023 a SE33 /2024. Argentina.



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

Para el año 2024, entre las 5318 detecciones de influenza, 5118 fueron influenza A y 200 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 2020 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales la mayoría correspondieron a **influenza A (H3N2) (n= 1906, 94,36%)**, mientras que las 114 muestras restantes fueron identificadas como influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 50 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 SE33/2024. 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 16. Distribución de Virus Sincial Respiratorio (VSR) por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE1/2023 a SE33/2024. Argentina.

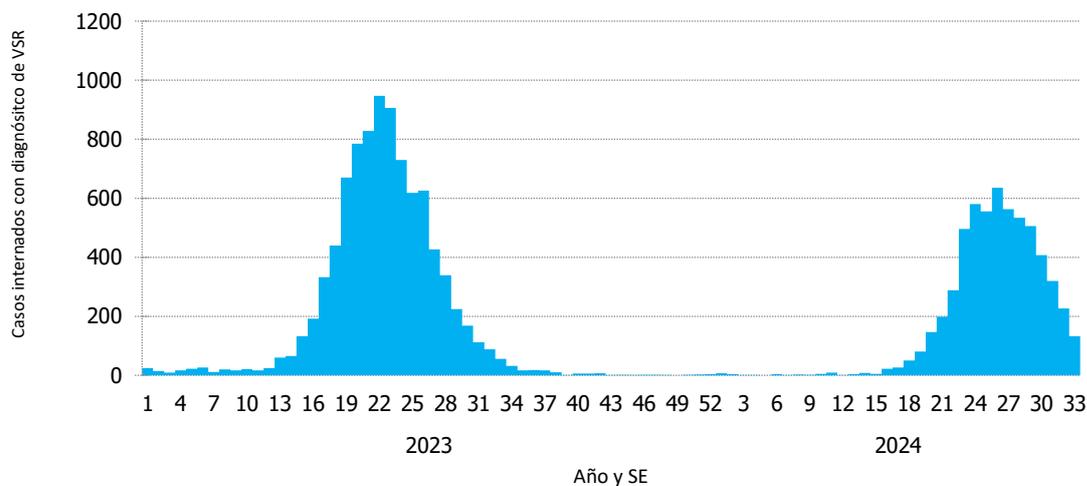
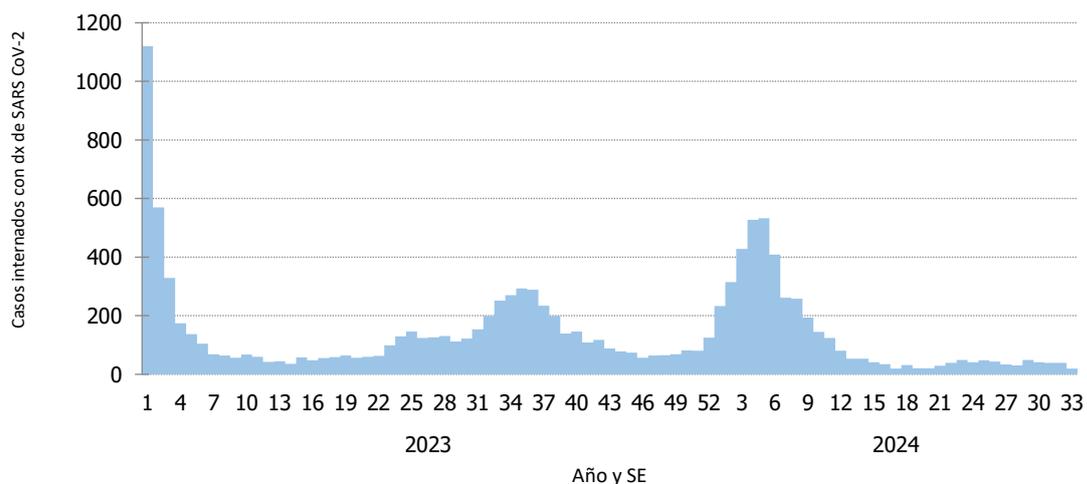
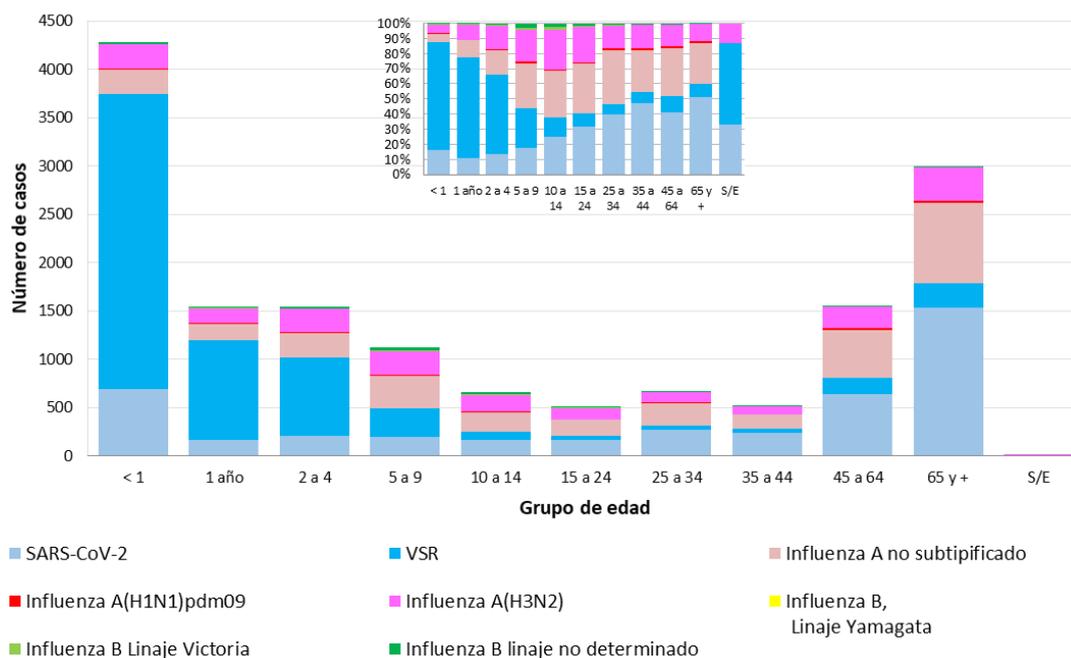


Gráfico 17. Distribución de SARS CoV-2 por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE1/2023 a SE33/2024. Argentina.



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 18. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad en casos hospitalizados. SE 1/2024 a SE33/2024.

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

A la fecha de elaboración de este informe, entre las SE 01-33 del año 2024, se notificaron al SNVS 2.0 159 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.²⁸

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 a 23, registrándose predominantemente casos de influenza A sin subtipificar/A H3N2, con un menor número de detecciones semanales en las últimas 9 semanas (SE24 a 32). Además, se registra un paulatino ascenso en las detecciones positivas para influenza B sin linaje/B Victoria a partir de la SE23.

En relación a los casos de VSR, entre las SE16 y SE26 de 2024 se verifica un incremento de las notificaciones, con un menor número de detecciones en las últimas 6 semanas epidemiológicas. No

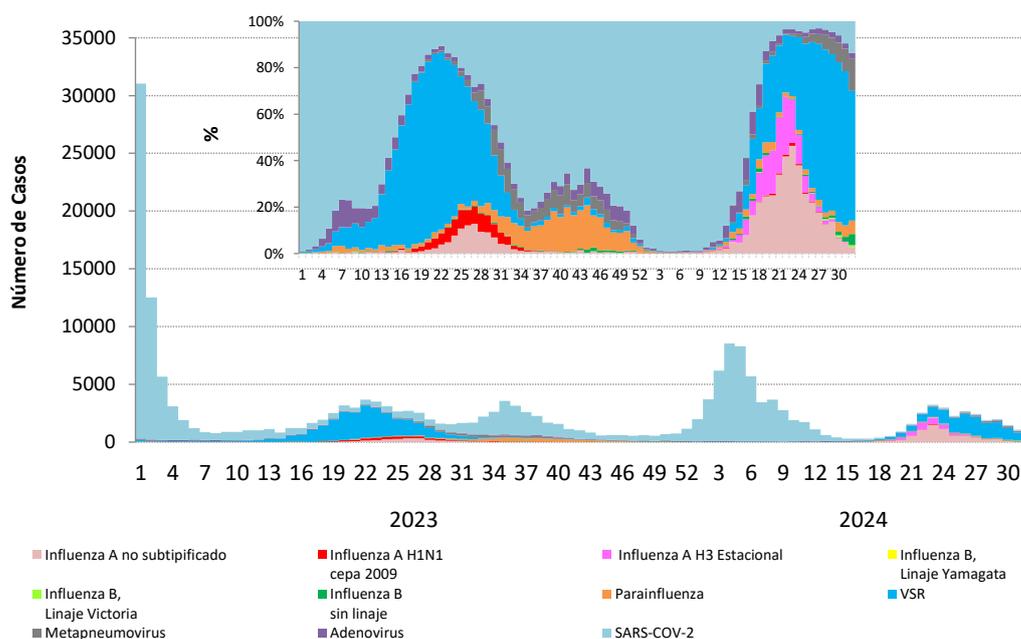
²⁸ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

obstante, el porcentaje de positividad para VSR permanece mayor al 18% en SE32, lo que significa que la circulación estacional de VSR sigue en curso.

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

En la SE32 de 2024 se verifica, además de VSR, SARS-COV-2 e influenza, circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: metapneumovirus, parainfluenza y adenovirus.

Gráfico 19. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2023 a SE32/2024. Argentina.



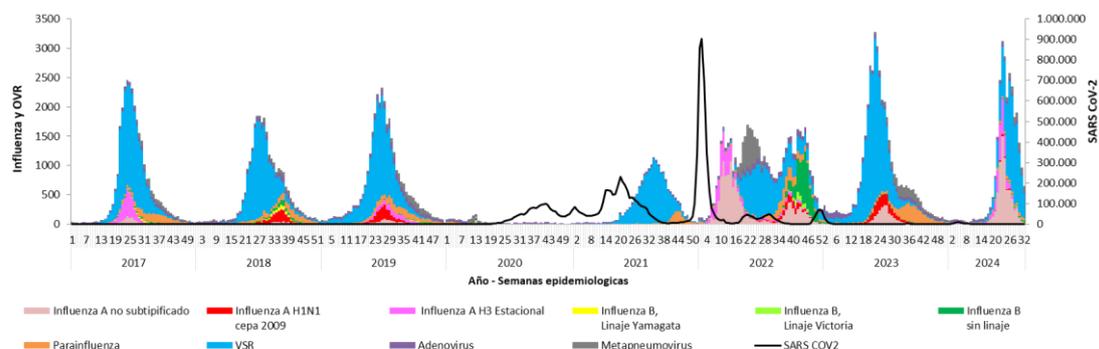
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha registrado un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de Influenza con un ascenso entre las SE3-14 y SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A (H1N1) e Influenza B; así como también por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente de metapneumovirus para el cual se registró una elevada frecuencia absoluta y relativa entre las semanas 16 y hasta la 26.

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

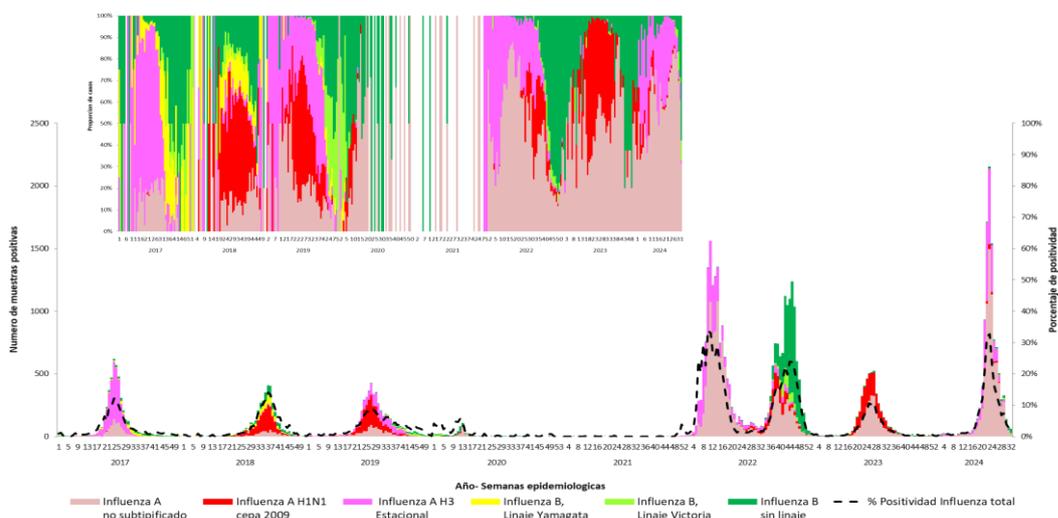
muestras positivas del año 2022, con un 43,32% menos detecciones en el 2023 y un comportamiento estacional similar al observado en el período 2017-2019. En relación a influenza, durante el año 2023 se observó un ascenso de casos entre las SE18-27 de 2023, similar a lo registrado para los años 2017 y 2019.

Gráfico 20. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE32/2024. 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 21. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE32/2024. Argentina.



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

INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

A nivel mundial, durante el período de 28 días del 24 de junio al 21 de julio de 2024, se compartieron 23 060 secuencias de SARS-CoV-2 a través de GISAID. En comparación, en los dos períodos de 28 días anteriores, se compartieron 33. 169 y 26.276 secuencias, respectivamente.²⁹

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, KP.3.1.1 y LB.1^{30,31}

A nivel mundial, JN.1 es la VOI circulante dominante (actualmente notificada por 135 países), representando el 25,7 % de las secuencias en la semana 29 y habiendo disminuido desde una proporción del 30,2 % en la semana 26. Su linaje parental, BA.2.86, sigue disminuyendo en prevalencia, representando el 0,1-0,2 % de las secuencias en cada semana entre la semana 26 y la semana 29.

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

Las seis variantes bajo monitoreo enumeradas son todos linajes descendientes de JN.1. KP.3.1.1 y LB.1 y están mostrando una prevalencia creciente a nivel mundial, mientras que KP.3, KP.2, JN.1.7 y JN.1.18 están disminuyendo.

Existe heterogeneidad en la cantidad de secuencias compartidas por regiones y las proporciones relativas de Variantes del SARS-CoV-2 entre regiones y dentro de ellas. Por ejemplo, KP.3.1.1 se ha expandido rápidamente en la región europea durante los últimos 28 días hasta alcanzar más del 25 % de las secuencias a partir de la semana 29. Por el contrario, KP.3.1.1 ha sido poco frecuente en la región del Pacífico occidental durante los últimos 28 días, representando menos del 2 % de las secuencias en este período. Existen más diferencias en la prevalencia dentro de las regiones; por ejemplo, KP.3.1.1 representa más del 35 % de las secuencias en España en los últimos 28 días, en comparación con el 16 % en el Reino Unido. Además, mientras que en promedio la prevalencia de KP.3 es más alta (48%-54%) que la de KP.2 (5%-15%) en la región del Pacífico Occidental en los últimos 28 días, KP.2 representa más del 45% de las variantes circulantes durante el mismo período de tiempo en Singapur (con KP.3 en el 7%), con la tendencia opuesta observada en Japón, donde KP.3 representa más del 85% de las variantes circulantes y KP.2 menos del 3%.

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.

²⁹ COVID-19 epidemiological update – 13 Agosto 2024- Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-epidemiological-update-edition-170>

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

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

SITUACION NACIONAL

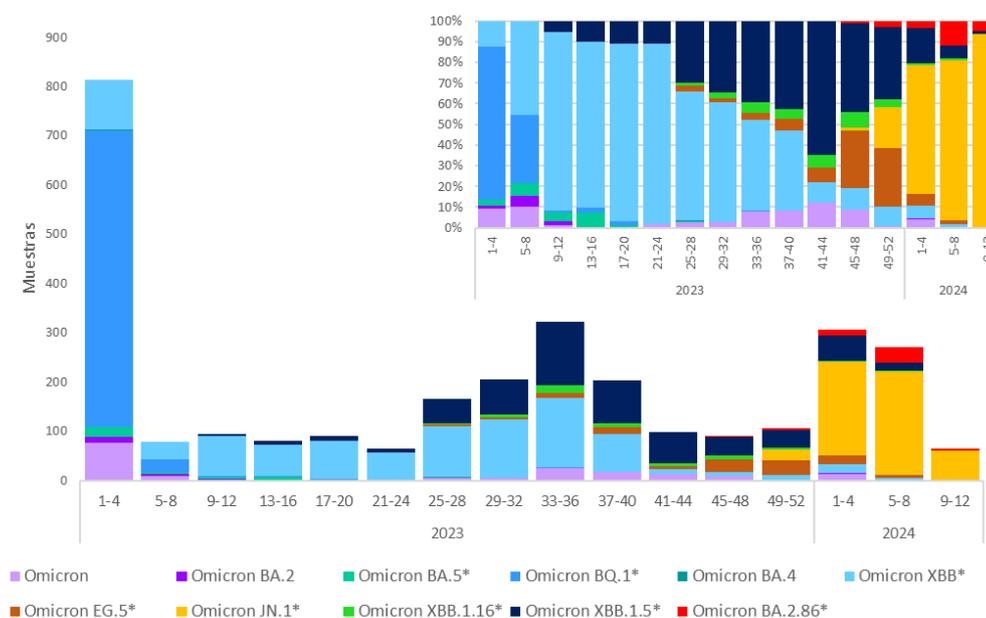
En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En relación a los linajes de Ómicron, se verifica un predominio de las variantes JN.1* y BA.2.86*.

Entre las SE5 y 12 de 2024, se notificaron al SNVS 335 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales JN.1 se identificó en un 80,60% (n= 270), seguida de BA.2.86* en un 10,75% (n=36) (*Indica la inclusión de linajes descendientes)³².

En total, al 21 de agosto de 2024 en Argentina se detectaron 517 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.

Gráfico 22: Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrisesmanas. SE01/2023- SE12/2024.Total país³³.



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

³² 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.

³³ Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

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

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

- BA.2.86*

- JN.1*

* Incluye linajes descendientes.

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS³⁴

Situación Regional: Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE), se ha registrado una actividad epidémica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en el Cono Sur, junto con un aumento en la actividad en las subregiones de Norteamérica, el Caribe y Centroamérica. Esta actividad está vinculada con la circulación de VRS en el Cono Sur y Centroamérica, influenza en el Caribe, así como del 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 VRS, y en menor medida, de influenza. En Norteamérica, se ha detectado un incremento en la actividad relacionado con la circulación del SARS-CoV-2.

En cuanto a la circulación de virus respiratorios a nivel regional, se ha observado un aumento en la actividad del SARS-CoV-2, especialmente en Norteamérica, el Caribe, Centroamérica y la subregión Andina. Asimismo, aunque la actividad de influenza ha disminuido, se mantiene fluctuante en algunos países del Caribe y de la subregión Andina. La actividad del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) ha alcanzado niveles epidémicos en América Central, la subregión Andina y el Cono Sur; y ha mostrado un incremento en el Caribe.

América del Norte: Los casos de ETI, IRAG y las hospitalizaciones asociadas a virus respiratorios, tras haber mostrado un incremento en semanas previas, han comenzado a descender, aunque se ha observado un marcado aumento en la proporción de casos positivos de SARS-CoV-2. La actividad de la 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 ha permanecido en niveles bajos. En contraste, la actividad del SARS-CoV-2 ha mostrado un aumento, alcanzando niveles similares a los observados en la ola previa 2023-2024.

Por países: En Canadá, la actividad del SARS-CoV-2 ha incrementado, alcanzando niveles cercanos a los máximos registrados en olas previas. La actividad de la influenza sigue por debajo del umbral

³⁴ 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>

epidémico, mientras que la actividad del VRS se mantiene en niveles bajos. En México, después de un ascenso hasta niveles moderados en semanas epidemiológicas previas, los casos de ETI e IRAG han mostrado un marcado descenso en las dos últimas SE. La mayoría de los casos positivos son atribuibles a SARS-CoV-2. Tanto la actividad de la influenza como la del VRS se mantienen 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, alcanzando niveles de circulación similares a los picos observados en 2023 y 2024. La actividad de la influenza y la del VRS continúan en niveles bajos.

Caribe: Tras el ascenso observado en semanas previas, en las últimas cuatro SE, los casos de ETI han mostrado una tendencia decreciente, asociados a una mayor proporción de casos positivos de influenza. Los casos de IRAG han permanecido en niveles bajos. La actividad de influenza se ha mantenido fluctuante 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, aunque mostrando un ligero incremento, y 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 Belice, República Dominicana, Jamaica, las Islas Caimán y Guyana. Asimismo, se ha registrado actividad de SARS-CoV-2 en Belice, Jamaica, Santa Lucía, Barbados, Guyana, las Islas Caimán y San Vicente y las Granadinas. En Santa Lucía, se ha observado un incremento en la actividad de IRAG, con niveles moderados asociados a la circulación de SARS-CoV-2, aunque esta actividad ha descendido en la última SE. 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, y en menor medida, a VRS.

Centroamérica: Se ha observado un incremento en la actividad de ETI e IRAG, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a SARS-CoV-2 y VRS, cuya actividad ha mostrado un ascenso. La actividad de influenza, tras alcanzar niveles epidémicos en varios países de la subregión, ha mostrado un descenso en las últimas cuatro SE. Durante este periodo, los virus de influenza predominantes han sido de tipo A(H3N2). La actividad del VRS ha alcanzado niveles similares a los máximos registrados en temporadas previas. La actividad del SARS-CoV-2 está en ascenso, alcanzando niveles similares a los máximos observados en olas anteriores.

Por países: En Costa Rica, tras el aumento detectado en los casos de ETI e IRAG en semanas previas, durante las cuatro últimas SE se ha observado una tendencia decreciente, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a SARS-CoV-2, cuya actividad se encuentra en ascenso, VRS, también en ascenso, y en menor medida a influenza, que actualmente se encuentra en descenso por debajo del umbral epidémico. En El Salvador, la circulación de influenza, tras alcanzar niveles moderados, ha presentado un descenso en las últimas cuatro SE hasta situarse por debajo del umbral epidémico. El SARS-CoV-2 se encuentra en ascenso, aunque se mantiene en niveles bajos en comparación con olas previas. En Guatemala, se ha observado un marcado incremento en la actividad de ETI hasta niveles moderados, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a SARS-CoV-2 y en menor medida VRS e influenza. La actividad de IRAG ha presentado un incremento situándose en niveles epidémicos; con un marcado incremento en la proporción de casos positivos a VRS. En Honduras, en las últimas cuatro SE, la actividad de IRAG se ha mantenido fluctuante entre niveles epidémicos, asociada principalmente a casos positivos de influenza, que actualmente se encuentra en descenso dentro de niveles epidémicos, y en menor medida a SARS-CoV-2. En Nicaragua, tras alcanzar niveles de circulación de influenza por encima del umbral elevado, durante las cuatro últimas SE se ha observado un descenso hasta niveles epidémicos, 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 VRS, cuya actividad ha mostrado un marcado ascenso, y de SARS-CoV-2. La actividad de influenza ha descendido por debajo del umbral epidémico.

Países Andinos: La actividad de ETI e IRAG ha mostrado un descenso en las últimas cuatro SE en la mayoría de los países. Asimismo, se ha observado un aumento en la proporción de casos positivos de SARS-CoV-2, con un descenso en la proporción de casos positivos de VRS e influenza, cuya actividad ha permanecido en descenso durante este periodo. Los virus de influenza predominantes han sido de tipo A(H3N2). 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 se encuentran fluctuantes en torno al umbral epidémico. La actividad de influenza ha disminuido hasta niveles inferiores a este umbral. La actividad de SARS-CoV-2 y VRS se mantienen bajas. 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 descenso, y en menor medida a SARSCoV-2, que está en ascenso, con niveles de circulación similares a los máximos observados en olas anteriores. Los casos de IRA (Infección Respiratoria Aguda) han descendido a niveles moderados. 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 SARSCoV-2. En Perú, tras alcanzar niveles extraordinarios de IRAG, se ha observado un descenso en la última semana. Los casos positivos son en su mayoría atribuibles a 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 incremento en la actividad de influenza, situándose por encima del umbral epidémico y un ligero incremento en la actividad de VRS que se mantiene en niveles bajos.

Brasil y Cono Sur: Tras el incremento observado en semanas previas, la actividad de 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 ETI ha mostrado un ligero repunte, asociado con un incremento en la proporción de casos positivos a SARS-CoV-2. La actividad de influenza se encuentra en descenso, situándose por debajo del umbral epidémico en la mayoría de los países. Durante este periodo, los virus de influenza predominantes han sido de tipo A(H1N1)pdm09 y A(H3N2). La actividad del VRS ha mostrado un ligero descenso, tras alcanzar niveles inferiores a los máximos observados en temporadas previas. La actividad del SARSCoV-2 se ha mantenido en niveles bajos, aunque mostrando un ligero incremento.

Por países: En Argentina, la actividad de ETI, tras alcanzar niveles elevados, ha descendido a niveles por debajo del umbral epidémico, mientras que la actividad de IRAG, tras alcanzar niveles epidémicos, también ha caído por debajo de este umbral. La actividad de influenza, después de alcanzar niveles elevados, ha descendido a niveles epidémicos. Paralelamente, el VRS tras alcanzar valores de positividad similares a los máximos observados en temporadas previas ha mostrado una tendencia decreciente y el SARS-CoV-2 aunque en niveles bajos ha mostrado un ligero incremento. En Brasil, la actividad de ETI e IRAG ha descendido a niveles por debajo del umbral epidémico. La actividad de influenza se encuentra en descenso, también por debajo del umbral epidémico, y la actividad de VRS se mantiene en niveles bajos, mientras que la actividad del SARS-CoV-2 ha mostrado un ligero incremento, aunque se mantiene en niveles bajos. En Chile, tras el descenso observado en semanas previas, se ha registrado un repunte en los casos de ETI e IRAG, con niveles extraordinarios

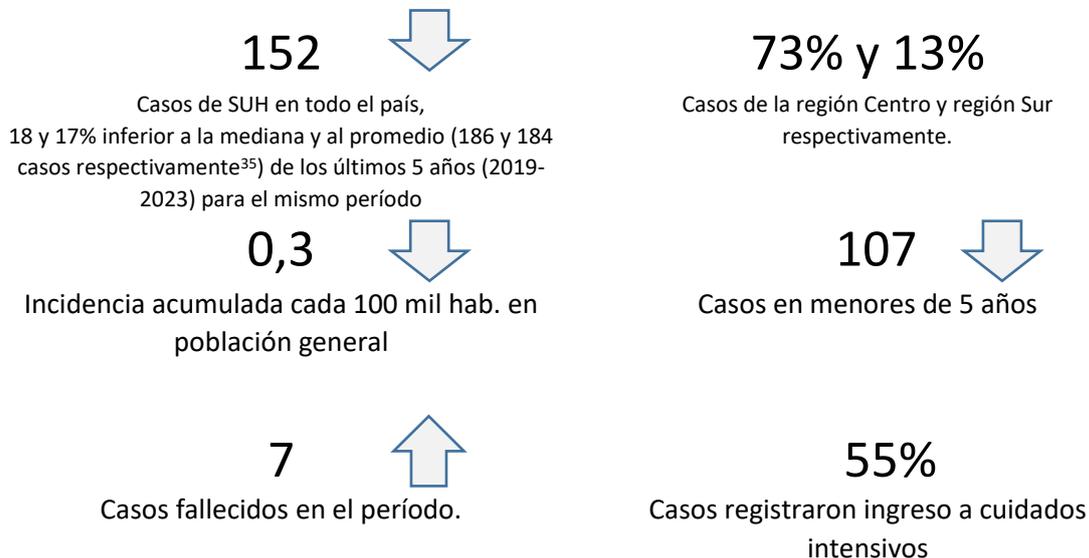
y epidémicos, respectivamente. La mayoría de los casos positivos durante las últimas cuatro SE son atribuibles a VRS, cuya actividad se mantiene en ascenso, aunque con niveles de positividad por debajo de los máximos observados en temporadas anteriores. La actividad de influenza, tras alcanzar niveles extraordinarios, ha descendido a niveles por debajo del umbral epidémico. En Paraguay, la actividad de IRAG se mantiene en niveles moderados, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a VRS, cuya actividad está en descenso, y en menor medida, a SARS-CoV-2, cuya actividad está en ascenso. La actividad de ETI, tras alcanzar niveles epidémicos, ha descendido por debajo de este umbral. En Uruguay, la actividad de IRAG ha presentado un ligero descenso hasta niveles epidémicos, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a VRS, cuya actividad se mantiene en ascenso, alcanzando niveles de positividad superiores a los picos observados en temporadas anteriores.

INFORMES ESPECIALES

SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)

El presente informe analiza los datos registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud al 03 de agosto de 2024 y analiza el período SE1 a SE31/2024.

INFORMACIÓN DESTACADA A SE 31/2024

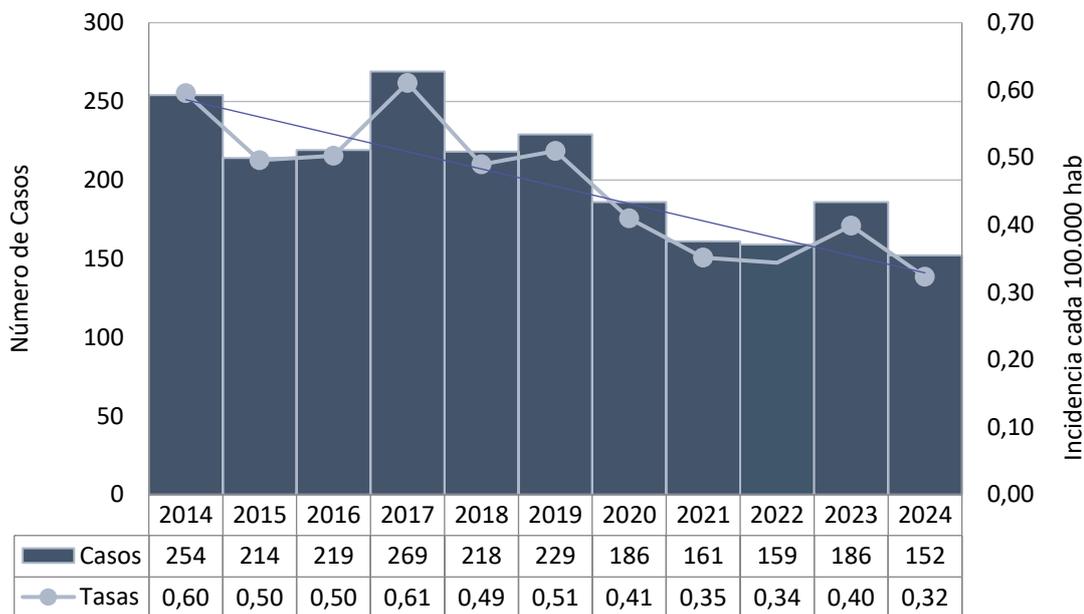


SITUACIÓN NACIONAL

La cantidad de casos notificados de SUH en población general registran una tendencia al descenso desde el 2014 hasta el 2024 para el período analizado (SE 1 a SE 31). Las notificaciones de SUH del total país del corriente año hasta la SE31 registran un leve descenso respecto de las registradas en el 2023 y en 2022 para el mismo periodo (Gráfico 1). Se observa un patrón similar en el registro de casos e incidencia acumulada en menores de 5 años en la serie de 10 años, SE1-SE31(Gráfico 2).

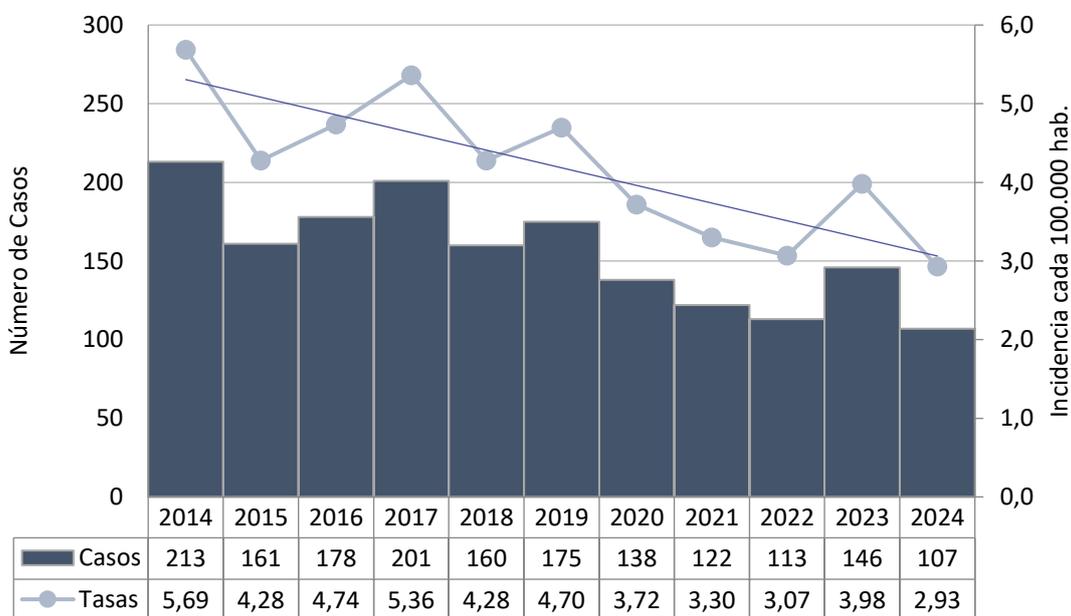
³⁵ Para reporte de los casos de SUH se excluyen los casos reportados de SUH atípico y como parámetro temporal, para los casos notificados de SUH se considera la fecha de inicio del caso construida a partir de la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

Gráfico 1: SUH, Casos e incidencia acumulada (cada 100.000 habitantes). Argentina. Años 2014-2024, SE1 a SE31.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

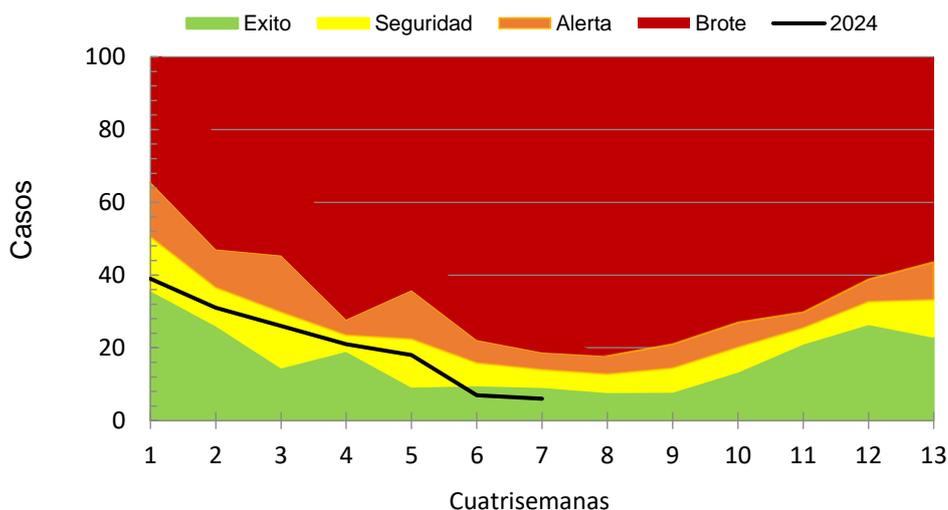
Gráfico 2: SUH, Casos e incidencia acumulada (cada 100.000 menores de 5 años). Argentina. Años 2014-2024, SE 1 a SE31.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

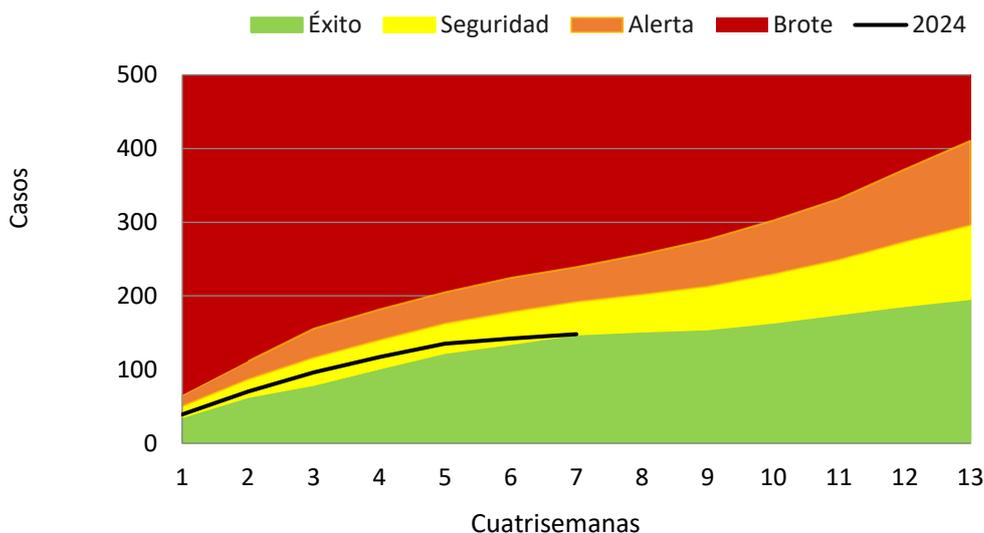
El corredor endémico cuatrisesemal (CS) transcurrió dentro de lo esperado desde la CS 1 hasta la CS 5, observándose, en las últimas dos cuatrisesemanas, que la cantidad de notificaciones se ubicó en la zona de éxito (Gráfico 3). El corredor endémico acumulado (Gráfico 4), que muestra la cantidad de casos acumulados para cada cuatrisesmana del año en curso, en relación a registros de casos acumulados de los años previos, permite observar que el número de casos acumulados a nivel nacional hasta la cuatrisesmana 7 se encontró dentro de lo esperado (zona de seguridad).

Gráfico 3: SUH, Corredor endémico cuatrisesemal. 2024 hasta CS 7 (N=148). Total País. Históricos 2019 a 2023.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0.

Gráfico 4: SUH, Corredor endémico acumulado. 2024 hasta CS 7 (N=148). Total País. Históricos 2019 a 2023.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0.

Tabla 1: SUH, promedio de casos últimos 5 años (2019-2023), casos 2024 e IE, según jurisdicción de residencia. Argentina. Años 2019-2024, periodo SE 1 a SE 31.

Provincia	Promedio	Casos 2024	Índice Epidémico (IE)	Diferencia de casos
	2019-2023			
Buenos aires	81	72	0,89	-9
CABA	16	16	1,00	0
Córdoba	16	14	0,88	-2
Entre Ríos	7	0	0,00	-7
Santa Fe	12	9	0,75	-3
CENTRO	131	111	0,85	-20
Mendoza	10	8	0,80	-2
San Juan	2	0	0,00	-2
San Luis	3	6	2,00	3
CUYO	15	14	0,92	-1
Chaco	1	1	1,00	0
Corrientes	3	3	1,00	0
Formosa	1	0	0,00	-1
Misiones	0	0	0,00	0
NEA	4	4	1,00	0
Catamarca	1	0	0,00	-1
Jujuy	1	1	1,00	0
La Rioja	0	0	0,00	0
Salta	4	1	0,25	-3
Santiago del Estero	1	1	1,00	0
Tucumán	2	1	0,50	-1
NOA	9	4	0,44	-5
Chubut	6	7	1,17	1
La Pampa	3	2	0,67	-1
Neuquén	7	5	0,71	-2
Rio Negro	5	3	0,60	-2
Santa Cruz	2	0	0,00	-2
Tierra del Fuego	2	2	1,00	0
SUR	24	19	0,80	-5
Total PAIS	184	152	0,83	-32

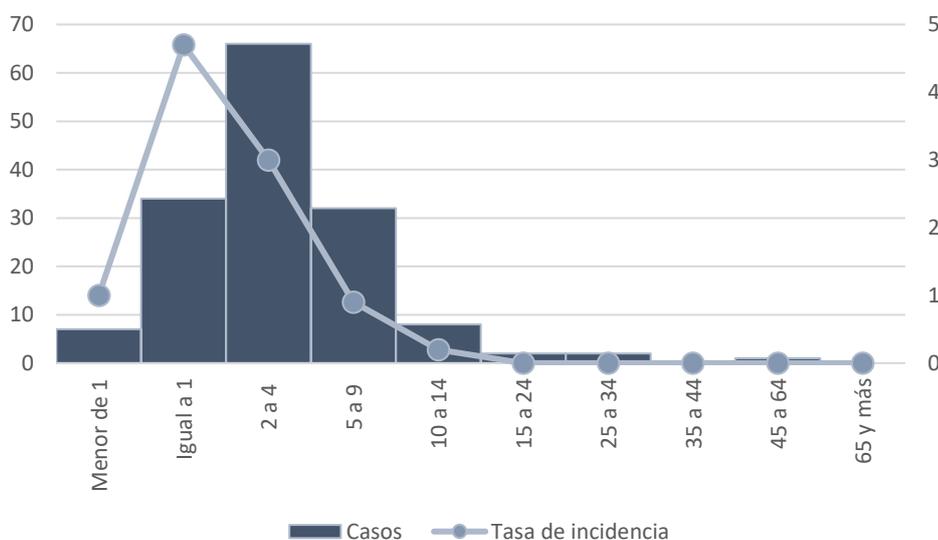
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0.

En el periodo SE1 a SE31 de 2024 se registraron 152 casos a nivel país, lo que representan 32 casos por debajo del promedio de los últimos 5 años y un índice epidémico (IE) 0,83, lo que equivale a un número dentro de lo esperado (Tabla 1).

En cuanto al análisis por regiones desde SE 1 a SE 31, 2024 se observa que el 73% de los casos se presentan en la región Centro, con una tasa de 0,4 casos cada 100 mil habitantes, mientras que la región Sur aporta el 12.5% y una tasa de 0,6. La región de cuyo aporta el 9,2% mientras que las regiones NOA y NEA -sumadas- aportan solo el 5% de los casos..

Con respecto a la distribución según edad, desde SE 1 a SE 31/2024, el 87 % de los casos se distribuyen entre los grupos de edad de 1 año, 2 a 4 años y 5 a 9 años. El 43% de los casos en el grupo de 2 a 4 años, 27% en el grupo de 1 año y menores de 1 año y 21% en el grupo de 5 a 9 años. La incidencia acumulada más elevada se observó en el grupo de 1 año con 3,8 casos por cada 100.000 niños de 1 año de edad (Tabla 2).

Tabla 2: Casos e incidencia acumulada de SUH (cada 100.000 hab.) según grupo de edad. Argentina. Año 2024, hasta SE 31.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0.

VIGILANCIA DE LA GRAVEDAD

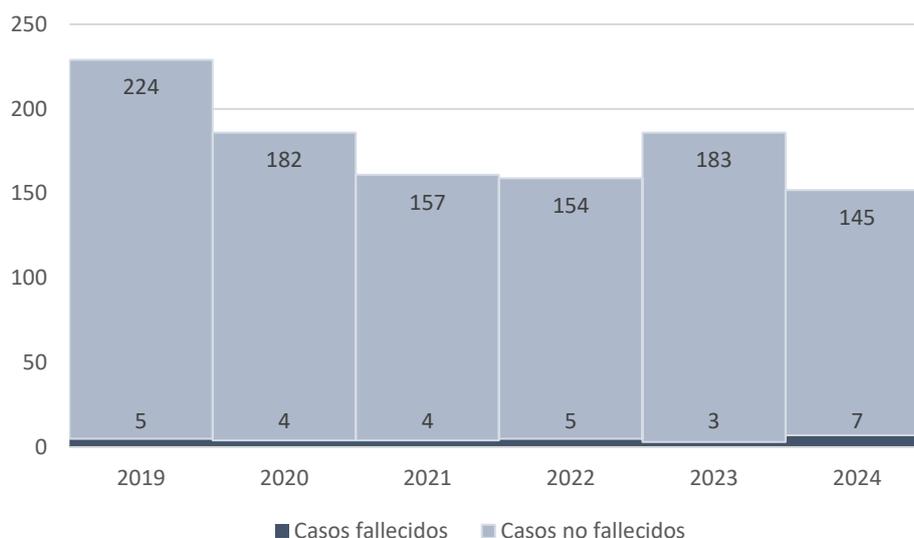
Según el registro de información en el SNVS, entre SE1 y SE31/2024, en al menos 133 de 152 casos (88%) se registró el antecedente de internación y en 55 de los 133 casos internados (41%) se informó el antecedente de requerimiento de cuidados intensivos.

Durante 2024 hasta el momento se notificaron 7 casos fallecidos, 6 menores de 5 años y 1 mayor de 5, registro que supera el promedio para el periodo 2019-2023 hasta la SE 31 que fue de 4 de fallecidos). Los 7 casos fallecidos en el año 2024 ocurrieron en los 3 primeros meses del año (2 en el mes de enero, 4 en febrero y 1 en la primera semana de marzo).

Seis de los 7 casos fallecidos se presentaron en la región Centro y 1 en la región Sur (ambas regiones aportan el 85% del total de casos registrados de SUH del país). El promedio de días entre la fecha de inicio de síntomas (FIS) y la fecha de consulta (FC) fue de 2 días. El promedio de días entre la FC y fecha de notificación (FN) fue de 5 días.

En todos los casos los pacientes presentaron como síntoma en común diarrea, en 5 casos la diarrea se presentó con sangre y acompañada de vómitos. Otros síntomas descriptos fueron dolor abdominal, piel pálida, deshidratación y compromiso del sistema nervioso central.

En lo que respecta a las investigaciones epidemiológicas sobre posibles fuentes de infección, sitios de adquisición, investigación de casos secundarios, en todos los casos se realizan las investigaciones en conjunto entre direcciones de epidemiología, bromatología y zoonosis. Se consigna el antecedente de viaje en 5 casos. Se investigó el antecedente de consumo de alimentos transportados largas distancias y/o adquiridos en diferentes puestos comerciales. Se detectó también en 3 casos el antecedente de acceso a actividades en aguas recreacionales no seguras y/o piletas. Si bien en las investigaciones epidemiológicas surgieron alimentos sospechosos lácteos (yogur), carnes (hamburguesas), en ningún caso se pudo detectar STEC en los alimentos obtenidos.

Tabla 3: Casos de SUH no fallecidos y fallecidos según año. Argentina. Años 2019-2024, hasta SE31.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0.
están sujetos a revisión y/o modificación

*Datos

Es importante mantener una vigilancia de alta calidad con la investigación epidemiológica completa y oportuna derivada de ellos, así como una vigilancia rutinaria y sistemática de los alimentos.

RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO DE SALUD

El síndrome urémico hemolítico (SUH) es una entidad clínica y anatomopatológica caracterizada por insuficiencia renal aguda, trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática que afecta fundamentalmente el riñón, y además otros parénquimas como intestino, sistema nervioso central, corazón y páncreas.

Es una enfermedad severa que hasta el momento no tiene tratamiento específico eficaz. Afecta principalmente a niños entre 2 meses y 5 años, y a adultos mayores de 65 años. Observándose, una mayor frecuencia en los meses de verano.

El SUH típico de tipo infeccioso, principalmente asociado a diarrea por infección por *Escherichia coli* productor de toxina Shiga(TxS) (STEC), comprende el 95% de los casos; y SUH atípico (5% de los casos) asociado a afecciones de diferentes etiologías (genética, inmunológica y tóxica) no asociado a SUH debido a TxS.

El SUH típico comienza con un pródromo de diarrea acuosa que puede convertirse en sanguinolenta al 2º o 3º día. Algunos enfermos pueden presentar vómitos. El período de incubación es de dos a diez días, con una media de tres a cuatro días. En general, la diarrea se autolimita al cabo de una semana, pero del 5 al 15% de los casos puede evolucionar a SUH. Superada la fase aguda, la mayoría de los casos se recupera, pero un 30% puede presentar secuelas con nefropatías persistentes. La letalidad en la etapa aguda es del 3% al 4%.

Globalmente, el SUH es la causa más común de insuficiencia renal aguda en los niños de corta edad. Pueden aparecer también complicaciones neurológicas (como convulsiones, accidente cerebrovascular y coma) en el 25% de los pacientes con SUH, así como secuelas renales crónicas (50%), que pueden ser leves, y en algunos casos (6%) pueden aparecer complicaciones graves pudiendo requerir trasplante renal.

La mayoría de los casos de infección por STEC son esporádicos. Sin embargo, también se detectan mediante investigación epidemiológica brotes, en general con pocas personas afectadas,

principalmente en el ámbito familiar y en instituciones de cuidado diario como jardines maternales y de infantes. La gravedad de las enfermedades por STEC en niños argentinos podría explicarse por los perfiles genéticos y los serotipos de las cepas ya descritas a nivel mundial como hipervirulentas. En las últimas décadas, surgió un nuevo escenario de riesgo debido a la evolución bacteriana con la emergencia de un clon hipervirulento de O157 descrito después del brote asociado al consumo de espinacas en EE.UU. en el 2006. Dicho clon está distribuido en todo el mundo, y se lo detecta con alta frecuencia en Argentina.

El período de transmisibilidad en el SUH asociado a STEC, después del comienzo de la diarrea, es de tres semanas o más en los niños, y de una semana o menos en adultos, aunque se han descrito períodos más prolongados, por lo cual para el alta del paciente es necesario contar con dos coprocultivos sucesivos negativos con un intervalo de 72 horas.

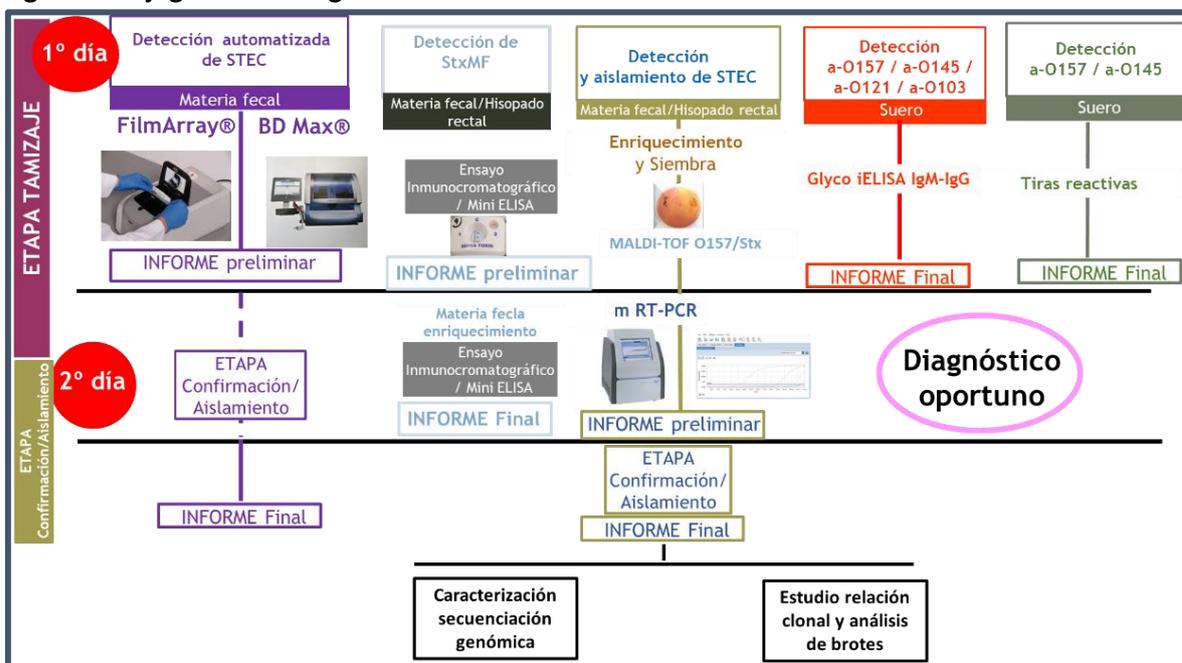
INFORME DEL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR *ESCHERICHIA COLI* PRODUCTOR DE TOXINA SHIGA Y DETECCIÓN DE BROTES.

Introducción

En Argentina, existe un sistema laboratorial que contribuye al sistema de vigilancia de las infecciones por STEC en casos de diarrea aguda con (DAS) y sin sangre (DA), SUH y contactos asintomáticos familiares e institucionales (CA). El Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) lleva a cabo y recomienda un flujograma de diagnóstico (FDD) de STEC aplicando como criterios diagnósticos: la identificación del patógeno, detección de los genes *stx*₁, *stx*₂ y *rfb*_{O157} (PCR RT y punto final), la identificación por MALDI-TOF de STEC O157 y la detección de anticuerpos a-LPS O157, O145, O121, O103 por Glyco iELISA (CHEMLIS®). Este flujograma de diagnóstico se completa con la secuenciación de genoma completo (SGC) de los aislamientos y análisis bioinformático de las secuencias, para la caracterización (genes de virulencia y resistencia) y vigilancia genómica (monitoreo y análisis de brotes), Figura 1.

Este FDD puede ser implementado de acuerdo a la complejidad diagnóstica de cada laboratorio clínico, y se debe considerar que, para alcanzar el diagnóstico definitivo, las muestras se pueden derivar a un centro de mayor complejidad como lo son los Laboratorios de Referencia provinciales y nacional. Es importante mencionar que la implementación de estas estrategias (metodologías complementarias no excluyentes), permite no solo mejorar el diagnóstico para brindar respuestas oportunas, sino también, definen planes terapéuticos y permiten comprender la situación epidemiológica del país.

Figura 1-Flujograma de diagnóstico



Fuente: Laboratorio Nacional de Referencia

En el presente informe se mostrarán los resultados obtenidos del procesamiento de muestras de casos de SUH, DAS, DA y CA recibidas en el LNR durante el primer semestre de 2024, a partir de la aplicación del FDD descrito. De esta manera se pretende demostrar la importancia de la utilización

de métodos indirectos como el Glyco Ielisa (CHEMLIS®) y tiras reactivas (CHEMSTRIP®) para el diagnóstico oportuno, la implementación de biología molecular para el tamizaje y aislamiento del patógeno, derivación a centros de mayor complejidad para lograr el diagnóstico definitivo y derivar las cepas aisladas al LNR para completar la caracterización y vigilancia con el análisis epidemiológico molecular.

RESULTADOS

Casos de SUH, DAS y DA estudiados según el algoritmo de diagnóstico

En base a este sistema laboratorial es que hasta la semana epidemiología 26 (Primer semestre del año 2024), el LNR recibió muestras para el diagnóstico de la infección por STEC de un total de 368 casos, 124 correspondientes a casos de SUH, 94 a casos de DAS, 94 DA y 56 CA. Aplicando el FDD se confirmó la infección por STEC en el 80%, 45%, 22 % y 25% de los casos, respectivamente, Tabla 1.

Tabla 1. Casos de SUH, DAS y DA estudiados según criterio de diagnóstico durante el primer semestre 2024 incluida la SE26 (n= 368)

Casos estudiados en LNR (n)	Casos asociados a infección por STEC (%)	Casos positivos según criterio diagnóstico		
		Solo Antic. IgM/IgG/Indeterminado O157 /O145 /O121/O103 (n)	Solo PCR+ sin aislamiento (n)	Aislamientos STEC+ (n)
SUH (124)	99 (80%)	57	10	32
DAS (94)	42 (45%)	8	5	29
DA (94)	21 (22%)	4	4	13
CA (56)	14 (25%)	Sin muestra	11	3

Fuente: Laboratorio Nacional de Referencia

Identificación de serotipo y factores de virulencia a través del análisis bioinformático de las secuencias genómicas de los aislamientos de STEC

Como parte del diagnóstico referencial, el ADN extraído de todas las cepas estudiadas (aislamientos de origen clínico, así como los recuperados en el LNR, y del monitoreo de alimentos cárnicos) es enviado para su secuenciación a la Unidad Operativa Centro Nacional de Genómica y Bioinformática de ANLIS. Las secuencias devueltas al LNR son analizadas utilizando algoritmos bioinformáticos verificados por el LNR para ser aplicados en la vigilancia de dicho patógeno.

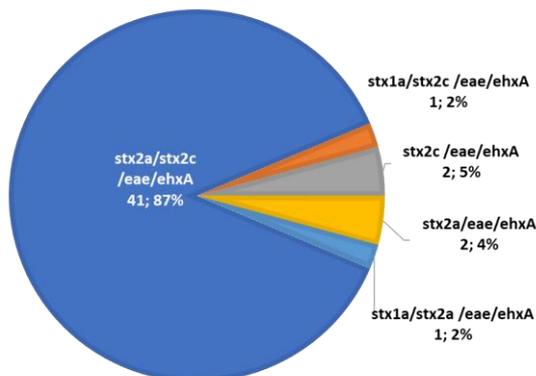
Con la implementación de la SGC, se pudo realizar en menor tiempo la caracterización completa de las cepas STEC de origen clínico (n=78) y alimentos cárnicos (n=22).

Las cepas de origen clínico se identificaron como O157:H7 (n=47; 60%), O145:H28 (n=20; 26%), O103:H2 (n=5; 6%), O26:H11 (n=2; 3%), O91:H21 (n=1; 1%) y con una unidad otros como O48:H7, O31:H49 y O151:H2 que corresponden a aquellos con los que no se contaba con el antisuero correspondiente para su identificación mediante los ensayos de seroaglutinación y PCR.

Las cepas de origen cárnico originadas por monitoreo llevado a cabo por las Instituciones nacionales, municipales y privadas, se identificaron como O157:H7 (n=20), O145:H28 (n=1), O26:H11 (n=1).

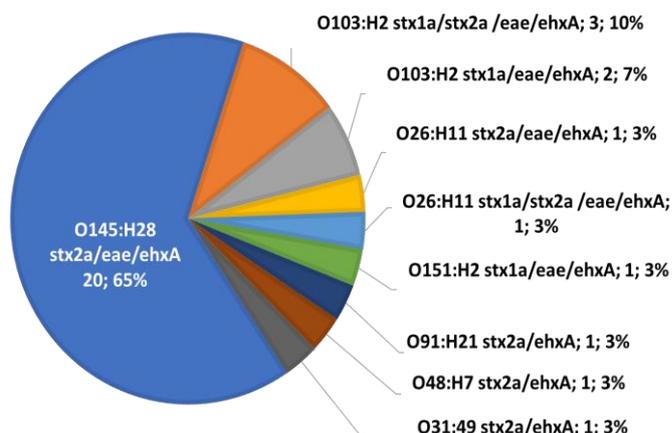
Mediante el análisis por SGC se identificaron los genes que se buscan tradicionalmente para el diagnóstico y otros genes accesorios. En las Figura 2, 3, y 4 se muestran los perfiles de virulencia de las cepas STEC de origen clínico y de alimentos cárnicos. Tanto las cepas STEC O157:H7 de origen clínico, como aquellas aisladas de alimentos (98% y 45 % respectivamente) resultaron ser del Clado 8, asociado a hipervirulencia.

Figura 2. Perfiles de virulencia de cepas STEC O157:H7 de origen clínico. Primer semestre 2024. (n=47)



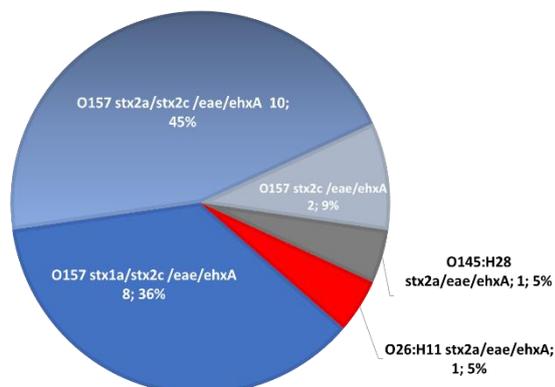
Fuente: Laboratorio Nacional de Referencia

Figura 3. Perfiles de virulencia de cepas STEC no- O157 de origen clínico. Primer semestre 2024. (n=31)



Fuente: Laboratorio Nacional de Referencia

Figura 4. Perfiles de virulencia de cepas STEC O157 y no-O157 de origen cárnico. Primer semestre 2024. (n=22)



Fuente: Laboratorio Nacional de Referencia

Análisis epidemiológico molecular de los casos de infección por STEC asociados a brotes durante el primer semestre del año 2024 (SE26)

En nuestro país, la infección por STEC se presenta en forma esporádica, y como brotes familiares, institucionales o de la comunidad. Los resultados obtenidos a partir de la utilización de metodologías para la vigilancia molecular (análisis por SGC de las secuencias de los patógenos aislados, señal positiva para los genes de *stx* /*rfb*_{O157} por PCR a partir de la muestra de cultivo de materia fecal), junto con los resultados de identificación de anticuerpos anti-LPS y la información epidemiológica, facilitan la identificación de este tipo de eventos.

Con respecto a la relación clonal y análisis de brotes las secuencias obtenidas por SGC fueron analizadas mediante el estudio de polimorfismos de nucleótido único (SNPs) del inglés "Single Nucleotide Polymorphisms". Esto permite identificar una variante genómica en una posición determinada de una sola base en el ADN bacteriano. Al estudiar las secuencias en su conjunto, estas diferencias nos permiten establecer grupos poblacionales de acuerdo a la cantidad de SNPs que presentan.

Durante el primer semestre del 2024, de acuerdo a lo derivado al LNR se detectaron 7 brotes familiares en distintas regiones del país, Figura 5. Se observa en general que todos los eventos tienen la particularidad de incluir a un bajo número de individuos infectados. Seis de los siete casos con enfermedad (SUH y DAS) fueron niños menores de 5 años siendo el séptimo de seis años. De los 11 CA solo dos niños fueron menores de 5. La edad promedio del resto fue de 27 años con un rango entre 7-55 años. El 86% de los niños con SUH o DAS pertenecieron al sexo masculino, mientras que solo un 45% lo fue entre el grupo de los asintomáticos. No hubo fallecidos entre los casos sintomáticos. En la Tabla 2 se describen a cada uno de los brotes y los criterios diagnósticos identificados por evento. Se pudo demostrar por el estudio de relación clonal que los aislamientos del caso y del CA, de los brotes 1 y 7, estaban estrechamente relacionados y cada brote fue considerado causado por cepas de un evento común ya que presentaron 0 SNPs de diferencia entre ellos. En las figuras 6 y 7 se muestran los árboles originados del estudio de las diferencias de SNPs del total de las cepas recuperadas durante este periodo de los serotipos (O157:H7 y O145:H28) más frecuentemente detectados en nuestro país. En cada uno de ellos se señalan los números de las secuencias y brotes identificados. En los árboles se observan secuencias con poca diferencia o nula de SNPs pero al no tener vínculo epidemiológico no pueden considerarse parte de un evento común. Si bien se realizaron las investigaciones por parte de las áreas de epidemiología local, no se pudo identificar la fuente de infección.

Figura 5. Argentina. Distribución espacial de los brotes familiares ocurridos durante el primer semestre 2024 (n=7)



Fuente: Laboratorio Nacional de Referencia

Tabla 2. Brotes familiares de infección asociada a STEC. Período primer semestre de 2024

Nombre del Brote	2024-1 / 2024-2 / 2024-3 / 2024-4 / 2024-5 / 2024-6 / 2024-7
Año /Periodo/mes (n° de brotes)	2024 hasta SE26: Enero (1), Febrero (2), Marzo (1), Abril (1), Mayo (2)
Lugar	Brote 1: La Pampa Brote 2: La Pampa Brote 3: Río Negro Brote 4: Río Negro Brote 5: Jujuy Brote 6: San Luis Brote 7: Córdoba
Nro. de casos relacionados con el evento familiar	Brote 1: SUH y 2 CA Brote 2: DAS y 1 CA Brote 3: SUH y 1 CA Brote 4: SUH y 1 CA Brote 5: SUH y 4 CA Brote 6: SUH y 1 CA Brote 7: SUH y CA
Edad de los casos de SUH y DAS (<5 / ≥5)	6/ 1
Edad de los CA (<5 / ≥5)	2/ 9
Distribución por sexo de los casos de SUH y DAS (M/F)	6/1
Distribución por sexo de los CA (M/F)	5/6
Criterios diagnósticos identificados por evento	Brote 1: SUH (STEC O157:H7) / CA (STEC O157:H7) / CA (PCR señal stx2/rfbO157 sin aislamiento) Brote 2: DAS (STEC O145:H28) / CA (PCR señal stx2 sin aislamiento) Brote 3: SUH (Ac anti-O157+) / CA (STEC O157:H7) Brote 4: SUH (STEC O157:H7) / CA (PCR señal stx2/rfbO157 sin aislamiento) Brote 5: SUH y 4 CA (PCR señal stx2 sin aislamiento) Brote 6: SUH (Ac anti-O157+ y anti-O145) / CA (PCR señal stx2 sin aislamiento) Brote 7: SUH y CA (STEC O157:H7)
SGC Identificación de número de secuencias (En negrita)	Brote 1: SUH (EC1103 STEC O157:H7) / CA (EC1141 STEC O157:H7). Cero SNPs de diferencia Brote 2: DAS (EC1194 STEC O145:H28) Brote 3: CA (EC1214 STEC O157:H7) Brote 4: SUH (EC1270 STEC O157:H7) Brote 5: Sin aislamientos Brote 6: Sin aislamientos Brote 7: SUH (EC1383 STEC O157:H7) y CA (EC1384 STEC O157:H7) Cero SNPs de diferencia

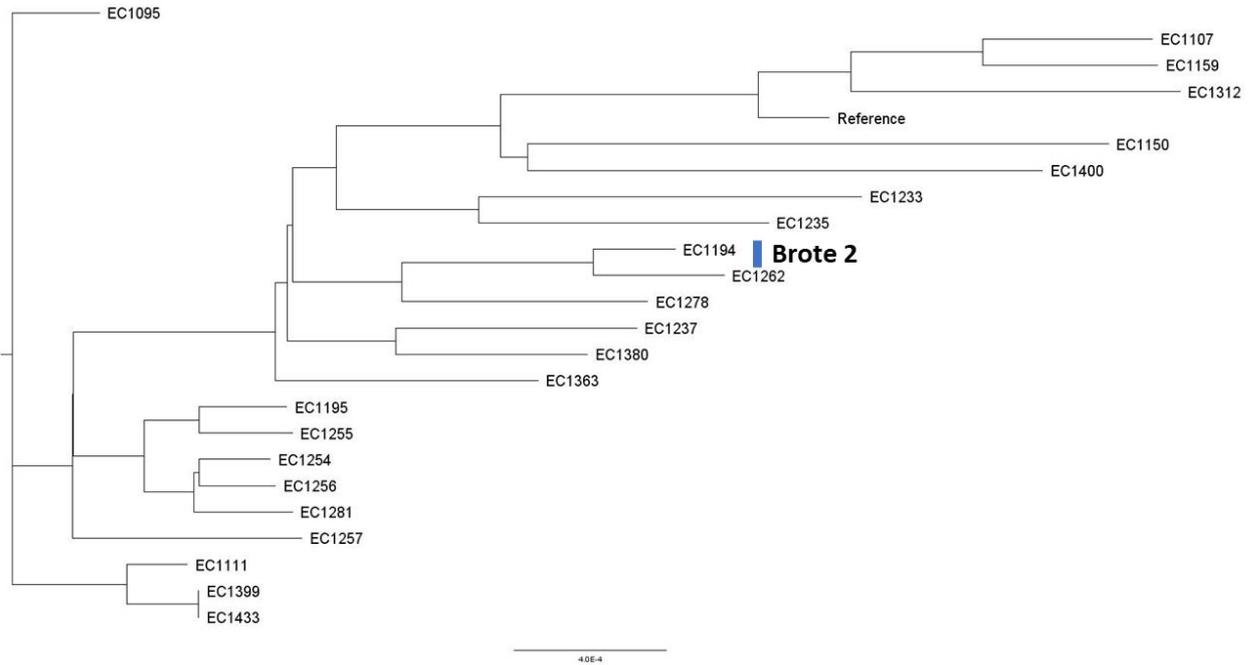
Fuente: Laboratorio Nacional de Referencia

Figura 6. Análisis de la relación clonal entre las cepas STEC O157:H7 de acuerdo al estudio de SNPs. Año 2024 hasta SE26 (n=67)



Fuente: Laboratorio Nacional de Referencia

Figura 7. Análisis de la relación clonal entre las cepas STEC O145:H28 de acuerdo al estudio de SNPs. Año 2024 hasta SE26 (n=21)



Conclusiones:

El flujograma de diagnóstico implementado no solo permite dar un diagnóstico oportuno sino también aporta los resultados para el mejor seguimiento y tratamiento del paciente.

Alcanzar un diagnóstico definitivo a través del aislamiento del patógeno permite la vigilancia de las cepas circulantes, tanto para conocer su virulencia como para controlar la transmisión.

Dado que la dosis infectiva de STEC es muy baja, es posible que acompañando a una infección por STEC, se detecten nuevos casos. Por lo que se recomienda el estudio de los contactos convivientes para detectar la aparición de brotes.

La incorporación de la SGC en el algoritmo de diagnóstico permitió identificar perfiles de virulencia más completos incluyendo la caracterización de los antígenos somáticos "O" y flagelares "H" y aplicar los estudios de vigilancia genómica entre ellos los específicos para la detección de brotes.

En Argentina los perfiles de virulencia de STEC O157:H7 *stx_{2a}/stx_{2c}/eae/ehxA* y de O145:NM[H28] *stx_{2a}/eae/ehxA*, considerados de alta virulencia, continúan circulando con alta frecuencia y son prevalentes, en casos de SUH, DAS y DA.

Es importante destacar que el trabajo en conjunto y en forma oportuna de las diferentes áreas Clínica, Epidemiología, y de Laboratorio logró controlar las infecciones por STEC en muchos de los eventos estudiados.

SUH E INFECCIONES POR STEC: MEDIDAS PREVENTIVAS

Las estrategias de prevención deben ser dirigidas a los distintos actores que participan en toda la cadena de transmisión de la enfermedad:

1) Estrategias de prevención aplicadas a lo largo de las cadenas agroalimentarias involucradas:

a-Prevención en la cadena de la carne.

Promover la aplicación de buenas prácticas ganaderas, Buenas Prácticas de Manufactura –BPM– y Procedimientos Operativos Estandarizados de Saneamiento –POES– a lo largo de la cadena de producción, distribución y comercialización de carne y sus productos derivados (mataderos, frigoríficos, carnicerías y centros de distribución) a fin de minimizar la contaminación y promover la obtención de productos cárnicos inocuos.

b-Prevención en la cadena frutihortícola:

Aplicación de Buenas Prácticas Agrícolas -BPA- y BPM a lo largo de toda la cadena (cosecha, almacenamiento, distribución y venta). Implementación de prácticas y medidas para lograr un alimento seguro, tales como inocuidad del agua de riego y de lavado post cosecha, tratamiento de los abonos, etc.

c-Prevención en la cadena láctea:

Promover la implementación de buenas prácticas en el tambo para una ordeñe higiénica. Aplicación de tratamientos térmicos para la obtención de una leche inocua. Promoción de la utilización de leche pasteurizada para la elaboración de productos derivados.

2) Estrategias de prevención dirigidas a la comunidad:

a-Promover la adopción de prácticas seguras entre las personas que manipulan alimentos en los diversos ámbitos: cocinas/comedores, comercios, instituciones educativas, recreativas y de cuidado, hogares, etc.

b-Toda persona que por su actividad laboral realice tareas que impliquen el contacto con alimentos deberá contar con el carnet de manipulador/a de alimentos vigente.

c-Prácticas a promover:

- **Lavarse minuciosamente las manos** con agua segura y jabón después de ir al baño o cambiar pañales, antes de preparar alimentos y comer, después de tocar carnes y vegetales crudos. También después de tener contacto con animales o su entorno.
- **Evitar la contaminación cruzada:**
 - En las áreas de preparación de alimentos limpiar y desinfectar los equipos y superficies, las tablas de cortar y los utensilios después de que hayan tomado contacto con carne cruda y/o sus jugos.
 - Separar las carnes crudas de los alimentos cocidos o listos para consumir durante la compra, el almacenamiento y la preparación de los mismos.
- **Cocinar completamente las carnes** hasta que no queden partes rojas en su interior ni jugos rosados, (mínimo 71°C en el centro de la pieza), especialmente la carne picada, y sus preparaciones derivadas (hamburguesas, albóndigas, pan de carne arrollado, empanadas, pastel de carne).
- **Lavado de frutas y verduras:**
 - 1) Lavar cuidadosamente frutas y verduras con abundante agua segura, especialmente si se consumen crudas. En el caso de verduras de hoja, lavar hoja por hoja.

2) Desinfectar con solución de agua segura y lavandina, teniendo en cuenta las siguientes pautas:

I. Utilizar lavandina que indique en el rótulo “apta para desinfectar agua” y registrada en ANMAT.

II. Utilizar la cantidad indicada en el envase y dejar actuar el tiempo que allí se menciona.

III. Cantidad sugerida por litro de agua a utilizar:

* Lavandina 25 gr Cl/litro: 5 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe).

* Lavandina 35 gr Cl/litro: 4 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe).

* Lavandina concentrada 55 gr Cl/litro: 2,5 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe).

Esta etapa de desinfección es especialmente importante en restaurantes, cocinas de instituciones educativas; hospitales, lugares de residencia, comedores de entornos laborales, etc.

3) Dejar actuar por 10 minutos y enjuagar con abundante agua segura.

- Evitar el consumo de leche cruda, productos lácteos y jugos sin pasteurizar.
- Usar agua segura para consumo y lavado de alimentos y superficies, así como también para lavado y aseo personal. Cuando haya dudas sobre la inocuidad del agua para beber o cocinar hervirla durante 3 minutos (hasta que salgan burbujas) o agregar dos gotas de lavandina 55 g Cl activo/litro por cada litro de agua o 4 gotas de lavandina 25 g Cl activo/litro por cada litro de agua y dejarla reposar 30 minutos antes de utilizarla (o lo que indique el envase).
- Evitar manipular alimentos si la persona se encuentra con diarrea hasta obtener el alta médica.

● **Lactancia:**

- Preparación de mamaderas: uso de agua segura para el lavado y preparación de fórmulas lácteas y mamaderas limpias y esterilizadas. Uso de leche pasteurizada, Ultra Alta Temperatura (UAT) o materna.
- Lavado de manos antes de amamantar, preparar mamaderas o alimentar con mamadera.

● **En caso de contacto con animales o sus heces:** en granjas, zoológicos, ámbito doméstico, areneros, ámbito laboral (frigoríficos, carnicerías, zoológicos, veterinarios, trabajadores rurales, etc.):

- separar la ropa y el calzado que se hayan utilizado o que pudieran estar contaminados con materia fecal y lavarla separada del resto.
- Evitar ingerir alimentos mientras se realizan actividades con animales y lavarse bien las manos luego de las mismas.

● **En aguas recreacionales:**

- -Proteger, purificar y clorar los sistemas de abastecimiento público de agua; clorar las piletas públicas y de los hogares.
- -Evitar que niños con diarrea jueguen o se bañen en piletas, aún con los pañales colocados.
- -Evitar nadar, bañarse o jugar en el agua de lagos, lagunas, arroyos, canales o ríos que no estén habilitados como aguas de uso recreativo

para bañarse, ya que pueden estar contaminados con efluentes de criaderos de ganado o cloacales.

- Eliminar en forma adecuada los pañales y excrementos humanos de manera que su disposición final no genere una fuente de contaminación que permita la diseminación de la bacteria.

● **Prácticas seguras en jardines maternos y de infantes:**

- Mantener la higiene de instalaciones, piletas y juguetes.
- Facilitar y fomentar el lavado frecuente de manos con agua segura y jabón.
- Evitar el cambio de pañales en las mismas superficies donde se elaboran o consumen alimentos.
- Eliminar los pañales en bolsas cerradas.
- Implementar procedimientos para el manejo seguro de viandas y mamaderas.

3) Programas de vigilancia y control en alimentos:

Implementación de programas de vigilancia y control a fin de monitorear la prevalencia de STEC en los alimentos epidemiológicamente relacionados a lo largo de la cadena agroalimentaria, basados en los criterios microbiológicos establecidos en el Código Alimentario Argentino e identificar patrones que contribuyan a prevenir contaminaciones futuras.

Ante la detección de STEC en alimentos, sin un caso asociado, las áreas de bromatología podrán, cuando lo consideren, alertar a los equipos de epidemiología de la jurisdicción, para promover la búsqueda activa de casos y alertar a los equipos de salud en la sospecha de SUH y diarreas por STEC.

LEPTOSPIROSIS

INTRODUCCIÓN

La leptospirosis es una zoonosis de amplia distribución geográfica que aparece en forma aislada o en brotes epidémicos estacionales causada por una espiroqueta del género *Leptospira*. Constituye un problema emergente de salud pública, al afectar tanto la salud de las personas y los animales como la economía.

Más de 160 especies de animales silvestres y domésticos constituyen el reservorio y la fuente de infección de las personas, que son huéspedes accidentales. Las especies más involucradas son los roedores y los animales domésticos, especialmente el perro, el ganado bovino y el porcino (Msal, 2014).

Esta enfermedad presenta cuadros clínicos variables; desde formas asintomáticas a formas graves que pueden llevar a la muerte. Se caracteriza por presentar fiebre de comienzo repentino, cefalea, mialgias intensas, inyección de las conjuntivas. Puede estar acompañado de: ictericia, insuficiencia renal, meningitis, neumonía -con o sin distrés respiratorio-, hemorragias, uveítis y miocarditis en las formas graves.

Es importante la vigilancia de este evento para elaborar estrategias de prevención y control para mitigar la enfermedad (Msal, 2022).

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Vigilancia del evento Leptospirosis en humanos

La leptospirosis en humanos se vigila bajo el evento “Leptospirosis” con una modalidad individual y periodicidad inmediata. La estrategia de notificación es universal clínica, de laboratorio e investigación epidemiológica. Los brotes se notifican mediante el formulario de notificación de brotes.

Definiciones de caso:

- **Caso sospechoso:** toda persona que presente síndrome febril agudo, con cefalea, mialgia, en ausencia de síntomas en vías aéreas superiores, con epidemiología compatible, seguido o no de ictericia, meningitis, nefropatía, neumonía, hemorragias.
- **Caso Sospechoso – Resultado No Conclusivo:** todo caso sospechoso estudiado por laboratorio por cualquier técnica, con resultado negativo en una única muestra de hasta 10 días de evolución desde el inicio de los síntomas.
- **Caso probable:** todo caso sospechoso sumado a uno o más de los siguientes:
 - Un resultado reactivo para estudios realizados por las siguientes pruebas de tamizaje: Macroaglutinación (Antígeno TR) y/o ELISA.
 - Un resultado reactivo para la prueba de referencia: microaglutinación (MAT) con título menor a 200 en una única muestra.
- **Caso confirmado:** todo caso sospechoso o probable sumado a:
 - En una única muestra, una o más de las siguientes:
 1. MAT (microaglutinación) positiva a un título mayor o igual a 200.
 2. Aislamiento bacteriano.
 3. Detección de genoma bacteriano por PCR.
 - Seroconversión a la MAT, en dos o más muestras, preferentemente con más de 10 días de evolución:
 1. 1er muestra negativa y 2da positiva; o

2. 1ra y 2da muestras positivas con diferencia de al menos 2 títulos entre ellas (directa o inversa).
- **Caso descartado:** todo caso sospechoso con uno o más de los siguientes criterios:
 - Dos muestras en las que NO se observa seroconversión a la MAT (2da muestra con más de 10 días desde fecha de inicio de síntomas)
 - Resultado NO reactivo para ELISA en muestras de más de 10 días de inicio de síntomas.
 - MAT negativa en muestra única de más de 10 días de evolución desde el inicio de síntomas.
 - Diagnóstico laboratorial confirmatorio para otra enfermedad febril.

Vigilancia del evento Leptospirosis canina

La leptospirosis en caninos se vigila bajo el evento “Leptospirosis canina” con una modalidad individual y periodicidad inmediata. La estrategia de notificación es universal, clínica veterinaria, de laboratorio e investigación epidemiológica. Los brotes se notifican mediante el formulario de notificación de brotes.

Las definiciones de caso para este evento son (Msal, 2022):

- **Caso Sospechoso:** Canino con signopatología (síndrome febril agudo, nefropatía (IRA), mialgias, hemorragias, astenia) y epidemiología compatible con leptospirosis. Los antecedentes epidemiológicos sugestivos son: exposición a inundaciones, temporada de lluvias, barro, basurales o contacto con aguas estancadas (pozos, arroyos, lagos o ríos) y/o contacto con animales enfermos o roedores.
- **Caso Probable:** Caso sospechoso con un resultado reactivo para la prueba de referencia: microaglutinación (MAT) con título menor o igual a 1/400 en una única muestra, ya sea a uno o más serogrupos, sin antecedentes de vacunación vigente.
- **Caso Confirmado:** Caso sospechoso o probable con:
 - una única muestra sometida a diagnóstico de MAT (microaglutinación), que resulte positiva a un título mayor o igual a 1/800 frente a uno o más serogrupos, sin antecedentes de haber recibido vacunación en los últimos 6 meses; o
 - Seroconversión a la MAT: la 1ra muestra negativa y la 2da positiva o 1ra y 2da muestra positivas con diferencia de al menos 2 títulos entre ellas. Ambas muestras se toman con un intervalo de 15 días entre cada una; o
 - Aislamiento bacteriano; o
 - Detección de genoma bacteriano por PCR.

Para mayor detalle referirse al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria:

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

Guía dirigida a equipos de salud para el diagnóstico y tratamiento de la Leptospirosis:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-leptospirosis>

La Ficha de Notificación e Investigación epidemiológica de Síndrome Febril Agudo Inespecífico se encuentra disponible en:

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

Ficha de notificación de leptospirosis canina para veterinarios:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/leptospirosis-canina>

Si sos veterinario y tenes dudas acerca de cómo notificar los casos de Leptospirosis canina comunicate con la Coordinación de Zoonosis: zoonosis@msal.gov.ar

NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de la leptospirosis comprende los datos registrados en el SNVS^{2.0} desde la SE 01 2019 a la SE 32 del 2024, mientras que de la leptospirosis canina comprende desde la SE 01 del 2023 a la SE 32 del 2024, ya que este evento se comenzó a notificar a partir de su inclusión en la actualización 2022 del Manual de Normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria.

Los casos se clasificaron según las definiciones del Manual de Normas: confirmado, probable, descartado, sospechoso o sospechoso no conclusivo, acorde a los resultados de laboratorio registrados en cada caso. En aquellos casos sin datos de laboratorio y para el evento Leptospirosis canina se utilizó la clasificación manual consignada.

Los casos se muestran por jurisdicción de residencia consignada en el SNVS^{2.0}, en caso de no tenerla, se muestra por jurisdicción de notificación.

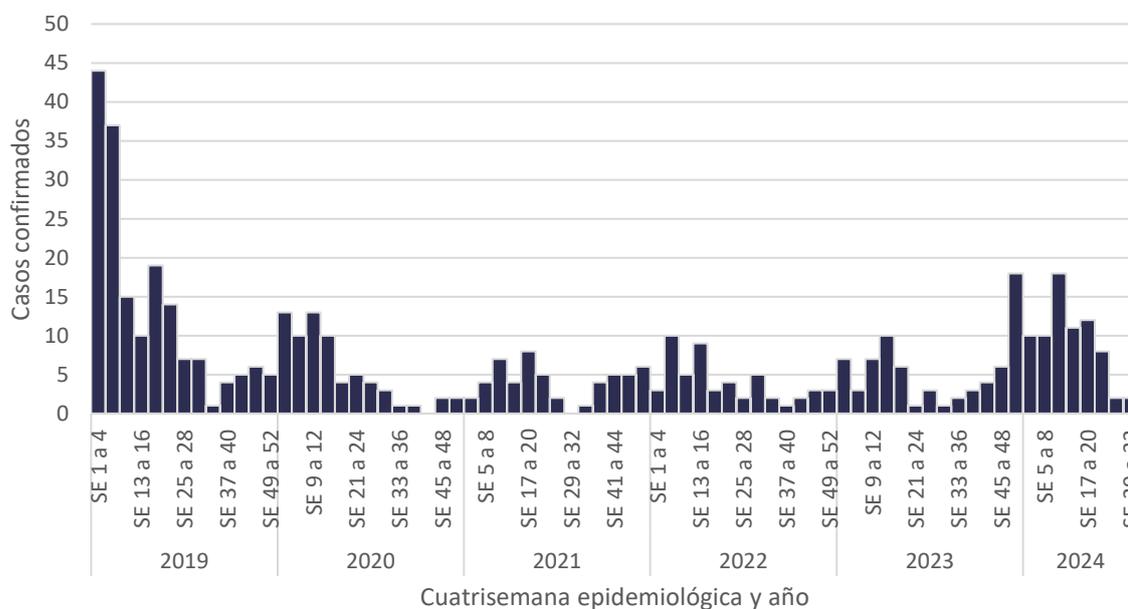
Para la distribución temporal de los casos se considera la fecha mínima, la cual se construye con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra, y, por último, la de apertura si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

SITUACIÓN DE LEPTOSPIROSIS EN ARGENTINA

Durante el periodo bajo análisis (SE 01 2019 a la SE 32 del 2024) se registraron en el evento Leptospirosis en el SNVS^{2.0} 13.406 casos notificados, de los cuales 491 fueron confirmados, 655 probables, 4.613 descartados y los 7.647 restantes fueron clasificados como sospechosos. En cuanto a los confirmados, el 91,5% registra al menos una prueba de laboratorio confirmatoria.

En la curva de casos confirmados (Gráfico 1) se observan, a nivel nacional, presentación de casos en el 68,6% (n=201) de las semanas analizadas, con una mediana de casos por semana de 1 confirmado. La mayor cantidad de casos confirmados se registró en la SE 04/2019 (n=15). Se distingue un patrón estacional en el que se observa un aumento de casos en las últimas semanas del año, presentando picos en las primeras semanas del año siguiente, para luego disminuir. El mayor número de casos se presentó en el 2019 con 174 confirmados, siguiendo el 2023 con 71, el 2020 con 68, el 2021 con 53 y el 2022 con 52. Mientras que desde la SE 01 hasta la SE 32 del 2024 se registraron 73 casos confirmados.

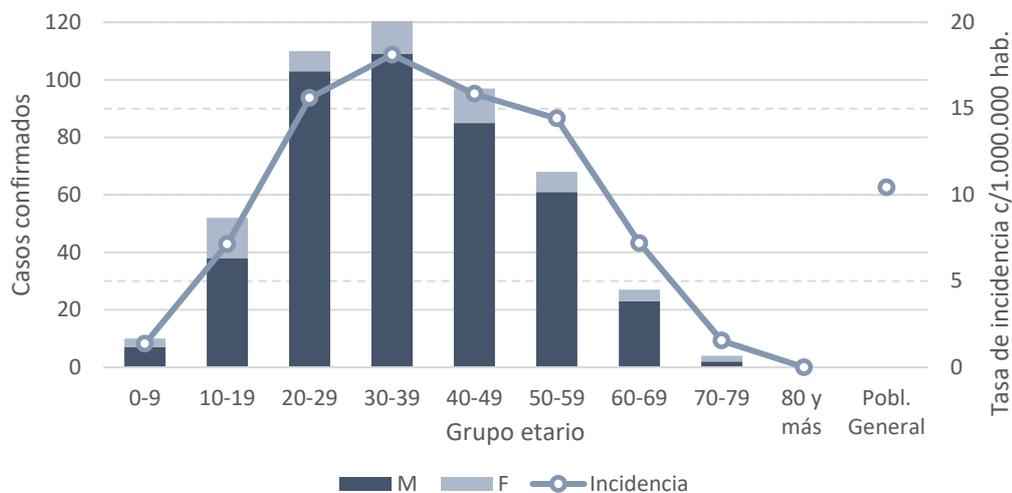
Gráfico 1: Leptospirosis: Casos confirmados por cuatrisesmana epidemiológica, SE 01/2019 a SE 32/2024, Argentina. (n=491).



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).

El 87,3% de los casos correspondió al sexo legal masculino, mientras que el 12,7% restante a sexo legal femenino. Respecto a la distribución por edad, la mediana de edad al momento del diagnóstico fue de 36 años, concentrando el 81,1% (398) de los casos en los grupos etarios de 20 a 59 años. En cuanto a la tasa de incidencia acumulada, el grupo etario de 30-39 años posee la más alta con 18,1 casos confirmados cada 1 millón de habitantes. Los grupos de 20 a 59 años superan la tasa en población general, siendo esta última de 10,4 casos confirmados cada 1 millón de habitantes (Gráfico 2).

Gráfico 2. Leptospirosis: casos confirmados e incidencia acumulada cada 1 millón de habitantes según sexo y grupo etario, SE 01/2019 a SE 32/2024, Argentina. (n=490).



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).

En el período analizado se registraron 20 casos fallecidos, 18 de sexo masculino y 2 femenino, con una mediana de edad de 44,5 años. De estos, 5 corresponden a 2019, 3 a 2020 y 2 a 2023, los 10 restantes se registraron desde la SE 01 a la SE 32 de 2024.

Teniendo en cuenta los años cerrados (2019-2023), de los 418 confirmados para este período, el 86,4% (361) los aportó la región Centro, a expensas principalmente de las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos. El NEA aportó el 7,4% (31) de los casos, seguida por el Sur con el 5% (21) y el NOA con el 1,2% (5), mientras que la región Cuyo no presentó casos confirmados en el período (Tabla 1).

Tabla 1. Leptospirosis: casos confirmados (conf.) y notificados (notif.) según jurisdicción y año, SE 01 a 52 de 2019 a 2023, Argentina.

Jurisdicción	2019		2020		2021		2022		2023	
	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.
Buenos Aires	59	653	17	410	13	288	17	365	31	493
CABA	0	50	1	24	3	15	1	27	1	28
Córdoba	4	97	7	98	1	35	1	64	2	98
Entre Ríos	40	323	19	358	15	189	9	167	17	299
Santa Fe	50	1263	15	1167	15	527	12	523	11	936
Centro	153	2386	59	2057	47	1054	40	1146	62	1854
Mendoza	0	4	0	0	0	1	0	2	0	3
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	8	0	10	0	1	0	8	0	8
Cuyo	0	12	0	10	0	2	0	10	0	11
Chaco	6	243	1	197	1	86	0	46	0	153
Corrientes	0	85	2	71	0	47	0	33	1	23
Formosa	0	4	0	0	0	0	0	1	0	4
Misiones	6	126	4	81	1	36	4	54	5	62
NEA	12	458	7	349	2	169	4	134	6	242
Catamarca	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0
Jujuy	0	185	0	164	0	37	0	89	0	60
La Rioja	0	0	0	1	1	2	0	3	0	0
Salta	1	70	0	57	0	70	0	90	0	110
Sgo del Estero	0	13	0	4	0	2	0	3	0	6
Tucumán	2	27	0	12	0	7	1	26	0	34
NOA	3	296	0	239	1	120	1	212	0	210
Chubut	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1
La Pampa	4	27	1	17	2	9	5	32	1	24
Neuquén	1	31	1	10	0	9	1	21	0	20
Río Negro	1	27	0	12	1	4	1	11	2	11
Santa Cruz	0	5	0	3	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Sur	6	91	2	43	3	25	7	65	3	56
Total País	174	3243	68	2698	53	1370	52	1567	71	2373

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).

El 30,5% (150) de los casos confirmados registró al menos un antecedente epidemiológico. De los mismos, el 52,9% (73) tuvo contacto con roedores, su orina o deposiciones, el 24,6% (34) tuvo contacto con ganado vacuno o porcino, el 21,0% (29) registró contacto con mascotas y el 16,7% (23) realizó actividades recreativas acuáticas (Gráfico 3).

En cuanto a la ocupación, el 24,0% (118) tenían datos, donde el trabajo rural fue del 50,0% (59), trabajadores de frigorífico/matadero el 11% (13), trabajadores de la construcción el 10,2% (12), y pescadores el 9,3% (11).

Gráfico 3. Leptospirosis: antecedente epidemiológico de los casos confirmados. SE 01 2019 a SE 32 2024, Argentina. (n=150).



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).

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL

Durante 2024, hasta la SE 32 se registraron 2.155 casos notificados, de los cuales 73 fueron confirmados, 72 probables, 658 descartados y los 1352 restantes fueron clasificados como sospechosos. En cuanto a los confirmados, el 86,3% registra al menos una prueba de laboratorio confirmatoria.

En la Tabla 2 se observa que a nivel nacional el índice epidémico acumulado para los confirmados y para las notificaciones superan lo esperado. A nivel regional, en cuanto a los confirmados, se puede ver que en las regiones Centro, NEA y NOA el índice epidémico supera los valores esperados, mientras que en la región Sur está dentro de lo esperado. Con respecto a las notificaciones, el índice epidémico de la región Centro supera el umbral, mientras que en Cuyo y NEA está por debajo del mismo, y en las regiones del NOA y del Sur está dentro de los valores esperados.

Tabla 2. Leptospirosis: casos confirmados y notificados por jurisdicción y año e índice epidémico acumulado, Argentina. SE 01 a SE 32 2019-2024.

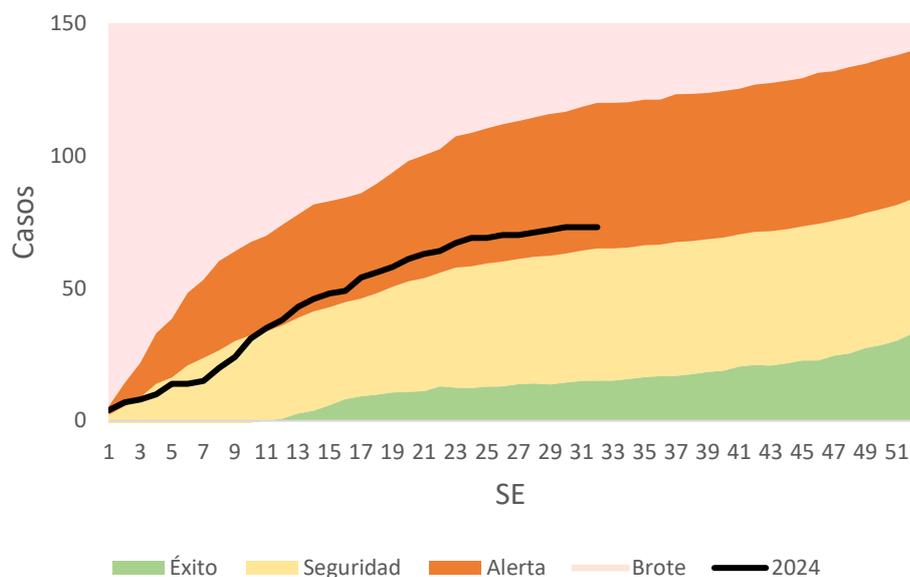
Jurisdicción	Casos confirmados			Casos notificados		
	2024 (SE 01 a SE32)	Mediana 2019-2023 (SE 01 a SE 32)	Índice epidémico acumulado ³⁶	2024 (SE 01 a SE32)	Mediana 2019-2023 (SE 01 a SE 32)	Índice epidémico acumulado
Buenos Aires	15	15	1,00=	516	334	1,54↑
CABA	2	1	2,00↑	18	16	1,13=
Córdoba	3	1	3,00↑	77	61	1,26↑
Entre Ríos	23	8	2,88↑	304	188	1,62↑
Santa Fe	20	11	1,82↑	965	625	1,54↑
Centro	63	33	1,91↑	1880	1249	1,51↑
Mendoza	0	0	-	1	0	-
San Juan	0	0	-	1	0	-
San Luis	0	0	-	3	6	0,50↓
Cuyo	0	0	-	5	7	0,71↓
Chaco	4	0	-	31	133	0,23↓
Corrientes	1	0	-	23	32	0,72↓
Formosa	0	0	-	2	1	2,00↑
Misiones	1	3	0,33↓	42	38	1,11=
NEA	6	3	2,00↑	98	186	0,53↓
Catamarca	0	0	-	1	1	1,00=
Jujuy	0	0	-	30	46	0,65↓
La Rioja	0	0	-	0	1	0,00↓
Salta	1	0	-	79	42	1,88↑
Sgo del Estero	0	0	-	5	4	1,25↑
Tucumán	1	0	-	17	11	1,55↑
NOA	2	1	2,00↑	132	113	1,17=
Chubut	0	0	-	1	0	-
La Pampa	1	1	1,00=	15	16	0,94=
Neuquén	0	0	-	17	8	2,13↑
Río Negro	1	1	1,00=	7	8	0,88=
Santa Cruz	0	0	-	0	0	-
Tierra del Fuego	0	0	-	0	0	-
Sur	2	2	1,00=	40	34	1,18=
Total país	73	41	1,78↑	2155	1589	1,36↑

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).

A partir de la construcción del corredor endémico acumulado se observa que los casos en las primeras semanas epidemiológicas del año se mantienen en zona de seguridad, mientras que a partir de la SE 11/2024 se registra un aumento en comparación al registro de casos históricos, encontrándose en zona de alerta (Gráfico 4).

³⁶ El índice epidémico acumulado es la razón entre los casos observados en el período y los esperados en relación a la mediana del mismo período de los últimos 5 años; índices entre 0,76 y 1,24 se consideran dentro de los valores esperados.

Gráfico 4. Corredor endémico acumulado de casos confirmados de leptospirosis hasta SE 32 de 2024. Argentina. Históricos 5 años: 2019-2023. (n=491)



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).

LEPTOSPIROSIS CANINA

Desde la SE 01 del 2023 a la SE 32 del 2024 se registraron 183 notificaciones en el evento Leptospirosis canina del SNVS^{2.0}. De las mismas, 68 corresponden a casos confirmados, 13 a probables, 36 a descartados y 66 a sospechosos. El 44,1% de los casos confirmados pertenece al año 2023 y el 55,9% a 2024. El 72,1% (49) de los confirmados corresponde a la región Centro, principalmente a las provincias de Entre Ríos y Córdoba (Tabla 3).

Tabla 3. Leptospirosis canina: casos confirmados según jurisdicción. Años 2023/2024, Argentina. (n=68).

Jurisdicción	2023	2024*
Buenos Aires	0	8
CABA	4	1
Córdoba	16	0
Entre Ríos	0	20
Centro	20	29
Jujuy	2	5
La Rioja	1	0
NOA	3	5
Neuquén	7	4
Sur	7	4
Total País	30	38

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).

*Incluye hasta la SE32

RECOMENDACIONES PARA LOS EQUIPOS DE SALUD

- Los síntomas de la leptospirosis pueden parecerse a varias enfermedades, como dengue, influenza, hantavirus, fiebre amarilla, rickettsiosis, brucelosis, malaria, entre otras enfermedades.
- Es importante el diagnóstico correcto (clínico y de laboratorio) al inicio de los síntomas para evitar casos graves.
- Aquellos casos humanos con muestras de menos de 5 días de evolución, es necesario el envío de segundas muestras para poder descartar o confirmar por diagnóstico laboratorial. Las segundas muestras deben contar con al menos 10 días de evolución desde el inicio de los síntomas.

Ante cualquier duda en relación al diagnóstico de laboratorio, comunicarse con el
Laboratorio Nacional de Referencia de Leptospirosis:

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. E. Coni". ANLIS "Dr.
Malbrán"

Dirección: Blas parera 8260 (CP 3000), Santa Fe.

Teléfono: 0342 4892525 y mail de contacto: redleptospirosisinerconi@gmail.com

PREVENCIÓN

Medidas preventivas:

- Educación a la población respecto a los modos de transmisión y a la necesidad de que se evite contacto con aguas y superficies que puedan estar contaminadas.
- Protección adecuada a los trabajadores en riesgo ocupacional con botas y guantes.
- Control de roedores en domicilio y peridomicilio.
- Identificación de áreas o suelos contaminados y, de ser posible, drenaje de las aguas.
- Evitar la acumulación de agua en domicilios y peridomicilio.
- Eliminar la basura y acondicionar escombros, leña, de manera de evitar que sean refugios de roedores.
- Vacunación en caninos.

Medidas ante casos y contactos:

- Tratamiento antibiótico según recomendaciones vigentes.
- Identificar fuente probable para localizar otros expuestos.
- Dar pautas de alarma para consulta precoz ante síntomas o signos compatibles de personas expuestas a la misma fuente (no existe transmisión interhumana).

Medidas ante brotes:

- Identificar la fuente de infección, tales como basurales, criaderos de animales, zonas anegadas u orillas de ríos u arroyos contaminados, para eliminar la contaminación o prohibir su uso. Investigar fuentes ocupacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio de Salud de la Nación. (2022). Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria.

Ministerio de Salud de la Nación. (2014). Enfermedades infecciosas, leptospirosis. Guía para el equipo de salud.

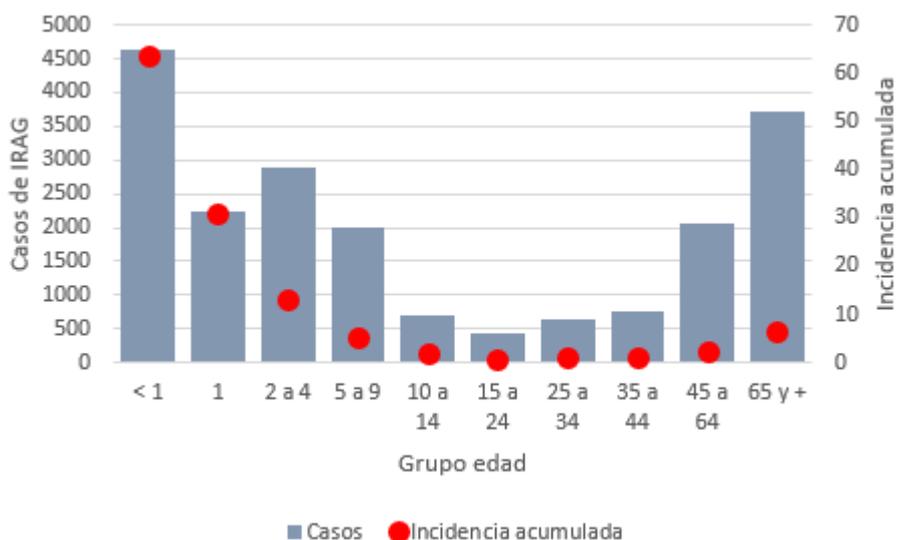
VIGILANCIA DE VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VSR) 2014-2023

La infección por virus sincicial respiratorio (VSR) afecta a todos los grupos de edad, principalmente a lactantes y niños pequeños, adultos mayores y personas con condiciones de riesgo ocasionando una importante carga de morbilidad y mortalidad.

El VSR es un agente etiológico común de infección respiratoria aguda baja en población pediátrica, siendo la bronquiolitis una forma de presentación clínica frecuente en lactantes. La mayoría de los niños se infectan durante los primeros dos años de vida y las reinfecciones son comunes.

A partir del componente de vigilancia de eventos clínicos como parte de la estrategia de vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRAs) en el país, se verifica que el número de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG)³⁷ en internación así como la incidencia acumulada es superior en el grupo de edad de menores de 5 años, particularmente menores de 1 año, así como también en adultos mayores de 65 años y más. (Gráfico 1).

Gráfico 1: Casos de IRAG e incidencia acumulada cada 10.000 habitantes por grupo de edad. SE01-52. Año 2023. Argentina.

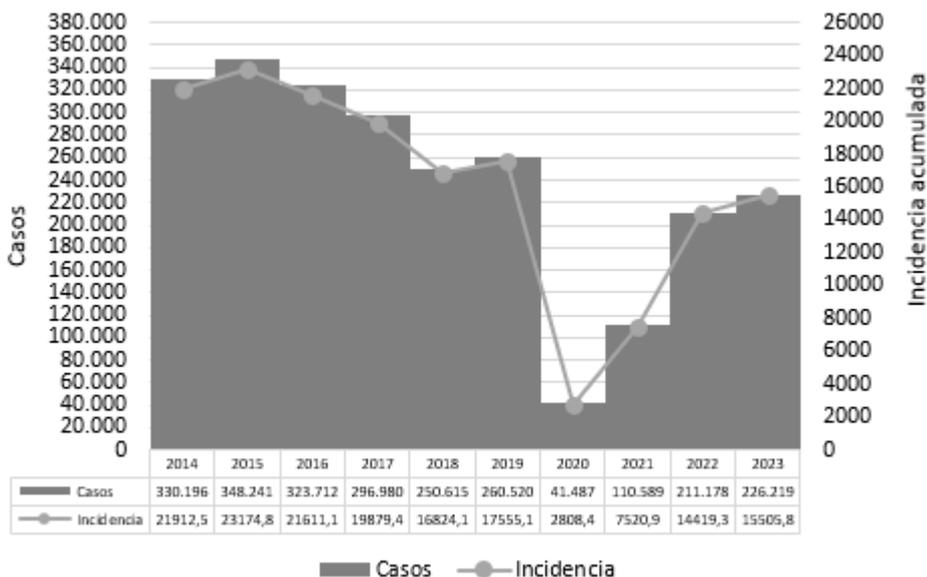


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Entre los años 2014 a 2023 -excluyendo el año 2020- en Argentina se registró un promedio de 262.027 casos anuales de bronquiolitis en menores de 2 años con una incidencia acumulada de 17.600 casos cada 100.000 habitantes. (Gráfico 2).

³⁷ Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Paciente de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre o antecedente de fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, tos e inicio de síntomas dentro de los 10 días y requerimiento clínico de internación.

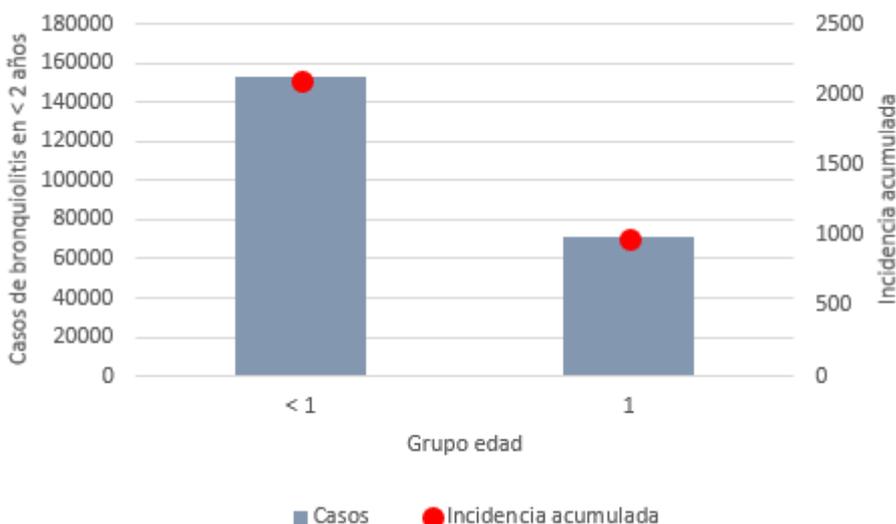
Gráfico 2: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. Total país. SE52. Años 2014-2023 Argentina.



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

Para el 2023, los datos de incidencia acumulada de bronquiolitis en menores de 1 año alcanzan el 20% de la población, detectando el mayor número de casos e incidencia acumulada en este grupo de edad.

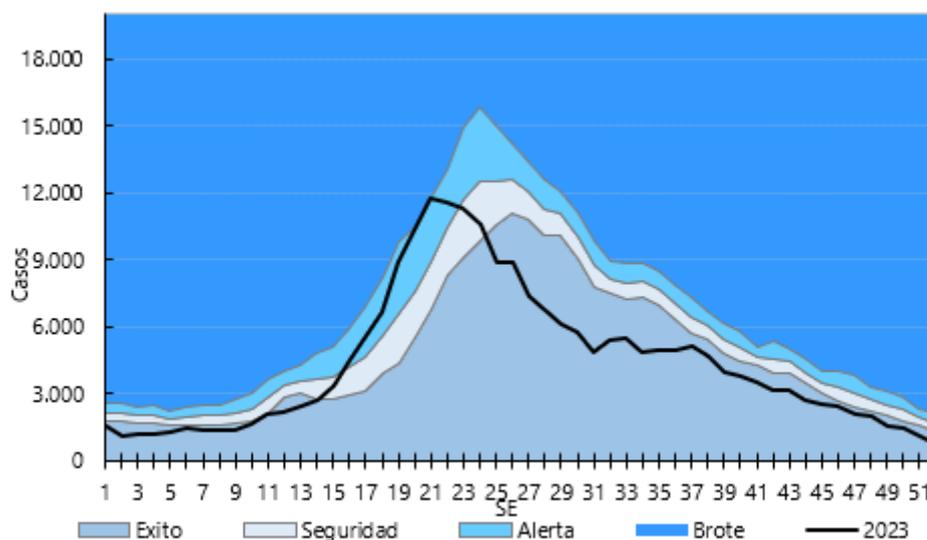
Gráfico 3: Casos e incidencia acumulada de bronquiolitis en < 2 años. SE01-52. Año 2023. Argentina.



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.

Al analizar las notificaciones de bronquiolitis en menores de 2 años para el año 2023, se observa que en las primeras 13 semanas del año se encontraron dentro de los límites esperados. A partir de la SE14 se registra un ascenso estacional en el número de casos mostrándose en niveles de alerta entre las semanas 16 a 22. En comparación con años previos, el pico estacional se adelantó 3 semanas, con el mayor número de notificaciones registrado en SE21. En las siguientes semanas epidemiológicas se observa un descenso, permaneciendo en niveles esperados entre las SE25 y 52.

Gráfico 4: Bronquiolitis en < 2 años: Corredor endémico Semanal. 5 años: 2015 a 2019. SE01-52 de 2023. Argentina.

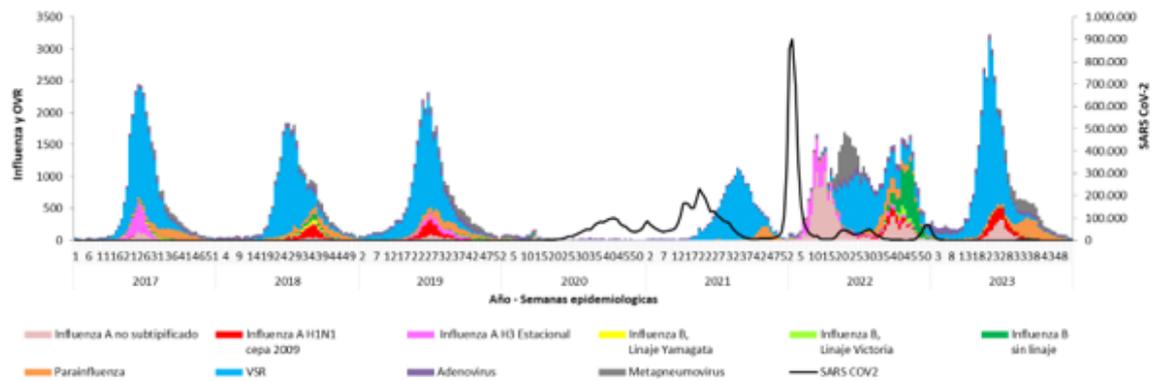


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana epidemiológica mostró un marcado descenso para el año 2020, en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 se reanuda la circulación de virus respiratorios distintos de SARS CoV-2, -a expensas fundamentalmente de VSR, con una circulación que inicia en SE20 -más tardía que la registrada en los años previos. Durante el año 2022 se registró un comportamiento inusual en relación a la frecuencia y distribución de virus respiratorios, con un inicio de la actividad de VSR también a partir de la SE20 y posterior al primer ascenso de casos de influenza.

Para el año 2023, se destaca el ascenso pronunciado de los casos de VSR, con un inicio más temprano de la actividad estacional en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022; con valores de positividad similares a los registrados en los años prepandémicos. (Gráfico 5). Esto significa un aumento en la demanda de atención en los servicios de salud tanto en ambulatorio como en internación, que puede aumentar la presión sobre los recursos y capacidades disponibles. Si bien para años históricos se ha evaluado un comportamiento estacional de VSR en el país, se describe el comportamiento algo inusual que ha presentado a partir del desarrollo de la pandemia de COVID-19.

Gráfico 5: Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. Años 2017- 2023. 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.

ANÁLISIS DE ESTACIONALIDAD DE VSR³⁸

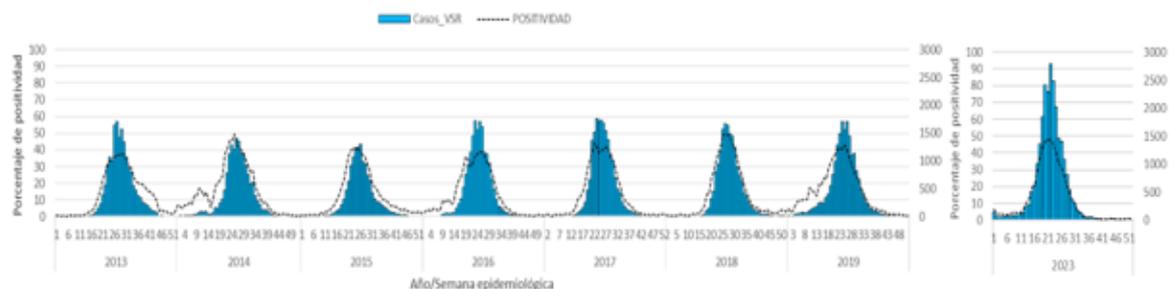
Para analizar la estacionalidad de VSR se tomaron en este análisis los casos notificados entre los años 2013 - 2019 y 2023 (excluyendo los años 2020 – 2022, por considerarse años inusuales con motivo de la pandemia de SARS CoV-2).

Durante el periodo analizado, **la circulación del VSR para el total país tiene una mediana de inicio en SE14 y una mediana de fin de estación en SE37**, con un mínimo de inicio y final de estación en SE8 y SE45.

Sin embargo, se debe considerar que este comportamiento es diferencial para las distintas regiones del país (mínimo y máximo en SE01 y SE52 respectivamente para región NOA y en SE17 y SE52, para región Sur).

En este sentido, es importante sostener y fortalecer la vigilancia epidemiológica de virus respiratorios durante todo el año para continuar monitoreando el comportamiento de VSR e implementar de manera oportuna las medidas de prevención y control.

Gráfico 6: Casos confirmados de VSR y % de positividad por año y semana epidemiológica. Años 2013-2019; 2023. 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 2.0.

Tabla 2: Semana de inicio y finalización de la circulación de VSR por región del país. Años 2013-2019; 2023. Argentina.

TOTAL PAIS																																																			
REGION CENTRO																	REGION CUYO																																		
REGION NSA																	REGION NOA																																		
REGION SUR																																																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Semanas epidemiológicas																																																			

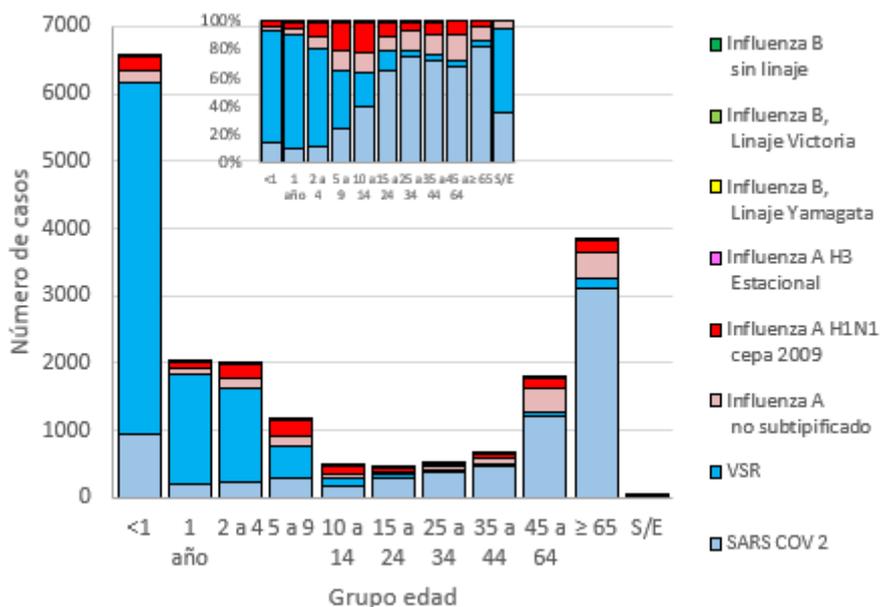
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

³⁸ Para el análisis de estacionalidad, como fuente de información se consideraron las muestras estudiadas y positivas para VSR en casos ambulatorios y hospitalizados notificadas al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS.2.0. *Inicio de la circulación estacional de VSR*: Se considera la primera de dos semanas consecutivas con al menos 10% de positividad y una tendencia ascendente en el número de casos confirmados de al menos 5 semanas. *Fin de la circulación estacional de VSR*: Se considera la última de dos semanas consecutivas con menos de 10% de positividad y una tendencia descendente en el número de casos confirmados de al menos 5 semanas.

ANÁLISIS POR GRUPO DE EDAD

En relación a la distribución por grupos de edad de las detecciones correspondientes al año 2023 en casos hospitalizados por IRA, el mayor número de casos positivos para VSR se observó en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año.

Gráfico 7: Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. Año 2023. 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.

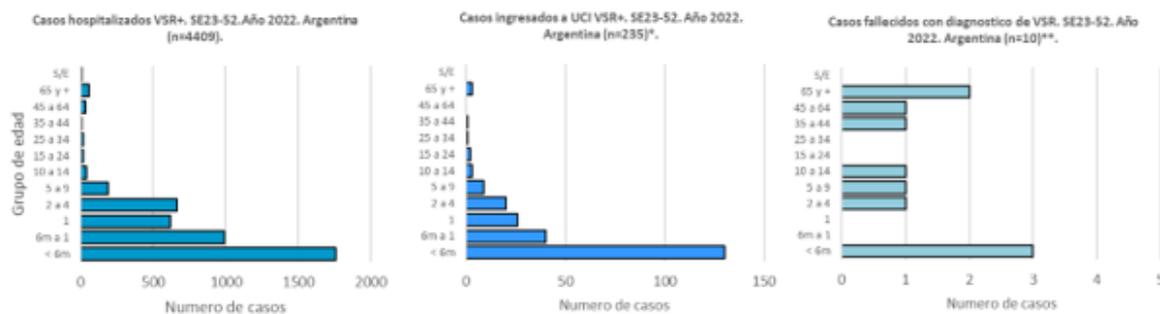
A partir de la implementación del componente de vigilancia universal de casos internados por IRA, se verifica que entre las SE23 - 52 del año 2022 se notificaron 4409 casos internados con diagnóstico de VSR, de los cuales 62.37% son menores de 1 año (39.90% menores de 6 meses). Para el periodo analizado, entre 235 casos positivos para VSR con registro de requerimiento de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se verifica que 72.34% son menores de 1 año (55.32% menores de 6 meses). (Gráfico 4).

Asimismo, entre las SE01-52 del año 2023, fueron registrados al componente universal 9086 casos internados con diagnóstico de VSR, siendo el 57.20% menor de 1 año (39.30% menor de 6 meses) y 17.7% de 1 a 2 años. Para el parámetro temporal analizado, de 549 casos con registro de ingreso a UCI, el 65.57% es menor de 1 año (51.37% menor de 6 meses) y el 16.58% de 1 a 2 años. (Gráfico 5).

En relación a los casos con registro de fallecimiento y diagnóstico de VSR al Sistema Nacional de Vigilancia, se observa que el mayor número de casos corresponde a los grupos de edad de menos de 6 meses y de 65 años y más.³⁹

Adicionalmente, en las Unidades Centinela de IRAG también el mayor número de casos internados con diagnóstico de IRAG y positivos para VSR correspondió a los menores de 1 año, particularmente a los menores de 6 meses.

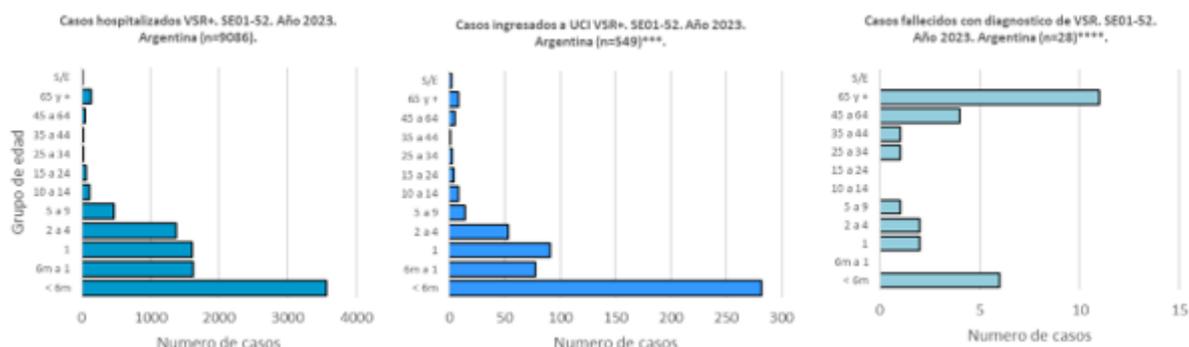
³⁹ La vigilancia de VSR se basa fundamentalmente en la red de Unidades Centinela y los casos registrados en el Sistema de Vigilancia no representan el universo de las personas afectadas por VSR. Se consideraron los casos registrados en el SNVS con la condición de fallecido y de diagnóstico confirmado para VSR.

Gráfico 8: Vigilancia universal de VSR en casos internados. SE23-52. Año 2022. 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 2.0.

*2022: De 1373 casos VSR+ con dato de ingreso a UCI registrado al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS.2.0, 235 fueron registrados con requerimiento de UCI.

**Hay 3434 casos sin datos de evolución.

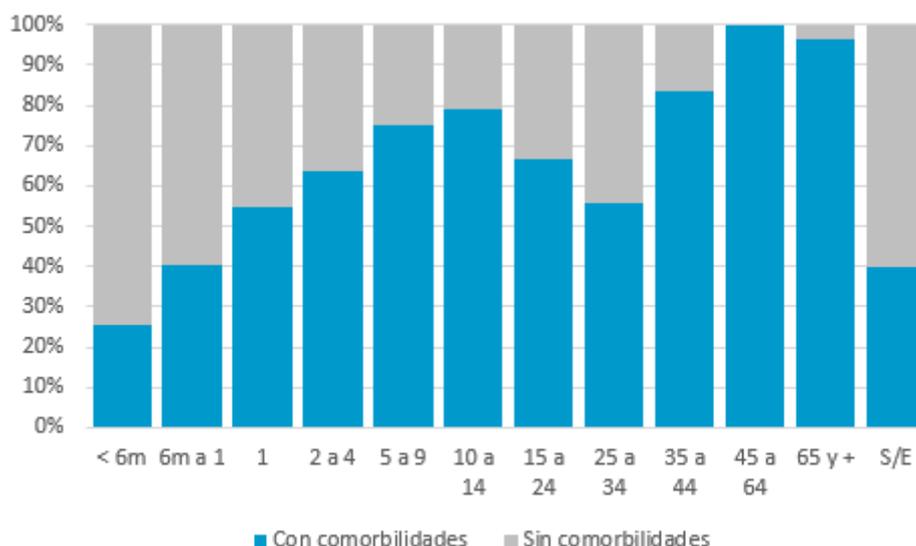
Gráfico 9: Vigilancia universal de VSR en casos internados. SE01-52. Año 2023. Total País.

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 2.0.

***2023: De 2949 casos VSR+ con dato de ingreso a UCI registrado al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS.2.0, 549 fueron registrados con requerimiento de UCI.

**** Hay 6380 casos sin dato de evolución.

Entre los casos internados con diagnóstico de VSR que presentan registro de comorbilidades al SNVS.2.0, se observa que, en los menores de 1 año, la proporción de casos sin comorbilidades es mayor en comparación con aquellos que presentan alguna comorbilidad. Mientras que en el grupo de 1 a 2 años de edad, la proporción de casos con información de comorbilidades es de 55%. (Gráfico 10).

Gráfico 10: Distribución porcentual de notificaciones de comorbilidad por grupo de edad. Año 2023 (n= 1970).

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.

* Hay 7116 casos hospitalizados sin dato de comorbilidad

En menores de 2 años internados con diagnóstico de VSR que cuentan con registro de comorbilidades al SNVS 2.0, los antecedentes más frecuentes son bronquiolitis previa, prematuridad, enfermedad pulmonar, bajo peso al nacimiento, enfermedad neurológica crónica y enfermedad cardíaca.

SITUACIÓN INTERNACIONAL DE VSR

En junio de 2023, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), emitieron una alerta epidemiológica relacionada a la circulación de influenza, VSR y SARS CoV-2, considerando el aumento de la actividad de los virus respiratorios a niveles prepandémicos y las hospitalizaciones asociadas, predominantemente entre niños menores de 2 años. Se destacó la importancia de adoptar las medidas necesarias de prevención y control de casos graves, asegurando altas coberturas de vacunación en grupos de alto riesgo, un manejo clínico apropiado, la adecuada organización de los servicios de salud y el cumplimiento estricto de las medidas de control de prevención de infecciones, suministro adecuado de antivirales y el tratamiento oportuno para las complicaciones asociadas.

Durante el año 2020, en el marco de la pandemia de COVID-19, varios países informaron una reducción en las detecciones de VSR. En virtud de la relajación de las medidas de salud pública conforme el avance de la situación epidemiológica, surgieron patrones epidémicos inusuales para VSR tanto en temporalidad como en número de casos.

En el transcurso del año 2023, en la Región de las Américas hubo dos picos de VSR, alrededor del mes de enero y mayo.⁴⁰ En algunos países de la Región se observó un aumento pronunciado del número

⁴⁰ [Respiratory Syncytial Virus \(RSV\) Situation - Region of the Americas - PAHO/WHO | Pan American Health Organization](#)

de casos de VSR con inicio de la actividad adelantado en comparación con los últimos tres años y un número de casos superior entre enero y mayo en comparación con años previos.⁴¹

Carga de enfermedad:

El VSR causa una significativa carga de enfermedad en población pediátrica. Es un agente etiológico frecuente de las infecciones respiratorias agudas bajas, las cuales globalmente, representan la segunda causa más común de mortalidad en menores de 5 años.⁴²

En 2019, a nivel mundial, se estimaron 3.6 millones de hospitalizaciones y 101.400 muertes por todas las causas atribuibles a VSR en menores de 5 años (2.2% de muertes a nivel mundial son asociadas a VSR, siendo 1 de cada 50 fallecimientos en este grupo de edad). Los menores de 6 meses son los más afectados, representando el 39% de las hospitalizaciones y el 45% de las muertes en menores de 5 años. Dentro de este grupo, los lactantes de menos de 3 meses constituyen aproximadamente el 50% de las hospitalizaciones.⁴³

Más del 99% de las muertes asociadas a VSR en población pediátrica ocurren en países de bajos y medianos ingresos y más del 50% de las muertes asociadas a VSR en menores de 6 meses ocurren fuera del hospital.⁴⁴

Con respecto a los cuadros clínicos de presentación asociados a VSR, la bronquiolitis es la principal causa de ingreso hospitalario por enfermedad respiratoria entre niños menores de 1 año y se asocia con aproximadamente 1 de cada 13 visitas de atención primaria.⁴⁵

En cuanto a la región de las Américas, en Estados Unidos, se estimaron entre 58.000 y 80.000 hospitalizaciones y entre 100 y 300 muertes asociadas al VSR por año entre los menores de 5 años.

⁴¹ OPS. Alerta epidemiológica Influenza, virus respiratorio sincitial y SARS-CoV-2. 6 de junio de 2023. Disponible en: [Alerta epidemiológica - Influenza, virus respiratorio sincitial y SARS-CoV-2 - 6 de junio de 2023 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁴² GBD 2019 Under-5 Mortality Collaborators. Global, regional, and national progress towards Sustainable Development Goal 3.2 for neonatal and child health: all-cause and cause-specific mortality findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021 Sep 4;398(10303):870-905. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01207-1. Epub 2021 Aug 17. PMID: 34416195; PMCID: PMC8429803.

⁴³ Li Y, Wang X, Blau DM, Caballero MT, Feikin DR, Gill CJ, Madhi SA, Omer SB, Simões EAF, Campbell H, Pariente AB, Bardach D, Bassat Q, Casalegno JS, Chakhunashvili G, Crawford N, Danilenko D, Do LAH, Echavarría M, Gentile A, Gordon A, Heikkinen T, Huang QS, Jullien S, Krishnan A, Lopez EL, Markić J, Mira-Iglesias A, Moore HC, Moyes J, Mwananyanda L, Nokes DJ, Noordeen F, Obodai E, Palani N, Romero C, Salimi V, Satav A, Seo E, Shchomak Z, Singleton R, Stolyarov K, Stoszek SK, von Gottberg A, Wurzel D, Yoshida LM, Yung CF, Zar HJ; Respiratory Virus Global Epidemiology Network; Nair H; RESCEU investigators. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022 May 28;399(10340):2047-2064. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00478-0. Epub 2022 May 19. PMID: 35598608; PMCID: PMC7613574.

⁴⁴ Mazur NI, Terstappen J, Baral R, Bardají A, Beutels P, Buchholz UJ, Cohen C, Crowe JE Jr, Cutland CL, Eckert L, Feikin D, Fitzpatrick T, Fong Y, Graham BS, Heikkinen T, Higgins D, Hirve S, Klugman KP, Kragten-Tabatabaie L, Lemey P, Libster R, Löwensteyn Y, Mejias A, Munoz FM, Munywoki PK, Mwananyanda L, Nair H, Nunes MC, Ramilo O, Richmond P, Ruckwardt TJ, Sande C, Srikantiah P, Thacker N, Waldstein KA, Weinberger D, Wildenbeest J, Wiseman D, Zar HJ, Zambon M, Bont L. Respiratory syncytial virus prevention within reach: the vaccine and monoclonal antibody landscape. *Lancet Infect Dis*. 2023 Jan;23(1):e2-e21. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00291-2. Epub 2022 Aug 8. PMID: 35952703; PMCID: PMC9896921.

⁴⁵ Hall CB, Weinberg GA, Iwane MK, Blumkin AK, Edwards KM, Staat MA, Auinger P, Griffin MR, Poehling KA, Erdman D, Grijalva CG, Zhu Y, Szilagyi P. The burden of respiratory syncytial virus infection in young children. *N Engl J Med*. 2009 Feb 5;360(6):588-98. doi: 10.1056/NEJMoa0804877. PMID: 19196675; PMCID: PMC4829966.

Entre los niños menores de 2 años hospitalizados por VSR, se evaluó que más del 70% no tenía antecedente de prematuridad o comorbilidades.^{46,47}

En Chile, durante el año 2023 a partir de la vigilancia centinela IRAG se detectaron 1.639 casos de VRS, de los cuales el 67% de los casos fue en menores de 2 años, seguido de 17% en población de 2 años a menores de 5 años y 7% en mayores de 60 años. Entre los casos reportados y hasta la SE 52, hubo 503 casos ingresados a UCI y 17 fallecidos.⁴⁸

⁴⁶ Fleming-Dutra KE, Jones JM, Roper LE, Prill MM, Ortega-Sanchez IR, Moulia DL, Wallace M, Godfrey M, Broder KR, Tepper NK, Brooks O, Sánchez PJ, Kotton CN, Mahon BE, Long SS, McMorro ML. Use of the Pfizer Respiratory Syncytial Virus Vaccine During Pregnancy for the Prevention of Respiratory Syncytial Virus-Associated Lower Respiratory Tract Disease in Infants: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2023. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2023 Oct 13;72(41):1115-1122. doi: 10.15585/mmwr.mm7241e1. PMID: 37824423; PMCID: PMC10578951.

⁴⁷ Rha B, Curns AT, Lively JY, Campbell AP, Englund JA, Boom JA, Azimi PH, Weinberg GA, Staat MA, Selvarangan R, Halasa NB, McNeal MM, Klein EJ, Harrison CJ, Williams JV, Szilagyi PG, Singer MN, Sahni LC, Figueroa-Downing D, McDaniel D, Prill MM, Whitaker BL, Stewart LS, Schuster JE, Pahud BA, Weddle G, Avadhanula V, Munoz FM, Piedra PA, Payne DC, Langley G, Gerber SI. Respiratory Syncytial Virus-Associated Hospitalizations Among Young Children: 2015-2016. *Pediatrics.* 2020 Jul;146(1):e20193611. doi: 10.1542/peds.2019-3611. Epub 2020 Jun 16. PMID: 32546583.

⁴⁸ LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANTICUERPO MONOCLONAL CONTRA EL VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL (VRS) NIRSEVIMAB. Departamento de Inmunizaciones División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Marzo 2024.

**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 16 y el 21 de agosto del 2024.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA MPOX – REGIÓN DE LAS AMÉRICAS - OPS

El 14 de agosto de 2024, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), determinó que el resurgimiento de Mpox en la República Democrática del Congo (RDC) y en un número creciente de países de África constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). Se están desarrollando recomendaciones temporales con aportes del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional, las cuales estarán disponibles en los próximos días.

La aparición y la rápida propagación de una nueva cepa del virus en la República Democrática del Congo, el clado Ib, que parece propagarse principalmente a través de redes sexuales, y su detección en países vecinos de la República Democrática del Congo son una de las principales razones de la declaración de la ESPII. Un resumen de esta situación se brindó en la Alerta Epidemiológica emitida el 8 de agosto del 2024.

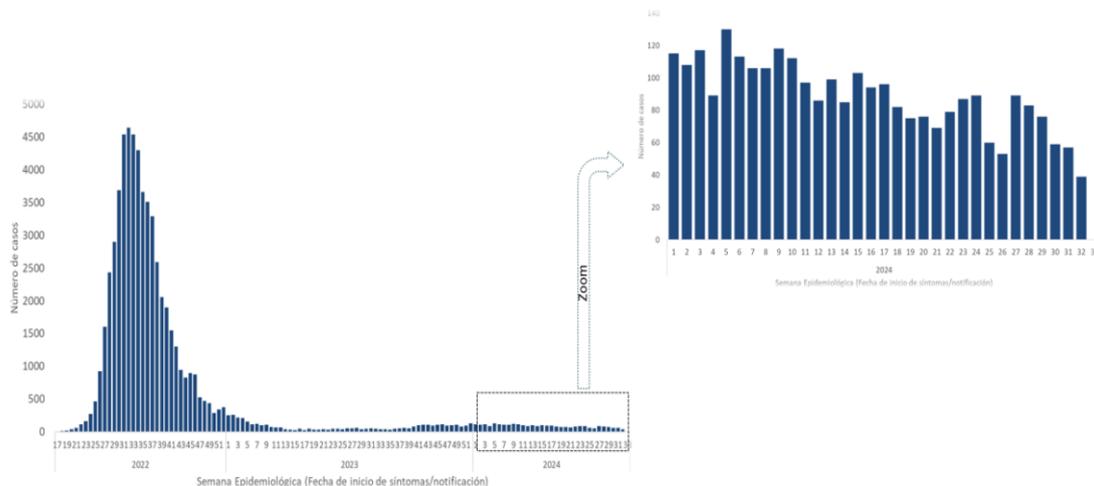
La presente Actualización Epidemiológica brinda un resumen de la situación en las Américas con base a los casos notificados a la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) y lo publicado en los sitios oficiales de los Ministerios y Agencias de Salud de las Américas. Está sujeto a cambios en la medida que se hagan ajustes retrospectivos de los datos.

Desde el 2022 hasta el 17 de agosto del 2024, se notificaron 63.270 casos confirmados de Mpox, incluidas 141 defunciones en 32 países y territorios de la Región de las Américas. La mayor proporción de casos se registró durante el año 2022 (90%), con el mayor número de casos notificados en la semana epidemiológica (SE) 32. A partir de allí se observó un descenso progresivo de casos. Si bien durante la SE 48 del 2022 se registró un ligero aumento de casos, la tendencia al descenso continuó durante el 2023 y el 2024.

De 59.729 casos con información disponible sobre el sexo y la edad, el 80% corresponde a hombres entre 20 a 44 años y 777 casos a menores de 18 años en 15 países de la Región. De 18.948 casos con información disponible sobre la orientación sexual, el 70% se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).

Desde la SE 1 del 2023 hasta la SE 33 del 2024, dieciséis países reportaron casos a la OPS/OMS: Argentina (n=132 casos), Bahamas (n=2 casos), Bolivia (n=5 casos), Brasil (n=1.541 casos), Canadá (n=231 casos), Chile (n=60 casos incluyendo una defunción), Colombia (n=200 casos), Costa Rica (n=124 casos incluyendo una defunción), Ecuador (n= 267 casos), Estados Unidos de América (n=3.442 casos incluyendo 8 defunciones), Guatemala (n=104 casos incluyendo una defunción), Honduras (n=30 casos), México (n=392 casos incluyendo 13 defunciones), Panamá (n=152 casos incluyendo una defunción), Paraguay (n=73 casos) y Perú (n=241 casos) (4 - 19). En 2024, fueron 13 los países que registraron casos: Argentina (n= 8 casos), Bolivia (n= 1 caso), Brasil (n= 702 casos), Canadá (n= 162 casos), Chile (n= 7 casos), Colombia (n= 111 casos), Costa Rica (n= 1 caso), Ecuador (n= 4 casos) Estados Unidos (n= 1.716 casos y una defunción) Guatemala (n= 1 caso), México (n=53 casos), Panamá (n=4 casos) y Perú (n=77 casos).

Gráfico 1. Casos confirmados de Mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación. Región de las Américas, hasta el 17 de agosto de 2024.



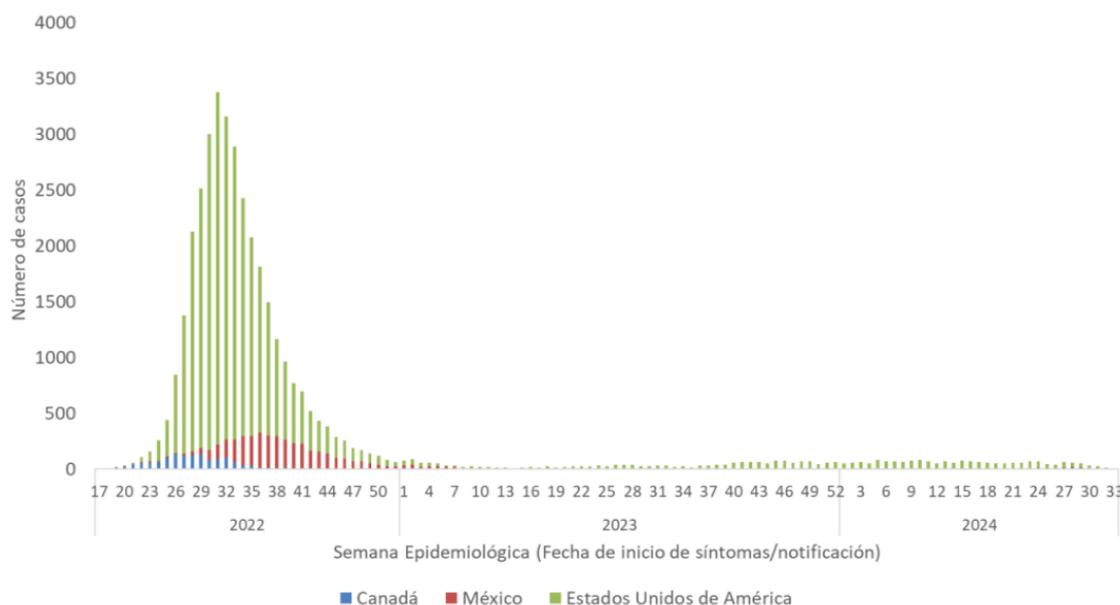
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Tablero de casos de Mpox - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024 [citado el 17 de agosto del 2024]. Disponible en inglés en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/> y de los datos notificados a la OPS/OMS por los Centros Nacionales de Enlace.

La mayoría de los casos notificados en la Región de las Américas fueron identificados a través de servicios de atención a personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud sexual o centros de atención primaria y/o secundaria de salud, involucrando principalmente, pero no exclusivamente, a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) (20). La vigilancia genómica identificó al clado IIb en todos los casos analizados, el cual sigue siendo el único detectado hasta la fecha en la Región.

Resumen de la situación actual por Subregión

En la subregión de **América del Norte**, desde el 2022 hasta el 17 de agosto del 2024, se registraron 39.149 casos de Mpox, incluidas 94 defunciones. La mayor proporción de casos se registró en los **Estados Unidos** con el 85% de los casos. Durante el 2024, los tres países que conforman esta subregión han notificado casos.

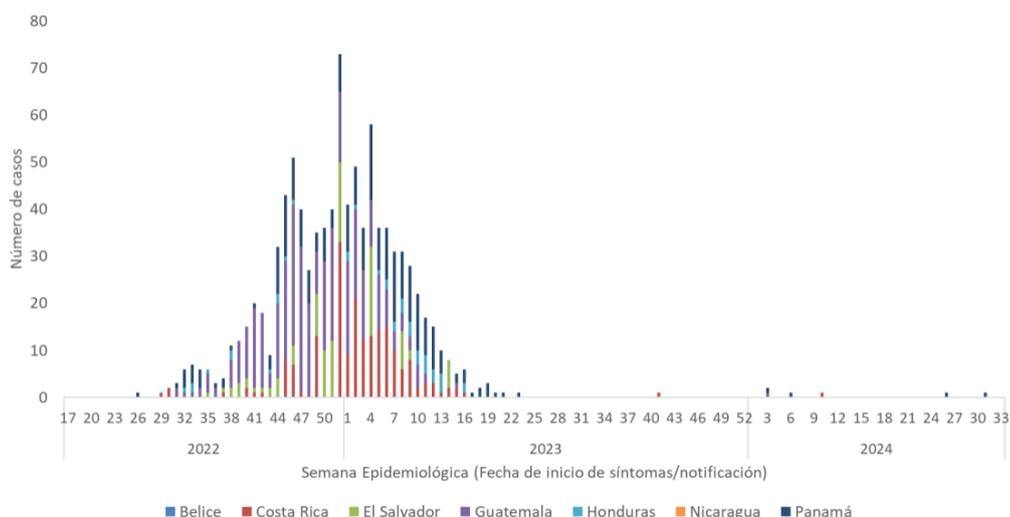
Gráfico 2. Casos confirmados de Mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación y país. Subregión América del Norte, hasta el 17 de agosto de 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Tablero de casos de Mpox - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024 [citado el 17 de agosto del 2024]. Disponible en inglés en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/> y de los datos notificados a la OPS/OMS por los Centros Nacionales de Enlace.

En la subregión de **Centro América**, desde el 2022 hasta el 17 de agosto del 2024, se registraron 1.024 casos de Mpox, incluidas tres defunciones. La mayor proporción de casos se registró en **Guatemala** con el 40% de los casos. Dentro de los países que conforman esta subregión **Costa Rica**, **Guatemala** y **Panamá** registraron casos en el 2024.

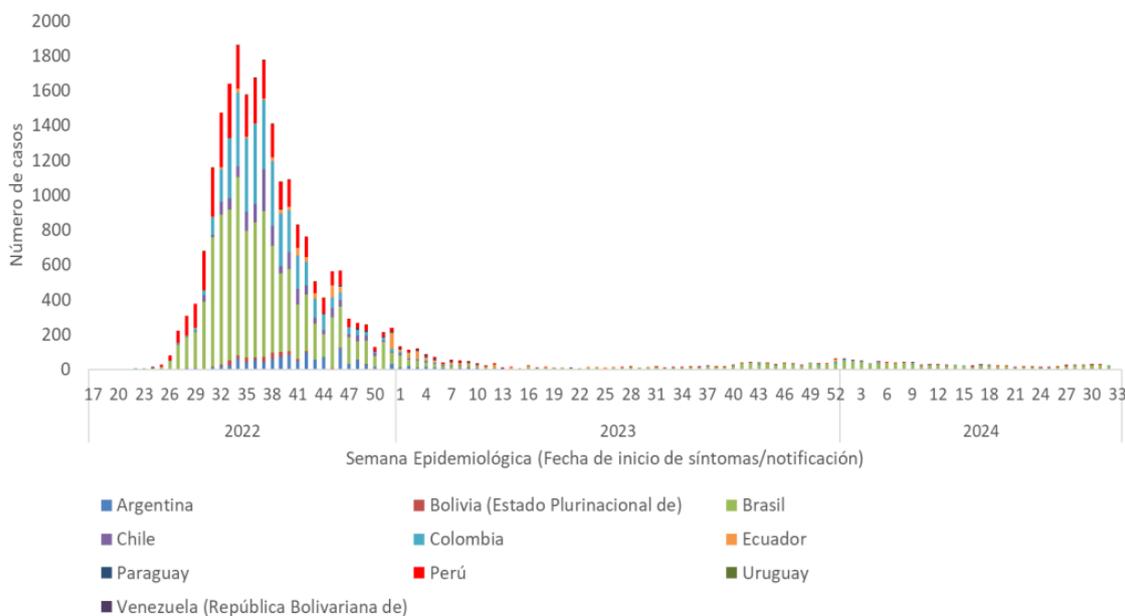
Gráfico 3. Casos confirmados de Mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación y país. Subregión Centro América, hasta el 17 de agosto de 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Tablero de casos de Mpox - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024 [citado el 17 de agosto del 2024]. Disponible en inglés en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/> y de los datos notificados a la OPS/OMS por los Centros Nacionales de Enlace.

En la subregión de **América del Sur**, diez países han registrado casos, y desde el 2022 hasta el 17 de agosto del 2024 se reportaron 22.990 casos de Mpox, incluidas 44 defunciones. La mayor proporción de casos se registró en **Brasil** con el 49% de los casos, seguido por Colombia con el 19 % y Perú 17%. Dentro de los países que conforman esta subregión siete países registran casos en el 2024: **Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú**.

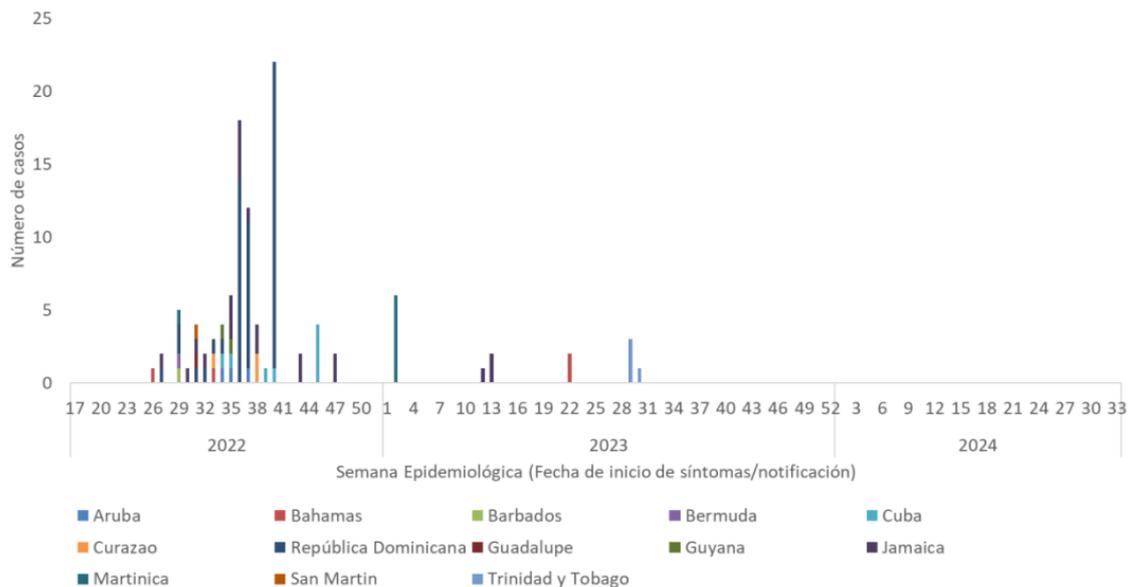
Gráfico 4. Casos confirmados de Mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación y país. Subregión América del Sur, hasta el 17 de agosto de 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Tablero de casos de Mpox - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024 [citado el 17 de agosto del 2024]. Disponible en inglés en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/> y de los datos notificados a la OPS/OMS por los Centros Nacionales de Enlace.

En la subregión del **Caribe y las Islas del Océano Atlántico**, trece países y territorios han registrado casos. Desde el 2022 hasta el 17 de agosto del 2024 se registraron 107 casos de Mpox, incluida una defunción. La mayor proporción de casos se registró en la República Dominicana con el 49% de los casos, seguido por Jamaica con el 20 % y Cuba 7%. Ninguno de los países y territorios que conforman esta subregión han registrado casos durante el 2024.

Gráfico 5. Casos confirmados de Mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación y país. Subregión del Caribe y las Islas del Océano Atlántico, hasta el 17 de agosto de 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Tablero de casos de Mpox - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024 [citado el 17 de agosto del 2024]. Disponible en inglés en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/> y de los datos notificados a la OPS/OMS por los Centros Nacionales de Enlace.

Fuente: [Actualización Epidemiológica Mpox en la Región de las Américas - 17 de agosto del 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

MPOX – REGIÓN DE ÁFRICA

A continuación se describen los últimos países de la región africana recientemente afectados por mpox, ya sea de clado I o clado II, desde el inicio del brote multinacional en 2022. Otros países de la región continúan notificando casos; por favor remitirse a [Multi-country outbreak of mpox, External situation report#35- 12 August 2024 \(who.int\)](#) para obtener una actualización de estos países, incluidas las últimas tendencias epidemiológicas.

África central y oriental

Burundi

El 25 de julio de 2024, el Ministerio de Salud de Burundi declaró un brote de mpox tras la confirmación de tres casos por parte del Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud Pública. Estos casos fueron identificados el 22 de julio; un caso del Hospital Universitario de Kamenge, un segundo caso del Hospital Militar de Kamenge y el tercer caso del Distrito de Salud de Isare. Informaron que los síntomas comenzaron el 24 de julio, incluyendo fiebre, dolor en las articulaciones y una erupción generalizada. Las muestras recolectadas durante una investigación multidisciplinaria dieron positivo a mpox el 25 de julio mediante PCR. Estos son los primeros casos confirmados de mpox identificados en Burundi.

Al 17 de agosto de 2024, se habían registrado 545 alertas de casos de mpox desde la declaración del brote, de los cuales 474 casos sospechosos (86,9%) habían sido investigados y validados. De los 358 casos sospechosos analizados, 142 (39,7%) dieron positivo para MPXV. El análisis de secuenciación genómica ha confirmado el clado Ib MPXV. No se informaron muertes hasta el 17 de agosto.

Se han notificado casos confirmados en 26 de los 49 distritos (53,1%). El distrito más afectado es Bujumbura Nord, una zona urbana, con 54 de los 142 casos confirmados (38%). No se habían documentado muertes al momento de redactar este informe.

Los hombres representan el 55,6% de los casos y las mujeres el 44,4%. Los niños menores de cinco años representan el 60,3% de los casos, seguidos por los de 11 a 20 años (42,6%) y los de 21 a 30 años (38,2%).

Kenia

El 29 de julio de 2024, el Ministerio de Salud confirmó un caso de mpox en el condado de Taita Taveta, en la frontera con Tanzania. El paciente es un hombre keniano de 42 años que reside en el condado de Kiambu (vecino a Nairobi). El caso tiene antecedentes de viaje desde Kampala, Uganda, a Mombasa, Kenia, y en el momento de la identificación, el paciente viajaba a Ruanda a través de Tanzania.

Hasta el 13 de agosto, se había identificado un total de 14 casos sospechosos, un caso había dado positivo para MPXV Clade Ib, 12 casos sospechosos habían dado negativo y el resultado de la prueba de un caso estaba pendiente. Este es el primer caso de mpox identificado en Kenia. Hasta el 13 de agosto no se habían notificado muertes.

Ruanda

El 24 de julio de 2024, el Centro Nacional de Enlace para el RSI para Ruanda notificó a la OMS dos casos de mpox confirmados por laboratorio en Ruanda, y el 27 de julio, el Ministerio de Salud declaró un brote de mpox en el país. Los casos incluyeron una mujer de 33 años (caso 1) que viaja con frecuencia a la República Democrática del Congo y un hombre de 34 años (caso 2) con antecedentes de viajes recientes a la República Democrática del Congo. El caso 1 fue identificado en un punto de entrada (POE) y aislado en el distrito de Rusizi, y el caso 2 fue identificado en el hospital de Kibagabaga del distrito de Gasabo. Se informó que ambos casos se encuentran en condición estable y bajo seguimiento médico continuo. Estos son los primeros casos confirmados de mpox identificados en Ruanda.

Al 7 de agosto de 2024, el país había notificado en total cuatro casos confirmados de mpox y ninguna muerte. Entre los dos nuevos casos, uno es un hombre de 34 años que reside en el distrito de Gasabo en Kigali. Sus síntomas comenzaron el 15 de julio de 2024 con fiebre, ganglios linfáticos inflamados, dolor de garganta y erupciones en brazos, cara y genitales. Había regresado de Burundi el 12 de julio de 2024 y actualmente se encuentra aislado. Se están realizando seguimiento de cinco contactos estrechos. El otro caso es el de un hombre ruandés de 39 años, residente en el distrito de Kicukiro, con antecedentes de viajes a la República Democrática del Congo. Tenía síntomas similares, además de dolor de cabeza, que comenzó el 12 de julio de 2024. Se han identificado cuatro de sus contactos estrechos y están bajo seguimiento. El análisis de secuenciación ha confirmado MPXV Clade Ib.

Uganda

En junio y principios de julio de 2024, el distrito de Kasese mejoró la vigilancia de la enfermedad mpox a lo largo de la frontera con la República Democrática del Congo a la luz del aumento de casos notificados en el país vecino. Tras la orientación de los inspectores en el punto de entrada de Bwera y en el hospital de Bwera, el 11 de julio se identificaron seis casos sospechosos. Se recogieron muestras para pruebas de laboratorio de los casos sospechosos, dos de los cuales dieron positivo para MPXV Clade Ib el 15 de julio. El primero de los casos confirmados es una mujer de 37 años y el segundo caso es una mujer de 22 años, nacional de la República Democrática del Congo. Estos son los primeros casos de mpox identificados en el país. Ambos casos iniciaron los síntomas el 11 de julio y fueron confirmados mediante una prueba de PCR en el Instituto de Investigación de Virus de Uganda el 15 de julio de 2024.

Las investigaciones revelaron que la transmisión se produjo fuera de Uganda y no se había relacionado ninguna transmisión secundaria con los dos casos hasta el 12 de agosto de 2024. Hasta la misma fecha, se habían notificado 39 casos sospechosos. Además, se encontraban en seguimiento 37 contactos de los casos confirmados. No se han reportado muertes hasta el 20 de agosto.

África occidental**Costa de Marfil**

En julio de 2024, Costa de Marfil confirmó dos casos no mortales de mpox. El primer caso es el de un paciente de 46 años que consultó a un médico el 1 de julio con fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea, en el distrito de Tabou, región de San Pedro, en la frontera con Liberia. Mpox fue confirmado por el laboratorio del Instituto Pasteur de Costa de Marfil el 3 de julio y nuevamente el 14 de julio por el Instituto Pasteur de Dakar. El segundo caso es el de un paciente de 20 años del distrito sanitario de Koumassi, en Abiyán, que presentó erupción cutánea y lesiones de la mucosa oral el 14 de julio. No se ha identificado ningún vínculo epidemiológico entre estos dos primeros casos.

Hasta el 7 de agosto de 2024, se habían confirmado siete casos de mpox en tres distritos sanitarios: Koumassi (un caso), Tabou (un caso) y Yopougon-Ouest-Songon (cinco casos). Cuatro de los casos confirmados (57%) son hombres y los siete casos tienen más de 15 años. Se han identificado cuarenta contactos y se les está dando seguimiento. El país ya había notificado mpox, pero no se habían notificado casos desde el inicio del brote multinacional en 2022. Los casos recién detectados en 2024 pertenecen al clado II MPXV.

Fuente: [Mpox – African Region \(who.int\)](#)

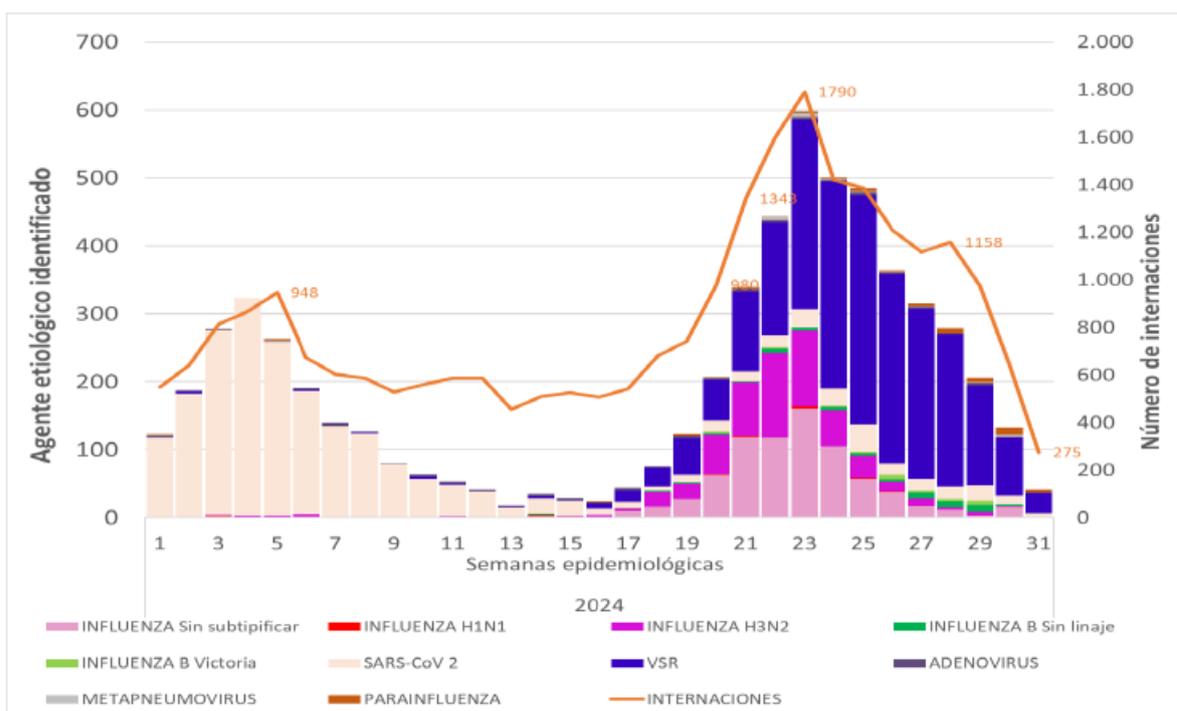
**DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES**

BUENOS AIRES: VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS (IRA)

En la última semana de julio, SE 31, se informaron 275 internaciones, de las cuales el 33% (n=92) corresponde a menores de 2 años. Estos registros se encuentran entre los más bajos de 2024 y se presentan en un escenario de descenso de las internaciones sostenido desde el 7 de julio (Se 28 a SE 31).



Casos notificados Internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. PBA SE 1 - 31/2024



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

Para más información:

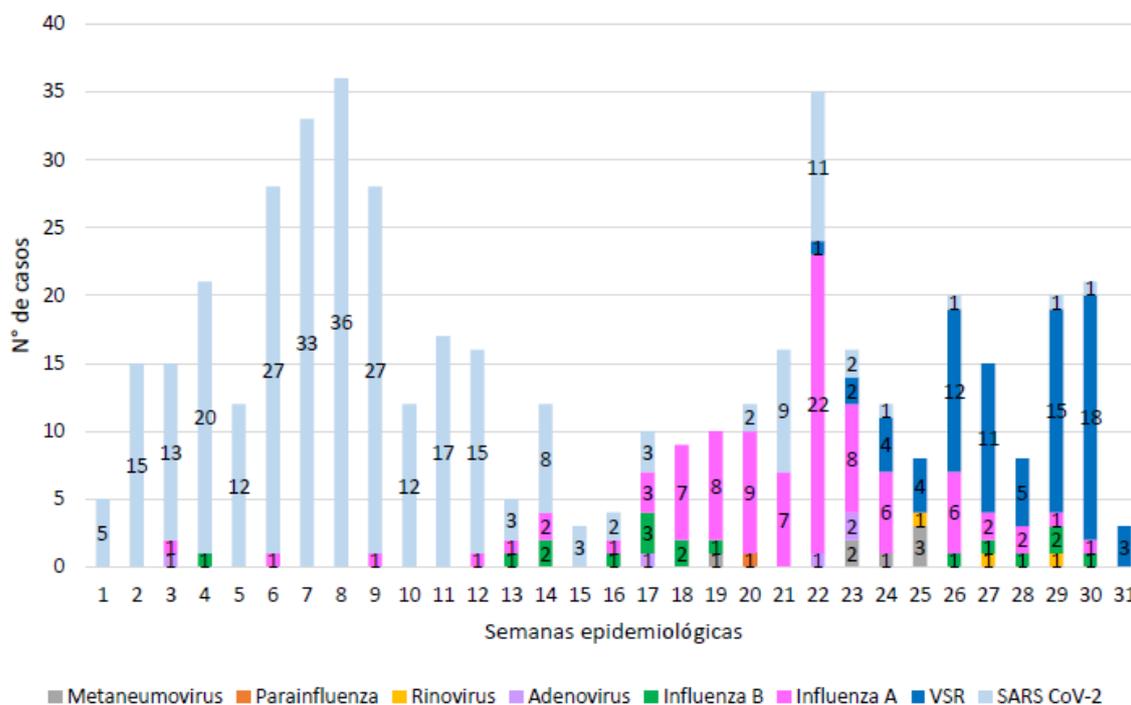
https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

CHUBUT: VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Hasta la semana 31 del año 2024, se obtuvieron 477 muestras positivas para determinación de virus respiratorios. El mayor porcentaje corresponde a SARS-COV2 con el 58,49%, seguido de Influenza A con un 18,87%, Virus Sincial Respiratorio con un 15,72%, Influenza B con un 3,56%, Metaneumovirus con un 1,47%, Adenovirus con un 1,05%, Rinovirus 0,63% y Parainfluenza con un 0,21%.

Las últimas dos semanas se evidencia circulación predominantemente de Virus Sincial Respiratorio (VSR).

Distribución de virus respiratorios según semanas epidemiológicas. Provincia del Chubut. SE 1-31 Año 2024. N=477



Fuente: Elaboración propia de Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0

Para más información:

http://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

ENTRE RÍOS: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN PACIENTES INTERNADOS

Desde la semana epidemiológica (SE) 01/2024 hasta la SE 30/2024, se notificaron 1870 casos de infecciones respiratorias agudas virales en pacientes internados en la provincia de Entre Ríos, de los cuales se confirmaron 162 casos de virus Influenza A y 98 casos de virus SARS-CoV2, mientras que en 1129 pacientes no fueron detectados virus respiratorios mediante las pruebas etiológicas realizadas.



Casos notificados y confirmados de infecciones respiratorias agudas virales en internados por departamento de residencia. SE01 /2024 a SE 30/2024, Entre Ríos.

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA	NOTIFICADOS	INFLUENZA A	INFLUENZA B	COVID-19	VSR	OTROS VIRUS	DESCARTADO
COLÓN	14	0	0	2	1	0	10
CONCORDIA	246	9	0	3	12	0	162
DIAMANTE	72	4	0	4	11	1	39
FEDERACIÓN	52	3	0	11	0	0	31
FEDERAL	16	2	0	1	1	1	9
FELICIANO	11	1	0	0	1	0	9
GUALEGUAY	25	0	0	0	1	0	15
GUALEGUAYCHÚ	206	19	0	18	25	0	129
ISLAS DEL IBICUY	17	1	0	1	2	0	10
LA PAZ	45	3	0	1	7	0	31
NOGOYÁ	25	4	0	5	2	0	11
PARANÁ	993	109	0	41	156	11	607
SAN SALVADOR	16	1	0	1	0	0	8
TALA	13	3	0	1	0	0	7
URUGUAY	31	0	0	4	2	0	8
VICTORIA	16	1	0	2	1	1	11
VILLAGUAY	69	2	0	3	5	2	30
TOTAL	1867	162	0	98	227	16	1127

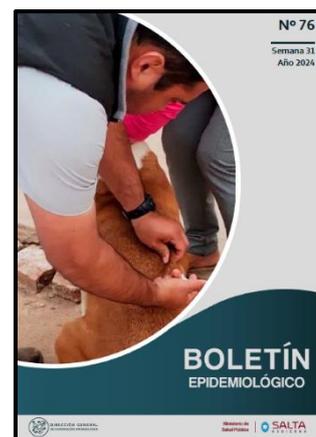
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0

Para más información:

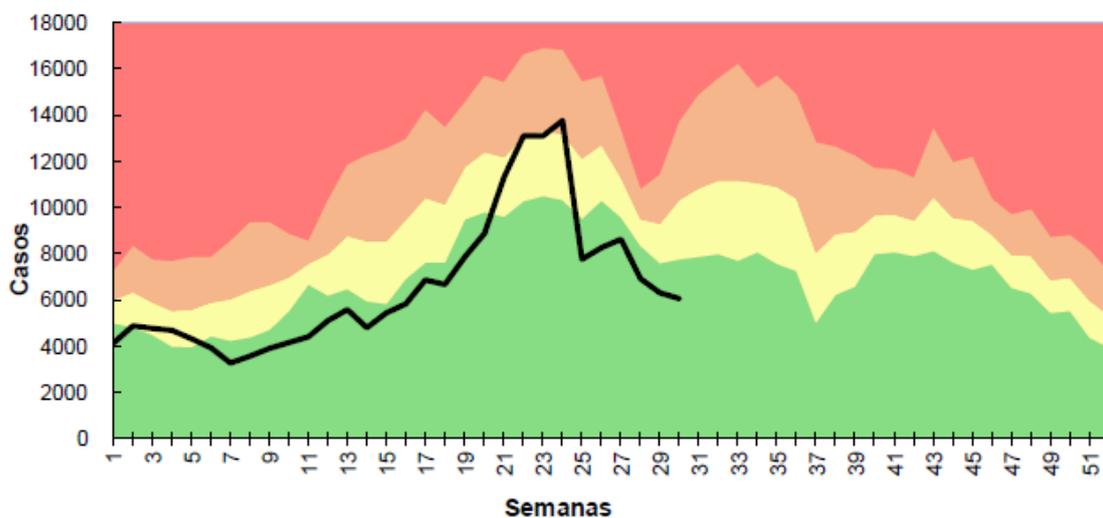
<https://drive.google.com/drive/folders/1hwKs776EGn-j71PIPtidgnMyZ5hVelfM>

SALTA: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Las notificaciones de IRA continúan en descenso desde SE 28, permaneciendo el corredor endémico en la zona de éxito.



Corredor endémico semanal de IRA. Años 2017 a 2023. SE 01-30 de 2024. Provincia de Salta.



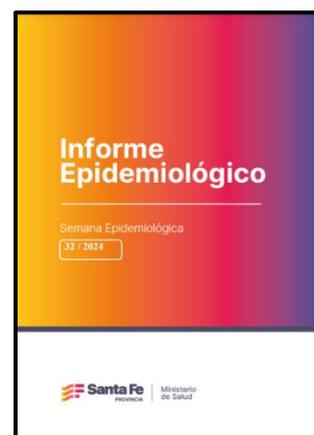
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

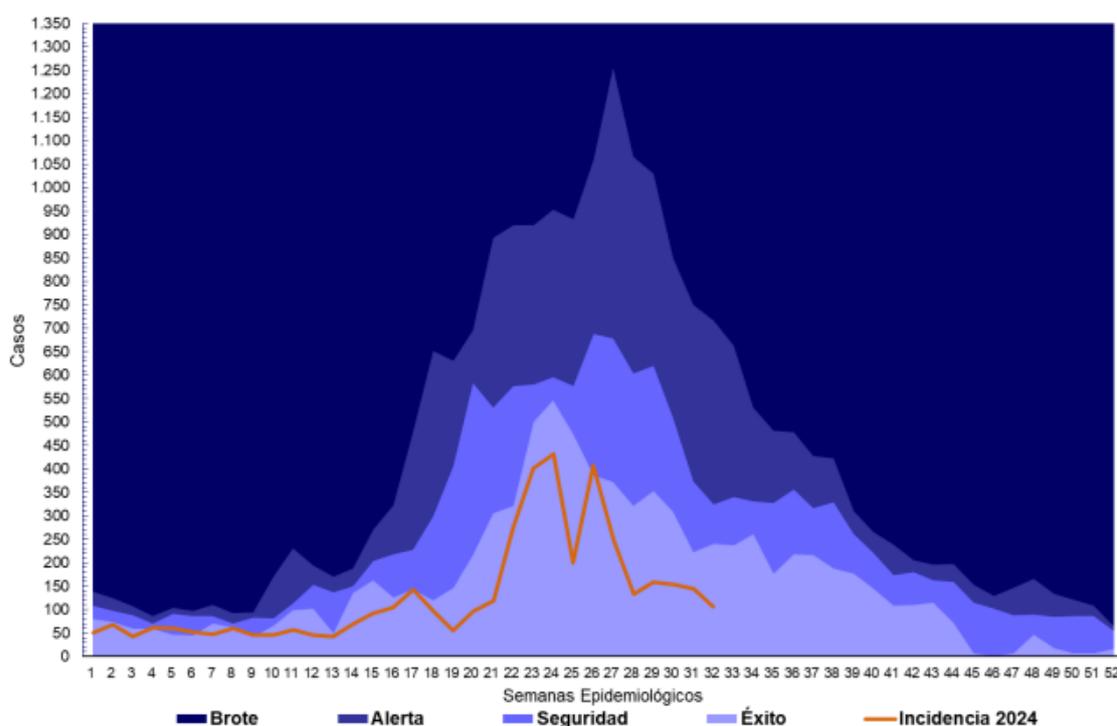
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

SANTA FE: BRONQUIOLITIS

Entre las SE 1 y 32 de 2024, se notificaron al Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria (S.I.C.A.P.) de la Provincia de Santa Fe y en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 2.0, un total de 4111 casos de Bronquiolitis en menores de 2 años.



Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años. Provincia de Santa Fe. Histórico: 2018-2023* e incidencia SE1 hasta SE32 de 2024.



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 de notificación agrupada proveniente del Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria (S.I.C.A.P.) de la Provincia de Santa Fe y en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 2.0 hasta el 10/08/2024.

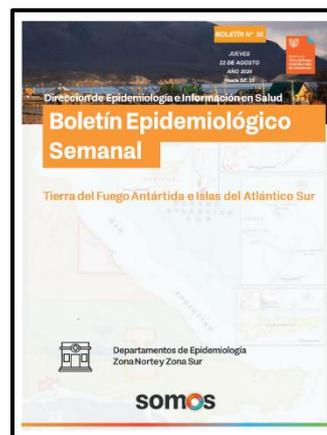
* Nota: Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen los años pandémicos 2020 y 2021. El año 2022 fue incluido para el análisis, dado que para mencionado año se registró un número considerable de Bronquiolitis en menores de 2 años como se venían notificando en los años previos (2018 – 2019).

Para más información:

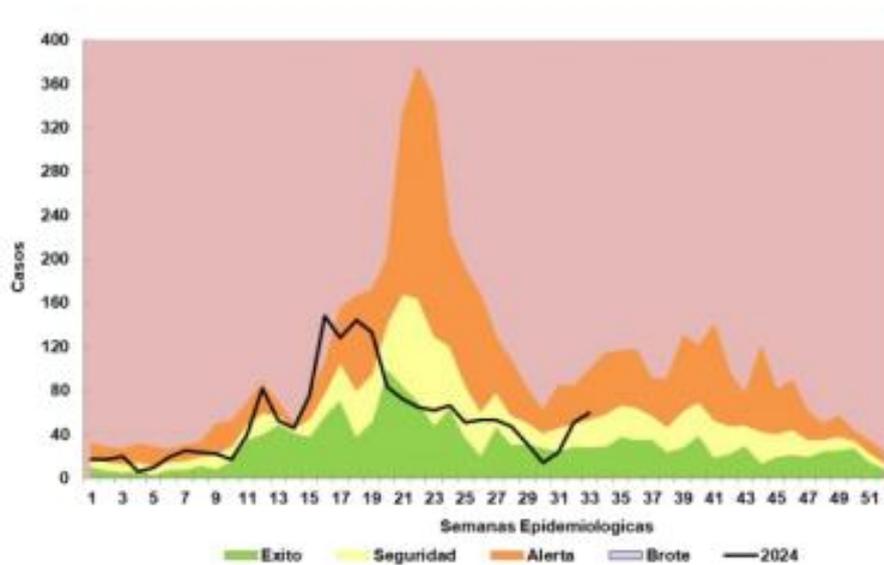
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802)

TIERRA DEL FUEGO: ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Se observa a nivel provincial una tendencia que aumenta con respecto a la semana previa, ubicándose la incidencia en zona de alerta.



Corredor endémico provincial por semana epidemiológica SE 01 a SE 33 del 2024.



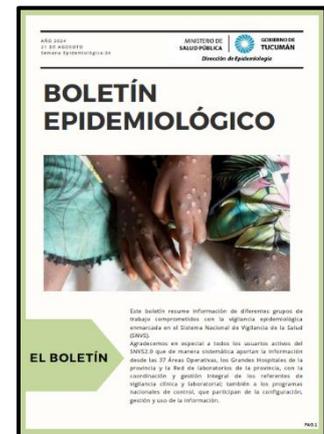
Fuente: SNVS 2.0 Dirección de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

Para más información:

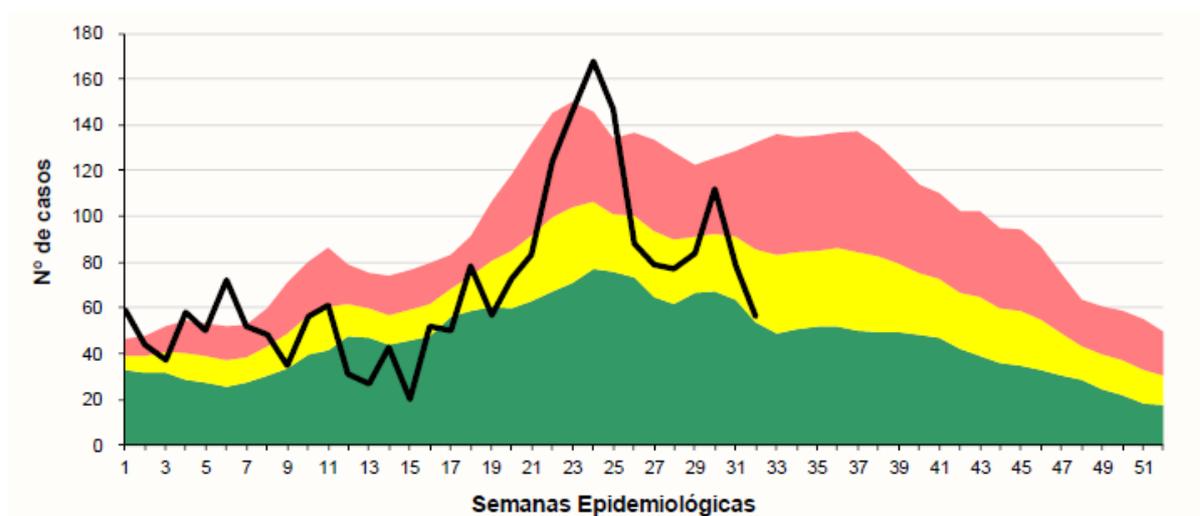
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

TUCUMÁN: NEUMONÍA

En la última semana se registraron 56 casos de Neumonía en la provincia de Tucumán.



Corredor endémico de Neumonía SE 32. Provincia de Tucumán. Año 2024



Fuente: Dirección de Epidemiología. Laboratorio de Salud Pública

Para más información: direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, LA PREVENCIÓN Y LA RESPUESTA

LISTADO DE MODIFICACIONES EN CODIFICACIONES AUXILIARES EN EL SNVS^{2.0}

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS2.0, en este número se publican las realizadas 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 AGRUPADA			
Fecha de modificación	Nombre del Evento	Sección	Cambio realizado
AGOSTO	Monitoreo de SARS COV-2 y OVR en ambulatorios	Nombre del evento	Se modificó el nombre del evento de "Monitoreo de SARS COV-2 y OVR en ambulatorios" a "Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios"
		Eventos asociados al grupo	Se adicionaron las opciones: "Consultas por ETI" y "Consultar por ET con muestra"
		Eventos asociados al grupo	Se quitó la opción "Consultas por COVID-19"
AGOSTO	Unidad Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (UC-IRAG)	Eventos asociados al grupo	Se modificaron los eventos previos asociados al grupo por los siguientes: "Internados totales" por "Pacientes internados por todas las causas", "Internados por IRAG" por "Casos de IRAG entre los internados", "Internados por IRAG con muestra respiratoria" por "Casos de IRAG con muestra respiratoria", "Ingresados en cuidados intensivos totales" por "Pacientes ingresados a UCI", y "Ingresados en cuidados intensivos por IRAG" por "Casos de IRAG entre los ingresados a UCI"
			Se adicionaron las opciones: "Casos de IRAG extendida entre los internados", "Casos de IRAG EXTENDIDA entre los ingresados a UCI" y "Defunciones por IRAG extendida"

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del Evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
AGOSTO	Brucelosis canina	Clínica	Signo/Síntoma	Se actualizaron los signos y síntomas. Actualmente la sección cuenta con las siguientes opciones: "Fallas en la concepción", "Abortos tardíos", "Mortinatos", "Muerte perinatal", "Orquitis", "Epididimitis", "Prostatitis", "Dermatitis escrotal", "Discoespondilitis", "Artritis", "Uveítis" y "Adenomegalia"
			Estadios Clínicos	Se adicionó la opción "Curso subagudo o crónico"
			Secuelas	Se adicionó la opción "Infertilidad"
			Causas de fallecimiento	Se adicionó la opción "Muerte perinatal"
			Tratamiento	Se adicionaron las opciones: "Doxiciclina" y "Enrofloxacina"
		Epidemiológica	Antecedentes epidemiológicos	Se adicionaron las siguientes opciones: "Transmisión canina: horizontal o vertical, por placenta o lactancia", "Contacto directo de perros o sus productos"

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del Evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
				infectados con humanos", "Proveniencia de criaderos con antecedentes de brucelosis", "Hijo de madre con serología positiva para brucelosis"
AGOSTO	Clamidiasis Aviar	Epidemiológica	Antecedentes epidemiológicos	Se adicionaron las siguientes opciones: "Inhalación de aerosoles infecciosos provenientes de otra especie de ave", "Inhalación de aerosoles infecciosos provenientes de aves de corral", "Inhalación de aerosoles infecciosos provenientes de aves psitácidas", "Inhalación de aerosoles infecciosos provenientes de palomas", "Hacinamiento de aves en la misma jaula" y "Contacto del ave positiva con otras aves domésticas o silvestres"
AGOSTO	Esporotricosis (animal)	Clínica	Signo/Síntoma	Se adicionó la opción "Depresión"
		Laboratorio	Resultados	Se adicionaron las opciones: "Presencia" y "Ausencia"
		El evento cuenta con la opción de "Disparar alerta"		
AGOSTO	Monitoreo de SARS COV-2 y OVR en ambulatorios	Nombre del evento		Se modificó el nombre del evento de "Monitoreo de SARS COV-2 y OVR en ambulatorios" a "Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios"
AGOSTO	Viruela Símica (mpox)	Evento	Nombre del evento	Se modificó el nombre del evento de "Viruela Símica" a "Viruela Símica (mpox)"
		Clínica	Clasificación manual de caso	Se reemplazó la denominación de la clasificación "Caso confirmado" por "Caso confirmado MPXV Sin especificar"
				Se adicionó la opción "Caso confirmado MPXV Clado I"
				Se adicionó la opción "Caso confirmado MPXV Clado II"

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