

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA
(06 AL 12 OCTUBRE)

41

NÚMERO 726 AÑO 2024
FECHA DE PUBLICACIÓN:
21/10/2024

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA



AUTORES DE ESTE BOLETÍN:

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

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

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

Informe *Streptococcus pyogenes*: Melisa Laurora¹, Carla Voto¹, Carlos Giovacchini³, Mónica Prieto⁶, Lucía Cipolla⁶, Ariel Glanecini⁶, Tomás Poklepovich⁵, Regina Cosentino¹ y Martina Ponce¹.

Alertas y comunicaciones internacionales: Ignacio Di Pinto¹.

Destacados en boletines jurisdiccionales: Franco Ormeño Mazzochi¹.

Herramientas para la vigilancia, prevención y respuesta: Antonella Vallone¹, Sebastián Riera¹ y Martina Prina¹.

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

Coordinación General: Cecilia Gonzalez Lebrero¹

1 Dirección de Epidemiología

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

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

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

5 Centro Nacional de Genómica y Bioinformática – ANLIS.

6 Laboratorio Nacional de Referencia de *S.pyogenes*. Servicio Bacteriología Especial, INEI ANLIS-Carlos G. Malbrán.

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:

Cultivo de *S. pyogenes* y extracción de ADN para secuenciación. Imagen aportada por el Laboratorio Nacional de Referencia de *S. pyogenes*, Servicio de Bacteriología Especial, departamento de Bacteriología, INEI-ANLIS “Carlos G. Malbrán”.

CÓMO CITAR ESTE BOLETÍN: Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2024). Boletín Epidemiológico Nacional N°726, SE 41.

CONTENIDO

Situaciones epidemiológicas emergentes	5
Situación epidemiológica de MPOX	6
Eventos priorizados	17
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	18
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	27
Informes especiales	48
Vigilancia de enfermedad invasiva por Streptococcus Pyogenes (Streptococcus B - Hemolítico del grupo A). Informe – SE 41 / 2024	49
Alertas y comunicaciones epidemiológicas internacionales.....	62
Enfermedad por virus de Marburgo - Ruanda	64
Alerta Epidemiológica: Detección de Poliovirus (CVDPV3) en aguas residuales, consideraciones para la Región de las Américas.....	65
Actualización Epidemiológica: Oropouche en la Región de las Américas - OPS	68
Destacados en boletines jurisdiccionales	76
CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación.....	77
Salta: Infecciones respiratorias agudas (IRA)	78
Santa Fe: Virus respiratorios en pacientes internados con infecciones respiratorias agudas.....	79
Tucumán: Enfermedad tipo influenza (ETI).....	80
Tierra del Fuego: Neumonía.....	81
Herramientas para la vigilancia, la prevención y la respuesta	82
Finalizaron los cursos EPI-ar 2024 en Tucumán y La Rioja	83
3° Edición del Curso: “Sistema Nacional de Vigilancia de Salud SNVS 2.0”	85
6° Edición del Curso: “Herramientas básicas para la Implementación de Salas de Situación de Salud”	86
Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	87

**SITUACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
EMERGENTES**

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE MPOX

INTRODUCCIÓN

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

SITUACIÓN INTERNACIONAL

Situación en África⁷

Desde el 1 de enero de 2022, 22 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpox. Hasta el 13 de octubre de 2024, se habían notificado a la OMS un total de 10.944 casos confirmados por laboratorio, incluidas 56 muertes.

En 2024, hasta el 13 de octubre, 18 países habían notificado 8.540 casos confirmados, incluidas 33 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos en 2024 son la República Democrática del Congo (n = 6.962), Burundi (n = 1.169) y Nigeria (n = 94).

Un número significativo de casos sospechosos de mpox que son clínicamente compatibles con la enfermedad no se someten a pruebas debido a la capacidad de diagnóstico limitada en algunos países africanos y, por lo tanto, nunca se confirman. Por este motivo se incluyen los casos sospechosos en este informe. En 2024, 15 países notificaron 39.724 casos sospechosos y analizados en laboratorio, incluidas 987 muertes sospechosas y confirmadas.

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

Epidemiología genómica

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

⁷ Brote de Mpox 2022-24: tendencias mundiales. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

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

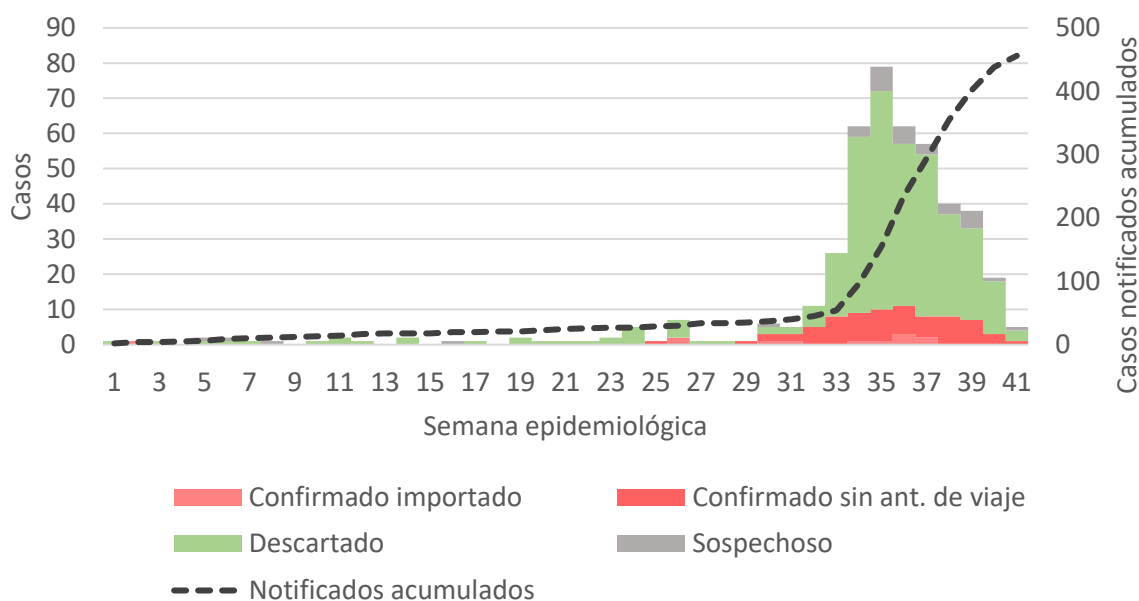
El clado Ib ha surgido recientemente en las regiones orientales de la República Democrática del Congo y está sufriendo una transmisión sostenida de persona a persona. También se han detectado casos del clado Ib en Burundi, Kenia, Ruanda, Suecia, Tailandia, Uganda e India. El clado IIa rara vez se ha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

Respecto de la **situación regional**, para ver la última actualización disponible dirigirse al [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 36 Nro 721](#).

SITUACIÓN EN ARGENTINA

En 2024, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 41 se identificaron hasta el momento 81 casos confirmados de mpox de un total de 456 casos sospechosos notificados. La curva epidémica de casos confirmados por fecha mínima⁸ muestra una persistencia en la detección de casos desde la SE29 y hasta SE39, con un promedio de 7 casos semanales y con el mayor número hasta el momento en la SE 36 con 11 casos. Se observa un descenso desde la SE40, con 1 caso confirmado en la SE41.

Gráfico 1. Casos notificados de Mpox según clasificación por semana epidemiológica de fecha mínima y total de casos notificados acumulados según semana de notificación. Argentina, SE1/2024 a SE41/2024. (N= 456)



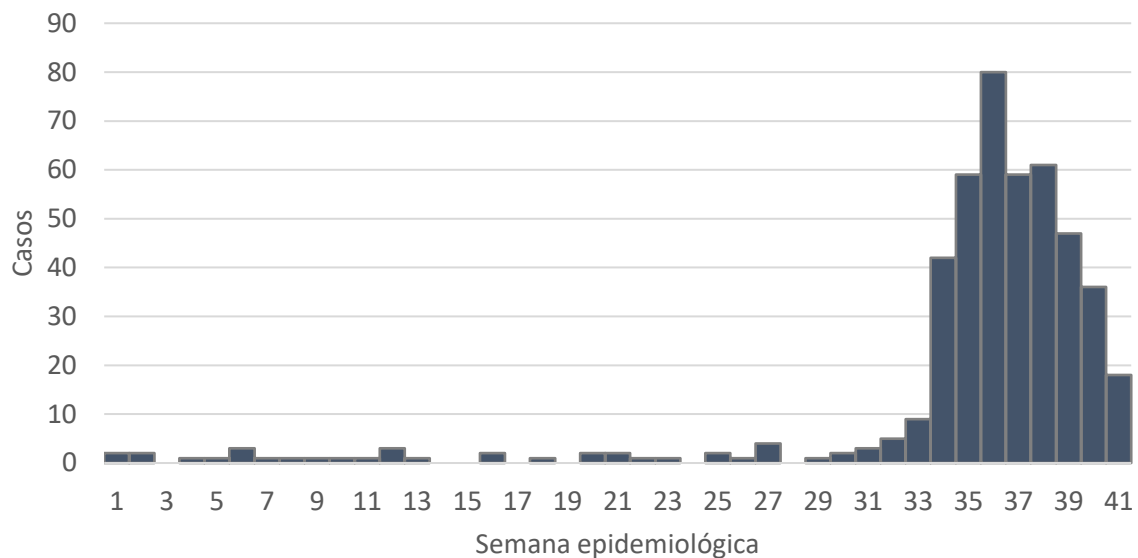
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

Luego del Alerta emitido en la SE33 aumentó la sensibilidad del sistema de vigilancia, llegando a 402 notificaciones de casos sospechosos en las semanas posteriores (88% del total de notificaciones registradas durante el año).

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

El mayor número de notificaciones se registró, hasta el momento, en la SE36 con 80 casos reportados. En la semana 41 se registraron 18 notificaciones, un 78% inferior a dicha semana. Del total de casos confirmados del periodo (81), el 84% (n=68) se notificó a partir de la SE34 (11 de ellos correspondían por fecha mínima a semanas previas, pero se notificaron luego del alerta). La sensibilización del sistema se verifica, asimismo, en la disminución de la positividad concomitante al aumento de casos estudiados, la cual pasó del 50% en las SE 32-33 (n=14) a 17% en las SE 40-41 (n=54).

Gráfico 2. Casos notificados de Mpox por semana epidemiológica de notificación. Argentina, SE1/2024 a SE41/2024. (N= 456)



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

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS "Carlos Malbrán" en 61 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

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

El 95% de los casos confirmados residen en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en CABA (71%) y Buenos Aires (18%).

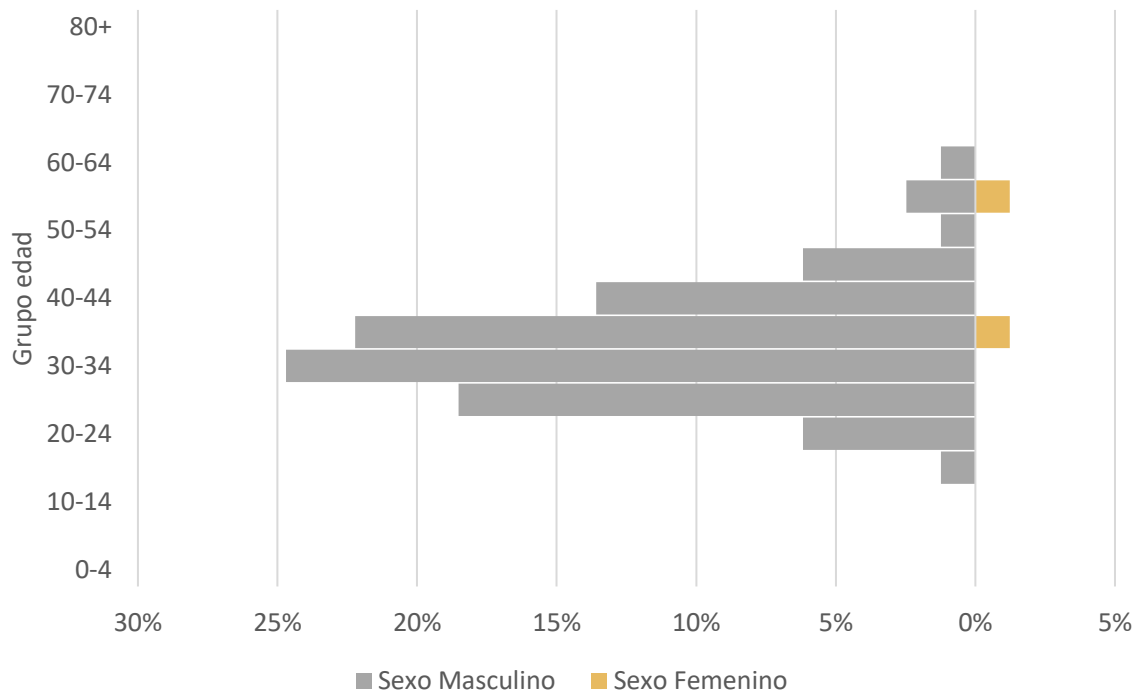
Tabla 1. Mpox: casos confirmados y total de notificaciones acumuladas según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1/2024 a SE41/2024.

Provincia	Confirmados SE 1 a 41 2024	Confirmados notificados en la última semana	Confirmados notificados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2024
Buenos Aires	14	0	8	166
CABA	58	2	17	166
Córdoba	2	0	2	15
Entre Ríos	0	0	0	1
Santa Fe	3	0	0	26
Centro	77	2	27	374
Mendoza	1	0	0	7
San Juan	0	0	0	5
San Luis	0	0	0	4
Cuyo	1	0	0	16
Chaco	0	0	0	4
Corrientes	1	0	0	7
Formosa	0	0	0	10
Misiones	0	0	0	1
NEA	1	0	0	22
Catamarca	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	1
La Rioja	0	0	0	2
Salta	0	0	0	3
Santiago del Estero	0	0	0	7
Tucumán	0	0	0	7
NOA	0	0	0	20
Chubut	0	0	0	5
La Pampa	0	0	0	1
Neuquén	1	0	0	8
Río Negro	1	0	0	7
Santa Cruz	0	0	0	2
Tierra del Fuego	0	0	0	1
SUR	2	0	0	24
Total PAIS	81	2	27	456

Jurisdicciones con casos confirmados de mpox

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

De los 81 casos confirmados, 79 corresponden a personas de sexo masculino y dos al sexo femenino, siendo la mediana de edad de 34 años.

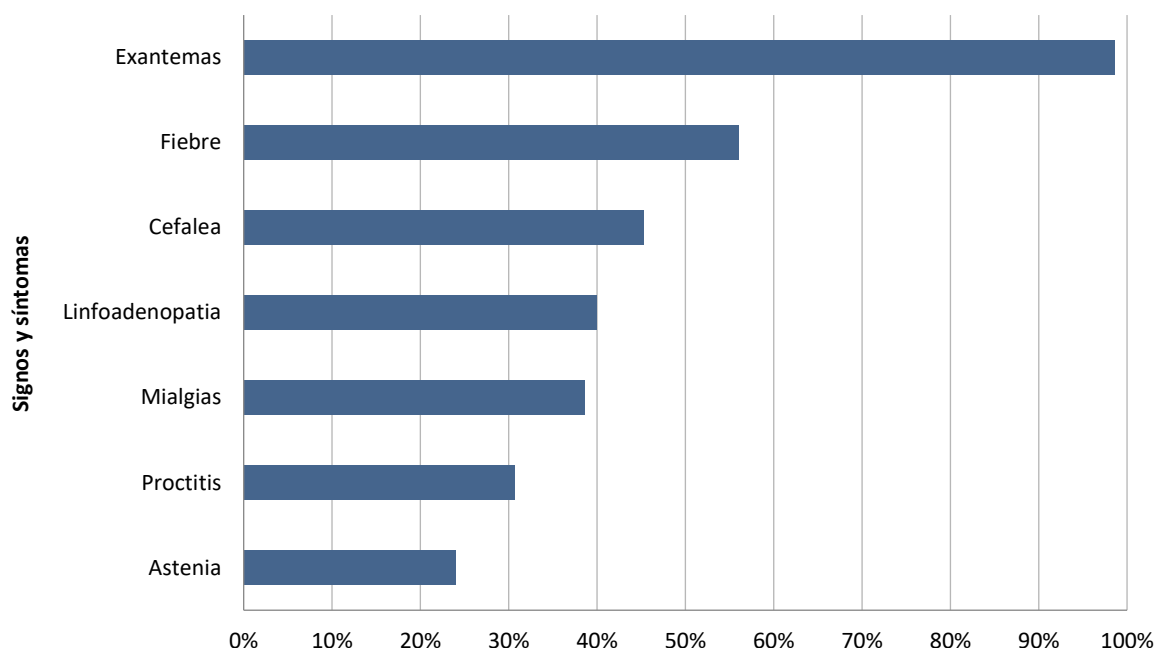
Gráfico 3. Mpox: distribución proporcional por edad y sexo. Argentina, SE1/2024 a SE41/2024.

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

Con los datos disponibles hasta el momento, las poblaciones más afectadas son la de hombres que tienen sexo con hombres (66% de 53 casos que cuentan con datos para las variables epidemiológicas) y el principal factor de riesgo resulta el antecedente de relaciones sexuales con parejas nuevas múltiples y ocasionales. De los 41 casos que cuentan con el dato referido a la condición de VIH, 34 registran coinfección con VIH⁹.

En el 99% de los 75 casos que cuentan con información sobre signos y síntomas se registró la presencia de exantemas en diferentes localizaciones (incluyendo genitales, perianales, manos, rostro y torso), seguidos en frecuencia por fiebre y cefalea.

⁹ Este dato puede estar sesgado por la frecuencia en la consulta de esta población y por contar con datos solo para el 51% de los casos confirmados hasta el momento.

Gráfico 4. Mpox: Signos y síntomas en casos confirmados (en porcentaje). Argentina, SE1/2024 a SE41/2024. (N=75)

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

RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO DE SALUD

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

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

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

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

Definiciones y clasificaciones de caso:

Caso sospechoso

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

Ó

- Toda persona que haya estado en contacto directo con un caso de mpox sospechoso o confirmado,

Y presente, entre 5 y 21 días del contacto de riesgo, uno o más de los siguientes signos o síntomas:

 - Fiebre >38,5° de inicio súbito
 - Linfadenopatía
 - Astenia
 - Cefalea
 - Mialgia
 - Malestar general

- Lesiones cutáneo mucosas
- Proctitis

Ó

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

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

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

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

Caso confirmado

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

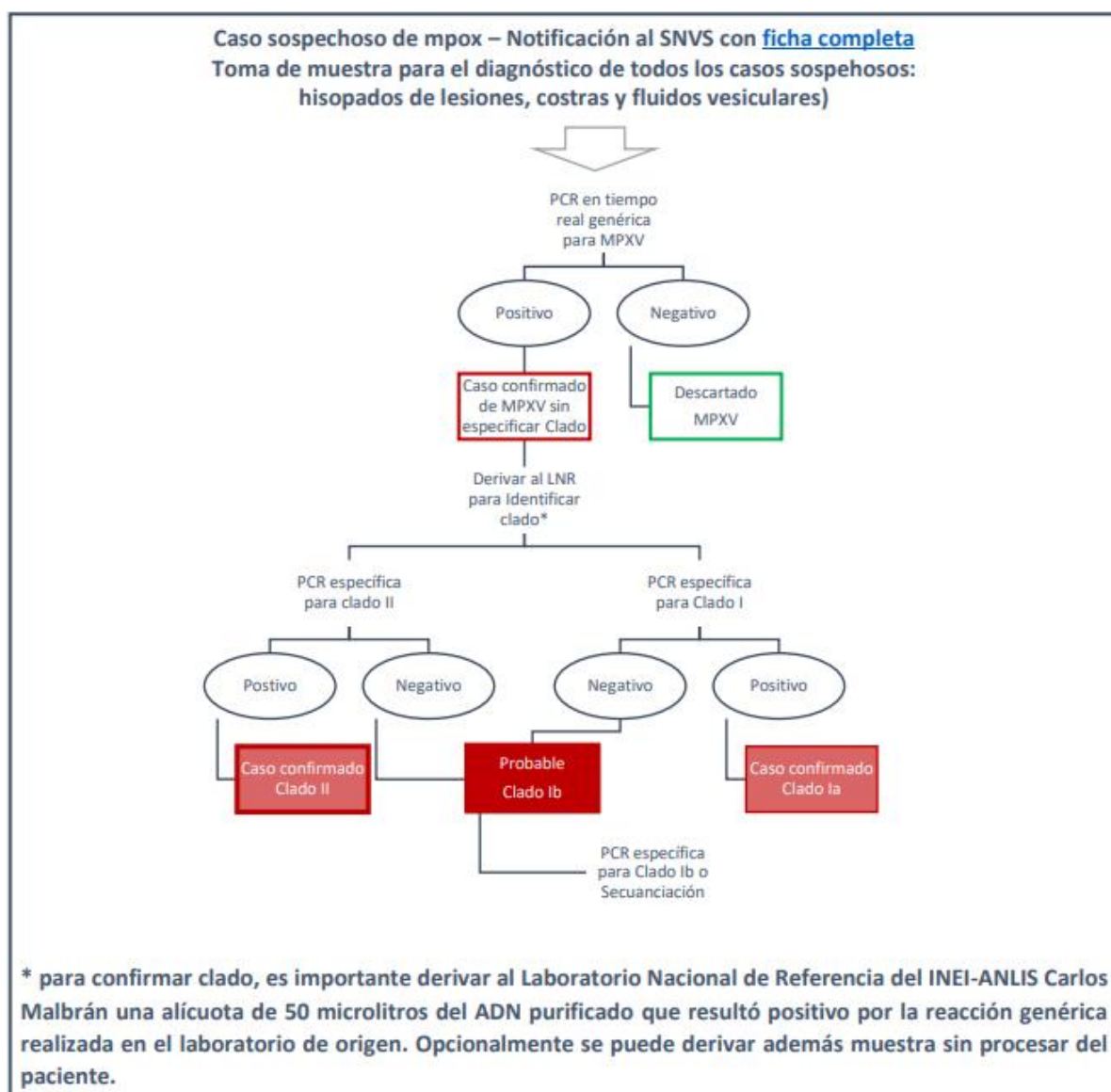
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión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

Notificación:

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

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

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y NOTIFICACIÓN DE MPOX



MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS:

- Se recomienda el aislamiento de todo caso sospechoso hasta la obtención del resultado de laboratorio (confirmado o descartado); en caso de confirmarse, continuar el aislamiento hasta que todas las costras de las lesiones se hayan caído y haya formado una nueva capa de piel.
- Si no se puede realizar aislamiento permanente se deberá implementar medidas para la minimizar el riesgo de la transmisión (cubrir las lesiones, utilizar barbijo quirúrgico bien ajustado, cubriendo nariz, boca y mentón, evitar contacto con personas vulnerables, evitar el contacto estrecho con otras personas, ventilar los ambientes).
- Realizar la investigación epidemiológica correspondiente, incluyendo los antecedentes epidemiológicos, características clínicas, e información sobre contactos estrechos, garantizando la privacidad, el trato digno y la completitud de la información.
- Realizar la notificación dentro de las 24 horas.
- En caso que se necesite hospitalización, debe realizarse en una habitación individual con baño privado y eventualmente internación por cohortes.

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

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

MEDIDAS ANTE CONTACTOS:

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

- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y personas gestantes.

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

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

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

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

Más recomendaciones e información en:

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

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

EVENTOS PRIORIZADOS

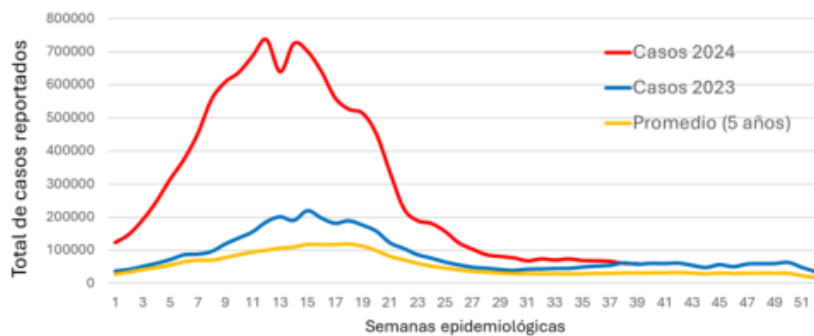
VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

SITUACIÓN REGIONAL DE DENGUE

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de situación No 38. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 39, 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#) actualizado el 11 de octubre.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 39 del 2024, se reportaron en la Región de las Américas un total de 12.027.427 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 1259 casos por 100.000 hab.). Esta cifra representa un incremento de 215% en comparación al mismo periodo del 2023 y 394% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 39 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 12.027.427 casos de dengue reportados en las Américas, 6.467.168 casos (54%) fueron confirmados por laboratorio y 18.895 (0.16%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 7152 muertes por dengue, para una letalidad del 0,059%.

Catorce países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 39. Estos países registran en conjunto 59.161 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 39.

Subregión Centroamérica y México.

Un total de 32.513 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 39. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 99% en comparación con el mismo periodo del 2023 y de 203% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por México presentan un incremento de 17% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 39 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Centro América y México.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Subregión Caribe.

Se notificaron 158 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 39. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 1% en comparación con el mismo periodo del 2023 y de 43% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

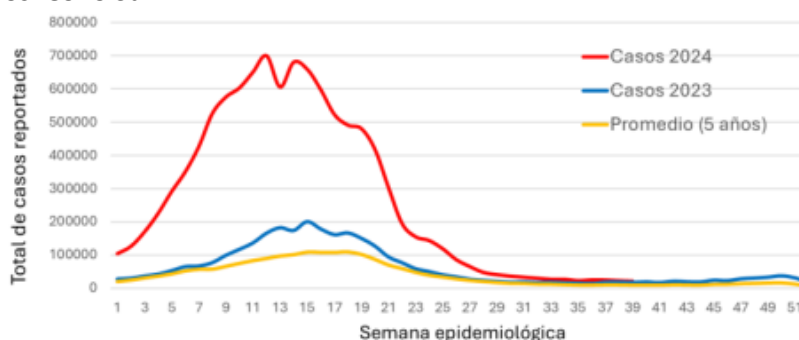
Subregión Andina.

Durante la SE 39 se notificaron 4.951 nuevos casos sospechosos de dengue. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 24% en comparación con el mismo periodo del 2023 y un incremento de 188% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Perú presentan un incremento de 10% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

Subregión Cono Sur.

Se notificaron 21.539 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 39. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta un incremento de 265% en comparación con la misma semana del 2023 y de 446% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 39 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Cono Sur.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 17/10/2024 en países regionales seleccionados¹⁰.

Brasil: Hasta la SE 41/2024 se reportaron 9.766.049 casos de dengue, 3,5 veces el número registrado en el mismo período del 2023, y 5.602 fallecidos. A la misma semana (41), se registraron 398.205 casos de chikungunya, 64% más que lo reportado hasta dicha semana del año 2023, y 180 fallecidos. Por último, entre la SE1/2024 y la SE 38/2024 se reportaron 37.739 casos de zika, representando un aumento de 16% respecto a lo notificado hasta esa semana en el 2023. No se registraron fallecidos de zika durante 2024.

Bolivia: Entre la SE 1 y la 38/2024, se registraron 43.440 casos de dengue, un 71% menos que lo reportado a la misma semana del 2023, y 25 fallecidos. Con respecto a chikungunya, hasta la misma semana se reportaron 418 casos, 70% menos respecto al año anterior. Hasta esa semana se reportaron 220 casos de zika, lo que representa una reducción del 74% en el número de casos registrados para este período en 2023. No se reportan fallecidos para estos dos eventos.

¹⁰ Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores-dengue/dengue-nacional/9-dengue-pais-ano.html>

Paraguay: Entre la SE 1 y 40/2024 se notificaron 284.412 casos de dengue, lo cual representa aproximadamente 13 veces más de lo registrado durante el mismo período en 2023. Los fallecidos para el período correspondiente a 2024 fueron 127. Asimismo, hasta la misma semana, se registraron 2.708 casos de chikungunya, una disminución del 98% respecto de lo reportado para el mismo período del año anterior. Con respecto al zika, hasta la SE/40 se registraron 6 casos de este evento, mientras que en el mismo tiempo de 2023 no hubo casos registrados. No se han reportado fallecidos para estos dos eventos.

Perú: Desde la SE 1 a la 40/2024 se notificaron 264.538 casos de dengue, lo cual representa un 4% más de lo registrado durante el mismo período en 2023, y 249 fallecidos. Con relación a chikungunya, hasta la SE 40 se registraron 81 casos, 39% menos que lo reportado a la misma semana de 2023. Asimismo, hasta dicha semana se registraron 8 casos de zika, 65% menos que en el mencionado 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 comparación con el año anterior, se ha observado un aumento en los casos de dengue en Brasil, Paraguay y Perú. En cuanto a chikungunya, Bolivia, Paraguay y Perú han reportado una disminución en el número de casos. Asimismo, se han detectado casos de zika en Paraguay, mientras que se ha registrado una reducción de casos en Bolivia y Perú.

SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

Notas metodológicas:

- En zonas sin circulación viral confirmada, se consideran casos de dengue a aquellos que cuentan con la confirmación por laboratorio¹¹.
- En el momento actual, en zonas con circulación viral en las que persisten casos confirmados sin viaje, investigados y verificados por la autoridad sanitaria, con bajo número de casos y en período Inter epidémico, se consideran casos de dengue a los confirmados y probables por laboratorio.

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

- En el análisis para este Boletín, para la clasificación de casos de dengue en zonas con circulación viral, se incluyeron hasta la semana epidemiológica 27 (SE27) todos los casos con laboratorio positivo y todos los casos clasificados como casos de dengue por criterio clínico-epidemiológico. A partir de la SE27 -cuando la mayoría de las jurisdicciones ya no registraban circulación viral confirmada- se incluyeron como casos de dengue a aquellos confirmados por laboratorio en áreas sin circulación viral -en concordancia con las recomendaciones vigentes para períodos interepidémicos- y, los casos confirmados y probables en áreas con circulación viral persistente.
- Casos acumulados de dengue durante el año 2024: El número de casos acumulados de dengue durante el año 2024 puede experimentar modificaciones en función de la integración de datos por parte de los diferentes establecimientos y jurisdicciones.
- La curva epidémica muestra los casos ordenados por la fecha más cercana al inicio de la enfermedad, de acuerdo con la información disponible en el registro del SNVS, siguiendo el siguiente orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación (Gráfico 3).
- El presente informe analiza información sobre la temporada 2024-2025 para el período comprendido entre la SE31 a SE41 de 2024 con datos extraídos el 12/10/2024.
- 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 41).

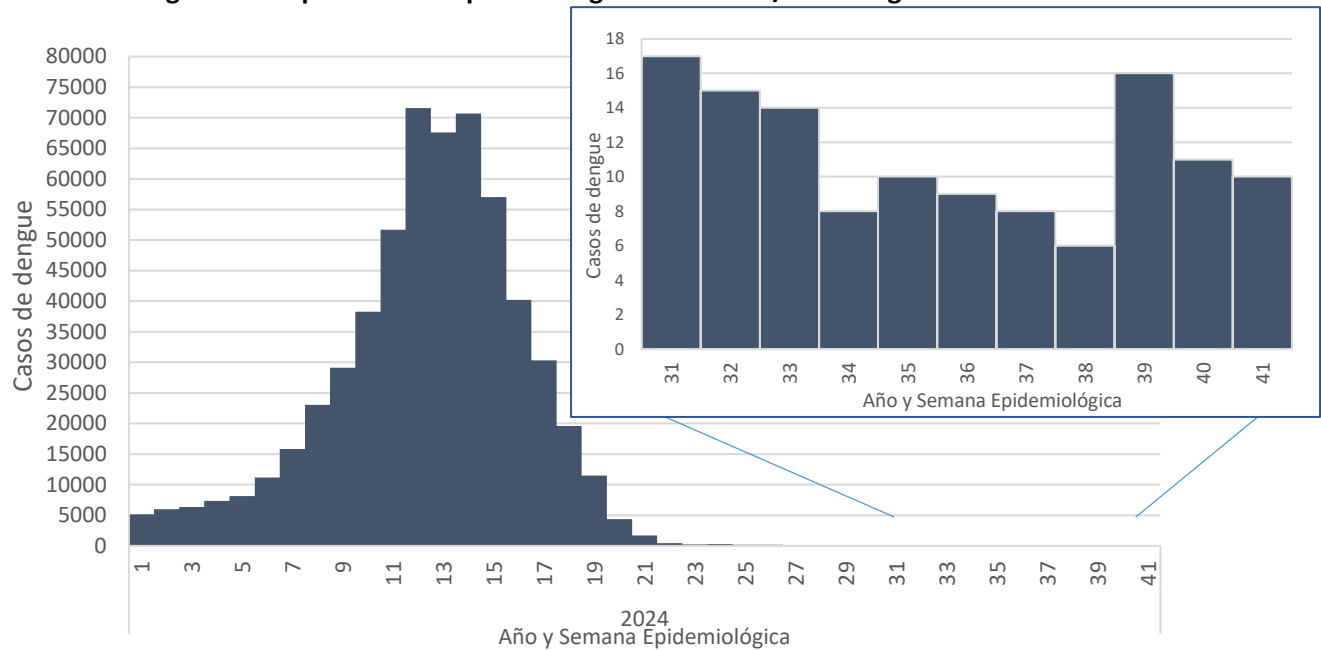
SITUACIÓN ACTUAL

Actualmente y a nivel nacional se está cursando una etapa Inter epidémica. Desde la SE31 -comienzo de la temporada 2024/2025- las provincias de Formosa y Chaco han notificado casos hasta la SE41 sosteniéndose la circulación viral durante todas las semanas, con un bajo nivel de detección. En este período se registraron casos en el departamento Patiño, Capital, Pilcomayo y Pilagás, en la provincia de Formosa; y en el departamento San Fernando, en Chaco. Adicionalmente, se notificó un caso con residencia en la provincia de Buenos Aires correspondiente a una persona que recibió un trasplante de órgano (sin circulación viral autóctona). Por último, al cierre de este boletín, el 15 de octubre la provincia de Córdoba confirmó dos primeros casos autóctonos de la temporada, ambos en la ciudad de

¹¹ Ver https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/algortimo_de_dengue_1842024.pdf

Córdoba¹². En el resto de las jurisdicciones del país en el momento actual no hay evidencia de circulación viral.

Gráfico 4. Dengue: Casos por semana epidemiológica SE1 a SE41/2024. Argentina.



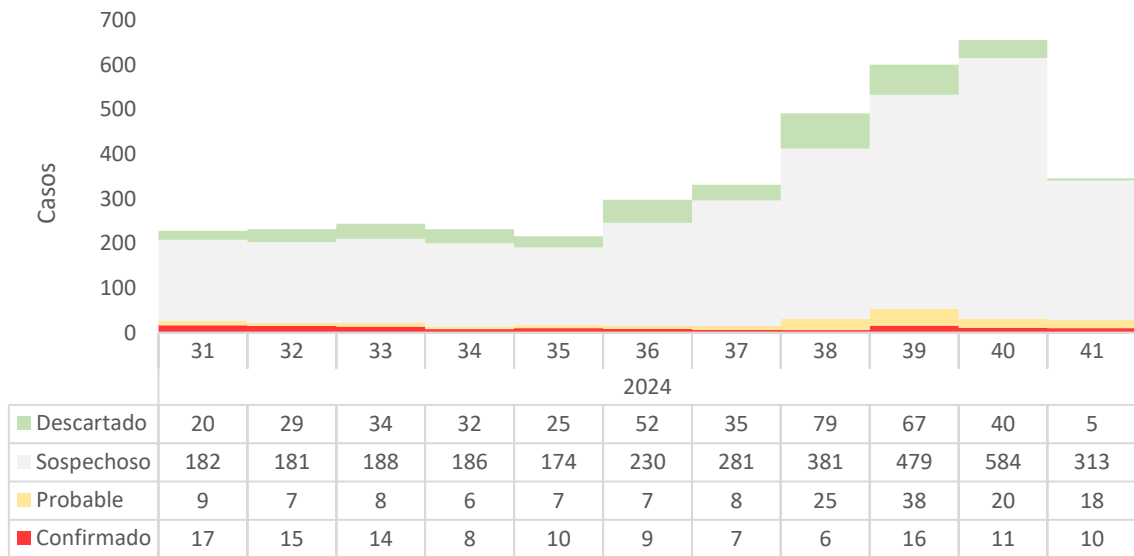
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En las primeras diez semanas de la actual temporada (2024-2025) se notificaron 118 casos de dengue¹³ de los cuales 79 se confirmaron por métodos directos y el resto corresponde a casos probables en zonas con circulación.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas se notificaron 2091 casos sospechosos, 1719 fueron estudiados por laboratorio (82,2%). Se confirmaron 26 a través de métodos directos (2% de positividad).

¹² Estos casos no forman parte del análisis ya que se informaron en la semana posterior al cierre de datos para este Boletín y formarán parte del análisis de la próxima semana.

¹³ En el momento actual se considera caso de dengue aquel que cuenta con la confirmación de laboratorio por métodos directos (PCR o ELISA NS1) en cualquier lugar del país o aquellos que resultan probables (una prueba no confirmatoria positiva) en zona con circulación viral validada por la jurisdicción.

Gráfico 5. Dengue: Casos por semana epidemiológica según clasificación SE31 a SE41/2024. 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).

De los 3199 sospechosos, 2662 cuentan con estudio de laboratorios pero que no permiten la confirmación o el descarte del caso.

Es de resaltar que, en esta fase en particular, no debe utilizarse la confirmación por nexo epidemiológico, sino que deben estudiarse por laboratorio el 100% de los casos sospechosos para hacer una correcta vigilancia y poder detectar la posible circulación autóctona de casos.

Se deben realizar pruebas de laboratorio priorizando la utilización de métodos directos para confirmar la infección en muestras tempranas (detección de antígeno NS1 Dengue por método de ELISA y/o detección de genoma viral del dengue y sus serotipos).

En caso de encontrar una IgM positiva, se debe solicitar una segunda muestra de suero con 10 a 15 días de diferencia para realizar una prueba de neutralización para confirmar o descartar el caso.

Se cuenta con información de 3 casos con antecedente de viaje a otros países y que dieron positivos por métodos directos: uno, residente de la provincia de Buenos Aires que cuenta con antecedentes de viaje a Brasil y corresponde a un serotipo DEN-2; otros dos casos con antecedentes de viaje a Cuba, uno con residencia en Córdoba en el que se identificó el serotipo DEN-4 y otro residente de Entre Ríos.

En la tabla a continuación se muestran el total de casos notificados según la clasificación de los casos según algoritmo diagnóstico, independientemente de su antecedente de viaje.

Tabla 1. Dengue: Número de casos* según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE40/2024. Argentina.

Jurisdicción	Confirmados	Probables	Sospechosos	Descartado	Notificaciones totales
Buenos Aires	3	14	355	72	444
CABA	1	11	315	21	348
Córdoba**	1	12	274	45	332
Entre Ríos	0	7	28	37	72
Santa Fe	1	7	154	38	200
Total Centro	6	51	1126	213	1396
Mendoza	0	2	46	17	65
San Juan	0	1	8	2	11
San Luis	0	0	8	6	14
Total Cuyo	0	3	62	25	90
Chaco	46	0	275	30	351
Corrientes	0	9	78	2	89
Formosa	71	0	662	0	733
Misiones	0	0	50	0	50
Total NEA	117	9	1065	32	1223
Catamarca	0	2	96	1	99
Jujuy	0	1	147	33	181
La Rioja	0	0	27	2	29
Salta	0	9	157	37	203
Santiago del Estero	0	16	162	14	192
Tucumán	0	32	336	7	375
Total NOA	0	60	925	94	1079
Chubut	0	0	5	0	5
La Pampa	0	0	9	4	13
Neuquén	0	0	2	2	4
Río Negro	0	1	1	0	2
Santa Cruz	0	0	3	0	3
Tierra del Fuego	0	0	1	0	1
Total Sur	0	1	21	6	28
Total País	123	124	3199	370	3816

Jurisdicciones CON circulación viral en la actualidad

* Se incluyen casos autóctonos, importados y en investigación.

**no se incluyen los casos autóctonos antes mencionados ya que ocurrieron en la SE 42.

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. Dengue: Casos con pruebas de laboratorio según metodologías. SE34 a SE41/2024. 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
38	485	415	235	5	174	28	2%	16%
39	594	498	291	7	204	45	2%	22%
40	649	533	341	6	186	25	2%	13%
41	343	258	175	8	81	20	5%	25%
TOTAL	2071	1704	1042	26	645	118	2%	18%

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

Tabla 3. Dengue: Casos de dengue y casos con laboratorio positivo según jurisdicción SE1 a SE41/2024. Argentina.

Jurisdicción	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales
Buenos Aires	109123	32128	145097
CABA	25550	24553	56206
Córdoba	127666	10806	147465
Entre Ríos	19462	4730	24300
Santa Fe	61474	19306	72932
Total Centro	343.275	91.523	446.000
Mendoza	4802	1744	8743
San Juan	2176	673	3121
San Luis	3864	764	4470
Total Cuyo	10.842	3.181	16.334
Chaco	21681	15265	31060
Corrientes	10565	7113	14603
Formosa	10596	10463	23251
Misiones	15609	7464	20560
Total NEA	58.451	40.305	89.474
Catamarca	11077	6572	15342
Jujuy	14155	3864	19786
La Rioja	11935	1409	14561
Salta	24173	7453	34127
Santiago del Estero	18933	4127	24741
Tucumán	84137	28847	95040
Total NOA	164.410	52.272	203.597
Chubut	63	31	149
La Pampa	553	474	1426
Neuquén	178	128	377
Río Negro	99	24	155
Santa Cruz	226	128	491
Tierra del Fuego	162	117	267
Total Sur	1.281	902	2.865
Total País	578.259	188.183	758.270

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).

Jurisdicciones SIN circulación viral

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE OTROS ARBOVIRUS

En el siguiente cuadro, se presentan la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2024-2025 (SE31 a SE41). La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue; durante el 2024 se han investigado hasta el momento 1187 casos y ninguno ha tenido resultado positivo. Así mismo, no se han detectado en la temporada casos positivos de Chikungunya, Zika, Encefalitis de San Luis o Fiebre amarilla.

Tabla 4. Otros arbovirus: Casos según clasificación epidemiológica SE31 a SE39/2024. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus Zika			Fiebre de Oropouche			Encefalitis de San Luis			Fiebre amarilla			
	Jurisdicción	C	S	N	C	S	N	C	S	N	C	S	N	C	S	N
Buenos Aires	0	2	3	0	1	2	0	0	0	0	7	4	0	1	1	
CABA	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
Córdoba	0	4	0	0	1	1	0	0	0	0	69	2	0	0	0	
Entre Ríos	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	5	0	0	1	
Santa Fe	0	19	3	0	2	1	0	0	0	0	2	1	0	1	0	
Total Centro	0	25	12	0	4	5	0	1	0	0	80	12	0	2	2	
Mendoza	0	7	2	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	
Total Cuyo	0	7	2	0	8	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	
Chaco	0	28	51	0	21	10	0	0	0	0	1	0	0	1	0	
Corrientes	0	0	0	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	0	0	0	
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total NEA	0	28	51	0	21	10	0	0	0	0	1	0	0	1	0	
Catamarca	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Jujuy	0	11	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
La Rioja	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Salta	0	27	23	0	19	24	0	11	1	0	0	0	0	0	0	
Santiago del Estero	0	4	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tucumán	0	1	0	0	4	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	
Total NOA	0	43	27	0	26	26	0	16	1	0	0	0	0	0	0	
Chubut	0	0	0	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	0	0	0	
Neuquén	0	0	0	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	0	0	0	
Santa Cruz	0	0	0	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	0	0	0	
Total Sur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total País	0	103	92	0	59	41	0	17	1	0	83	14	0	3	2	

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).

C=confirmado; S=sospechoso; N=negativos

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE SE 41/2024

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

- Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 40 de 2024 se registraron 999.235 casos de ETI, 143.223 casos de Neumonía y 153.365 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un aumento de las notificaciones de ETI del 2,24% y una disminución de neumonías de 12,58% y de bronquiolitis 25,91%, respecto al mismo período del 2023.

✓ Vigilancia de virus respiratorios priorizados en Unidades de Monitoreo Ambulatorio:

- Virus Influenza: en el momento actual y desde la SE31 se registran casos de Influenza B exclusivamente. A lo largo del año se registraron casos durante todas las semanas y el mayor número se experimentó entre las SE21 y SE24 (máximo en SE23- 166 casos). El aumento estacional experimentado a partir de la SE16 y hasta la SE29 estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2) y en menor medida A(H1N1). A partir de la SE31, y concomitantemente con el mayor descenso de casos de Influenza A, aumenta la detección de casos de Influenza B y se mantiene en un promedio de 15 casos semanales. Hasta el momento se identificó el Linaje Victoria. En las SE 40 y 41 se notificaron 18 detecciones de influenza entre las 154 muestras estudiadas.
- VSR: aproximadamente el 76% de los casos se registraron entre las SE24 y SE34. Desde SE35, se registra un menor número de casos semanales, con 1 detección entre 97 muestras estudiadas en las últimas dos semanas.
- SARS-CoV-2: alrededor del 84% de los casos del período se registraron entre las SE01 y SE12. Desde la SE13 y hasta la actualidad las detecciones fueron bajas, con un promedio de 6 casos semanales, con un mínimo de cero casos detectados en la SE21 y un máximo de 18 detectados en la SE36 (se destaca que en las SE34 y SE40 se registraron 12 casos en promedio, que, si bien no determina una tendencia, podría corresponder a un ascenso de SARS CoV-2 en ambulatorios).

✓ Vigilancia de virus respiratorios priorizados en pacientes internados:

- Durante la SE41/2024 se registraron 94 detecciones de SARS-CoV-2, 18 casos de influenza y 18 de VSR.
- Virus Influenza: Desde la SE31 se registra un menor número de casos, con un promedio de 61 casos semanales y detecciones tanto de Influenza A como B, aunque con predominio de influenza B desde la SE32 en adelante. Previamente, se había registrado un ascenso de las detecciones desde SE16, con el 85% de los casos notificados entre las SE18 y SE30, fundamentalmente a expensas de Influenza A. Hasta la SE41 de 2024, se notificaron 177 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.
- VSR: El 93% de los casos detectados hasta el momento durante 2024 se registran entre las SE20 y SE36, con el mayor número de detecciones entre las SE23 y SE30.
- SARS-CoV-2: alrededor del 67% de los casos del periodo analizado se concentran hasta el momento entre las SE1 y SE12. A partir de la SE13 y hasta la SE33 los casos detectados se mantuvieron por debajo de los 60 semanales (mínimo de 19 en SE17 y máximo de 56 en SE33). A partir de la SE34 se observa un mayor número de detecciones respecto a lo registrado en las semanas previas, con un promedio de 129 casos semanales en las últimas 6 semanas analizadas.

✓ Vigilancia a través de la red de laboratorios de virus respiratorios

- Influenza: Si bien se detectaron casos durante todas las semanas del año, aproximadamente el 88% de lo reportado corresponde al periodo comprendido entre SE18 y SE30 (la tendencia al ascenso comenzó en la SE16 y el mayor número de detecciones se registró entre las SE22 y SE24, llegando a 2144 casos en SE23). En este período predominó el tipo A. Entre las SE31 y SE40 se registra un menor número de casos que en el período previo pero con una estabilidad en torno a los 104 casos semanales en promedio y un cambio en el tipo identificado, correspondiente casi exclusivamente al tipo B (linaje Victoria), con un ligero ascenso de en las últimas semanas.
- VSR: alrededor del 94% de los casos se registraron entre las SE20 y SE36, superando las 1000 detecciones semanales entre las SE24-30. Si bien los casos presentan tendencia descendente, se registran más de 100 casos semanales hasta la SE39.
- SARS-CoV-2, el mayor número de detecciones hasta el momento se dio a comienzos del año, concentrándose el 90% de los casos entre las SE1 a SE12 (con un min 1052 en la SE12 y un máximo de 8457 en la SE04), con el periodo de mayor detección entre las SE03 y SE06 (promedio 7110 casos). Entre las SE19 y SE31 los casos se mantuvieron por debajo de 125 semanales, con un mínimo de 69 en la SE19 y un máximo de 123 en la SE24. A partir de la SE32 los casos presentan un paulatino ascenso, con un máximo de 509 casos en la SE40.
- Otros virus respiratorios: en el momento actual se registra circulación de parainfluenza (segundo en frecuencia luego de SARS CoV-2, y en menor medida metapneumovirus y adenovirus).

✓ **Vigilancia universal de COVID-19:**

- Desde la SE29 se registra un ascenso paulatino de las detecciones semanales de SARS-CoV-2, aunque los casos permanecen en valores bajos. En la SE41 de 2024 se registraron 444 casos confirmados y 2 personas fallecidas con diagnóstico de COVID-19.14
- 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).

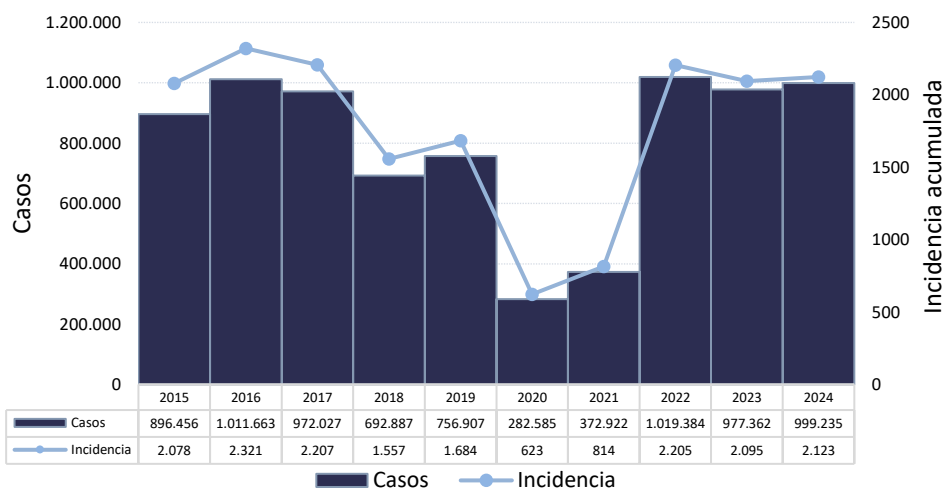
ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre las SE 1 y 40 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 999.235 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2123,0 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en el período 2015-2024, se observa que el mayor número de casos se registra para el año 2022 (con un total de 1.019.384 casos), seguido por el año 2016. El número de notificaciones de ETI correspondiente a las SE1-40 de 2024 es menor respecto de los años 2016 y 2022, y mayor en comparación con los restantes años históricos analizados.

¹⁴ 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.

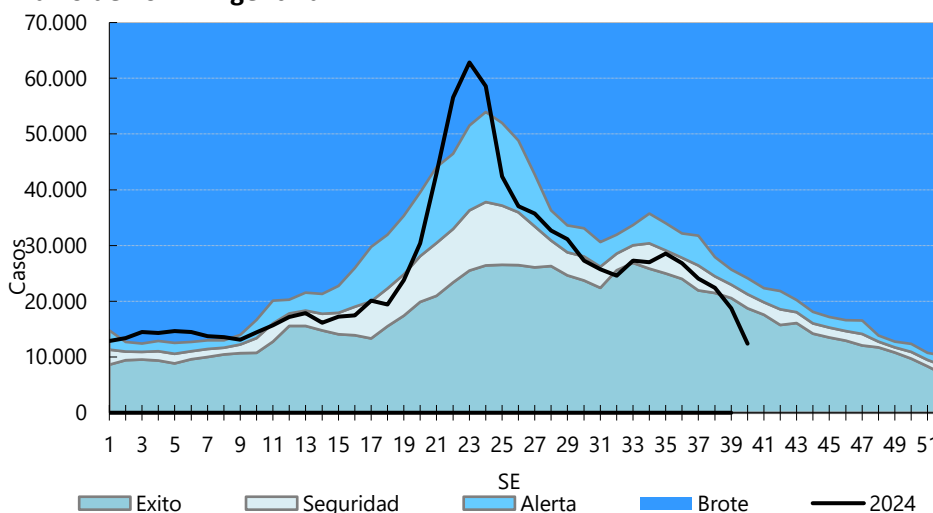
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE40. Total país.



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

Respecto a los registros históricos, las notificaciones de ETI registradas en el SNVS presentan un ascenso en las primeras semanas de 2024, que alcanza niveles de brote entre SE2 y 8. Posteriormente descienden, se ubican en niveles de seguridad y permanecen entre esta zona y los niveles de alerta hasta la SE21, con tendencia ascendente el número de notificaciones semanales desde SE10, más pronunciada desde SE19. Entre SE22 y 24 los registros alcanzan el nivel de brote, con máximo en SE23 y tendencia descendente posterior. Entre las SE33 y 35 se verifica un ligero ascenso que vuelve a alcanzar la zona de seguridad y luego los casos descienden, permaneciendo en los niveles esperados desde la SE39.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023¹⁵. SE 1 a 40 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

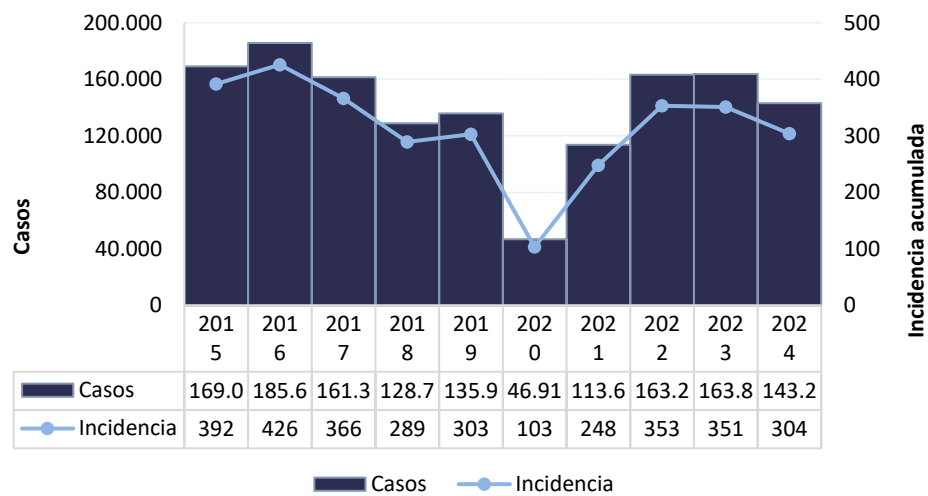
¹⁵ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

NEUMONÍA

Entre las SE 1 y 40 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 143.223 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 304,3 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías entre las SE1 a 40 del período 2015-2024, se observa que los años con el mayor número de casos fueron 2016 y 2015. Entre los años 2016 a 2018 se verifica que las notificaciones de neumonía muestran tendencia descendente, con un incremento en 2019 y un nuevo descenso en 2020. Entre los años 2021 y 2023 los casos vuelven a ascender. Para el año en curso, las notificaciones superan a las registradas para el período 2018-2021, mientras se encuentran en valores más bajos respecto a los restantes años analizados.

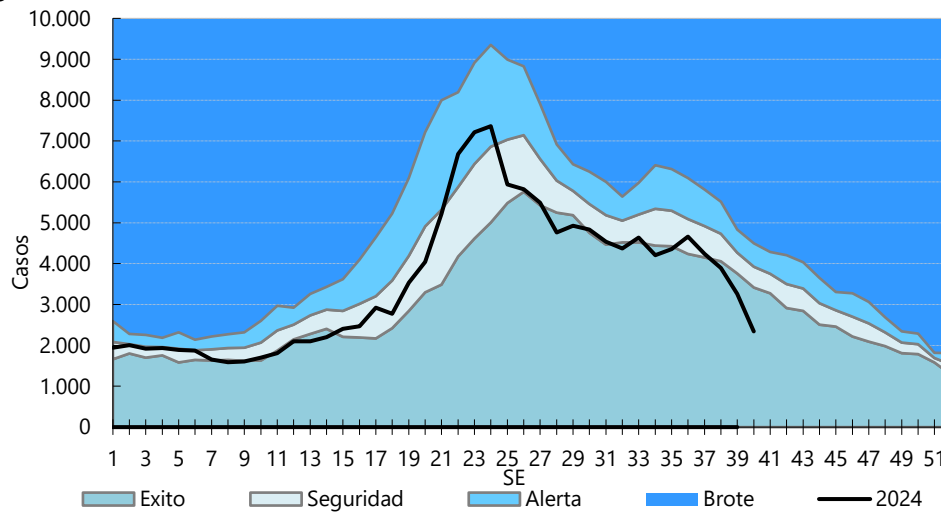
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE40. Total país.¹⁶



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

Las notificaciones de neumonía correspondientes a personas de todas las edades a nivel país se ubican en la zona de seguridad entre las SE 1-7 de 2024, oscilando desde SE8 entre los niveles esperados y de seguridad. A partir de SE10 se registra tendencia ligeramente ascendente de las notificaciones semanales de neumonías, que 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, oscilando entre niveles de éxito y seguridad.

¹⁶ 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 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.¹⁷ SE 1 a 40 de 2024. Argentina.

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

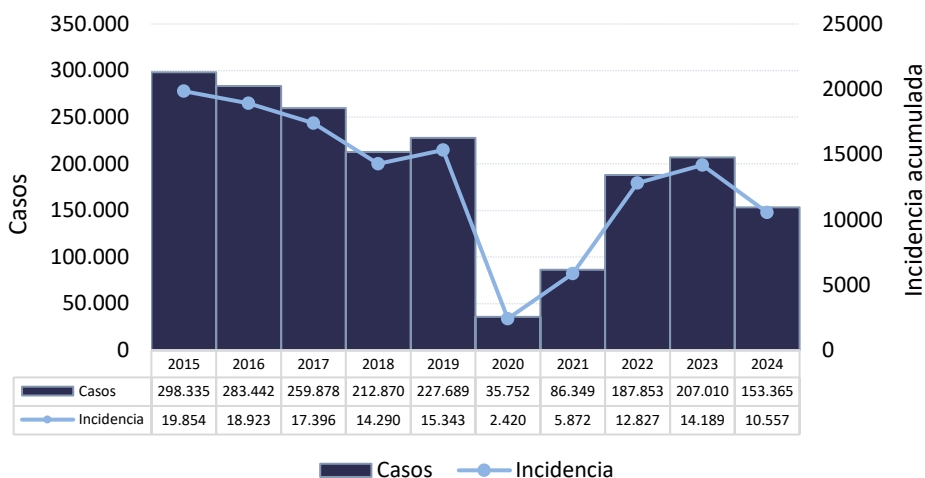
BRONQUIOLITIS

Entre las SE 1 y 40 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 153.365 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 10.556,6 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 SE1-40 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.

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

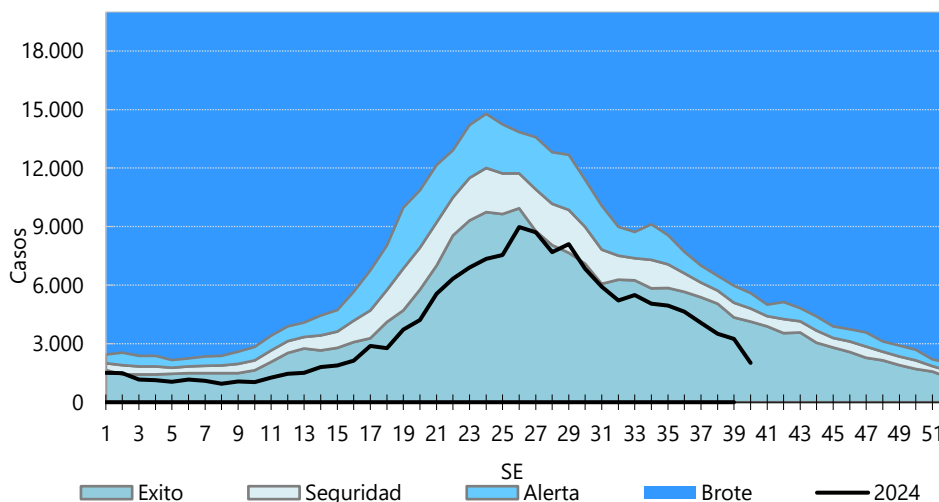
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE40. Total país¹⁸.



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. En la SE29, si bien se observa tendencia descendente en el número de notificaciones semanales, los casos de bronquiolitis en menores de dos años se ubican en niveles de seguridad y, a partir de SE30 permanecen en niveles esperados.

Gráfico 6: Bronquiolitis: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.¹⁹ SE 1 a 40 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

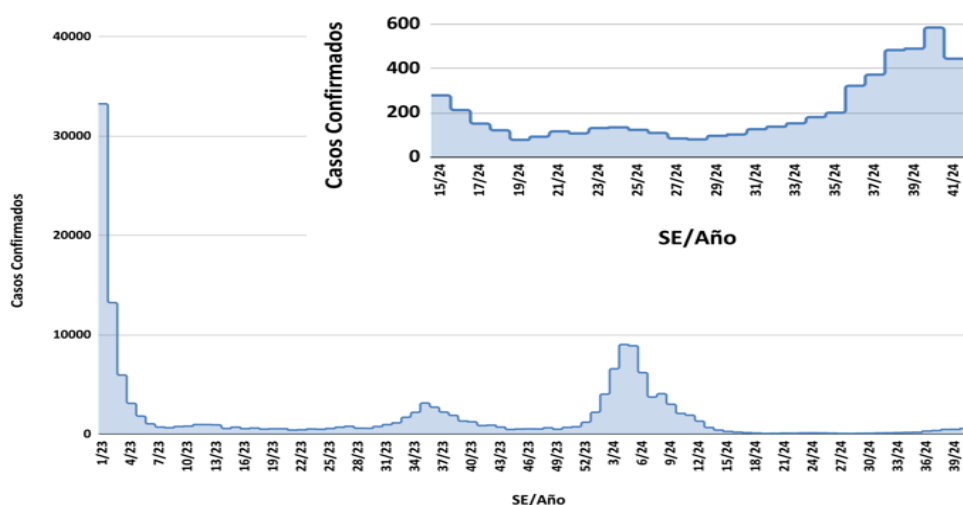
¹⁸ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 de 2022. A partir de la SE23/2022 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las Bronquiolitis en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las Bronquiolitis en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

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

COVID-19²⁰

Si bien el número de casos confirmados de COVID-19 por semana epidemiológica durante el año 2023 y en lo que va de 2024 es menor en comparación con años previos, se observó un ascenso de las detecciones de SARS-CoV-2 entre SE 52/2023 y SE4/2024, con tendencia descendente de las notificaciones en las siguientes semanas epidemiológicas. En las últimas semanas, desde la SE29, se registra un ligero ascenso de las detecciones semanales de COVID-19, aunque los casos permanecen en niveles bajos.

Gráfico 7: COVID-19: Casos confirmados y fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 41/2024. Argentina.



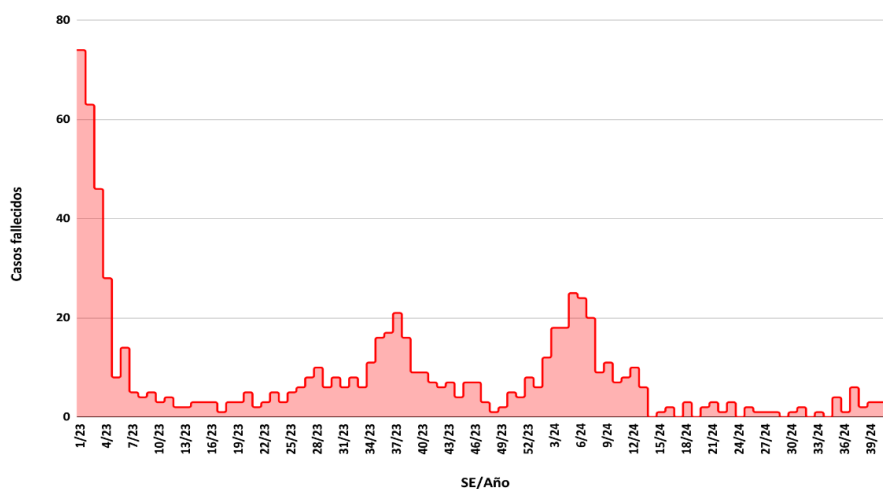
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS^{2.0}.

Respecto a los fallecimientos, se observó en las primeras semanas de 2024 un ligero aumento en las notificaciones en el SNVS 2.0 en concordancia con el último ascenso de casos, que alcanzó su máximo en la SE5 de 2024 y posteriormente presentó una tendencia descendente. Durante la SE41/2024, se registran 2 personas fallecidas con diagnóstico de COVID-19²¹.

²⁰ 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.

²¹ De acuerdo a la estrategia de vigilancia epidemiológica vigente, para el análisis de fallecimientos por COVID-19 se consideran los casos en los que se registre tanto el fallecimiento, así como el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 por las técnicas de laboratorio disponibles en alguno de los eventos para la notificación de IRAs en el SNVS.

Gráfico 8: COVID-19: Casos fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 41/2024. Argentina.

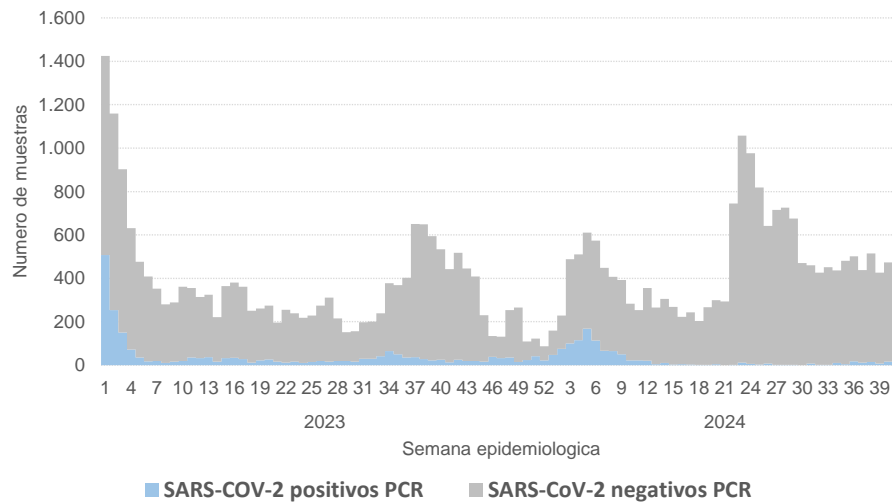


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS^{2.0}.

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

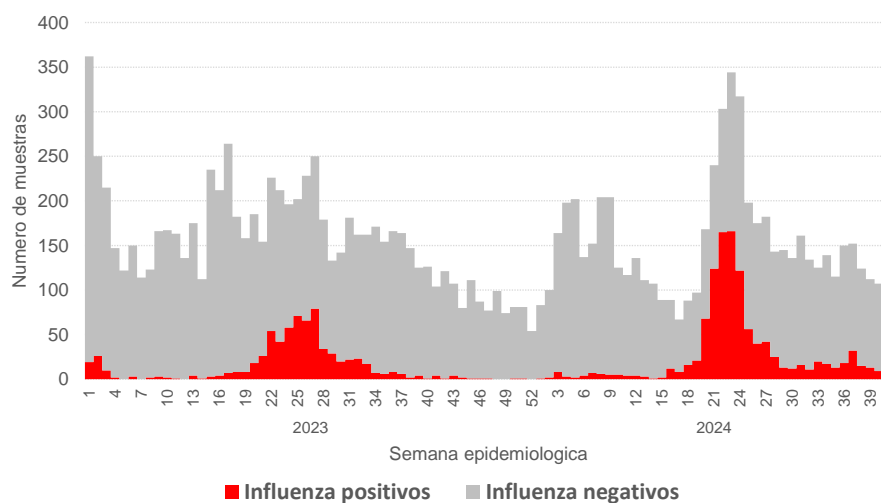
Desde el inicio del año 2024 hasta la SE41, se registraron en el SNVS2.0, en el evento “Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios”, un total de 18.785 muestras estudiadas por rt-PCR para SARS-COV-2, de las cuales 1035 fueron positivas. Esto representa un ascenso de 15,25% respecto a las muestras estudiadas registradas para el mismo periodo de 2023, aunque con un descenso de -46,12% en las detecciones. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 5,51%.

Entre las SE1 y 5 de 2024, se observó un ascenso tanto en las muestras estudiadas como en las detecciones de SARS-CoV-2 en UMA por técnica molecular, con un descenso posterior. Alrededor del 84% de los casos en UMA de 2024 fueron detectados durante primeras 12 SE del año. Desde la SE13 y hasta la actualidad las detecciones fueron bajas, con un promedio de 6 casos semanales, con un mínimo de cero casos detectados en la SE21 y un máximo de 18 detectados en la SE36 (se destaca que en las SE34 y SE40 se registraron 12 casos en promedio, que, si bien no determina una tendencia, podría corresponder a un ascenso de SARS CoV-2 en pacientes ambulatorios). En la SE41/2024, se notificaron 6 casos positivos entre las 266 muestras analizadas por PCR para este agente etiológico.

Gráfico 9. Muestras positivas y negativas para SARS-COV-2 por técnica PCR, por SE. SE1/2023 a SE41/2024. Estrategia UMA. Argentina.

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

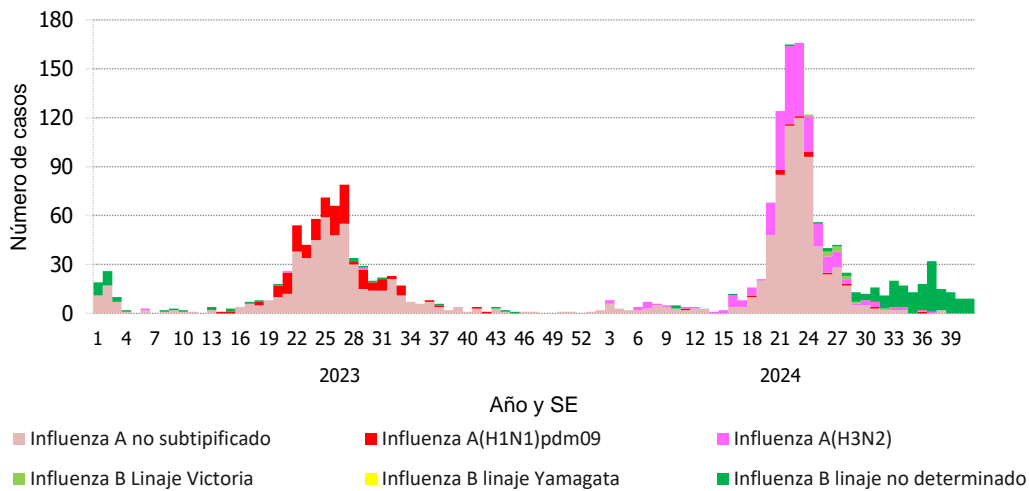
Además, desde el inicio de 2024 se estudiaron un total de 6.187 muestras para influenza, de las cuales 1120 resultaron positivas. Si bien las muestras estudiadas para este agente registran un descenso de aproximadamente el -14,33% en 2024 respecto al mismo período de 2023, se verifica un 60,00% más detecciones de influenza, lo que evidencia la mayor circulación durante el año en curso en el período analizado. La positividad acumulada durante 2024 es de 18,10% 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 tendencia descendente en el número de casos semanales, con 18 casos confirmados entre las 154 muestras analizadas en las dos últimas semanas epidemiológicas (SE 40 y SE 41). Respecto a influenza B, se verifica un paulatino ascenso de las detecciones en las últimas semanas.

Gráfico 10. Muestras positivas y negativas para influenza, por SE. SE1/2023 a SE41/2024. Estrategia UMA. Argentina.

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

En relación con las detecciones de virus influenza desde SE1/2024 (n= 1120), la mayoría correspondieron a Influenza A (n= 939, 83,84%), mientras que Influenza B se identificó en los 181 casos restantes. Respecto de los virus Influenza A, 267 muestras cuentan con subtipificación, detectándose predominantemente Influenza A (H3N2) (n= 253) y algunos casos de Influenza A (H1N1) pdm09 (n= 14). Entre los casos de influenza B detectados en la estrategia UMA en el periodo analizado, 11 fueron identificados como Influenza B Victoria, el resto correspondieron a Influenza B sin identificación de linaje.

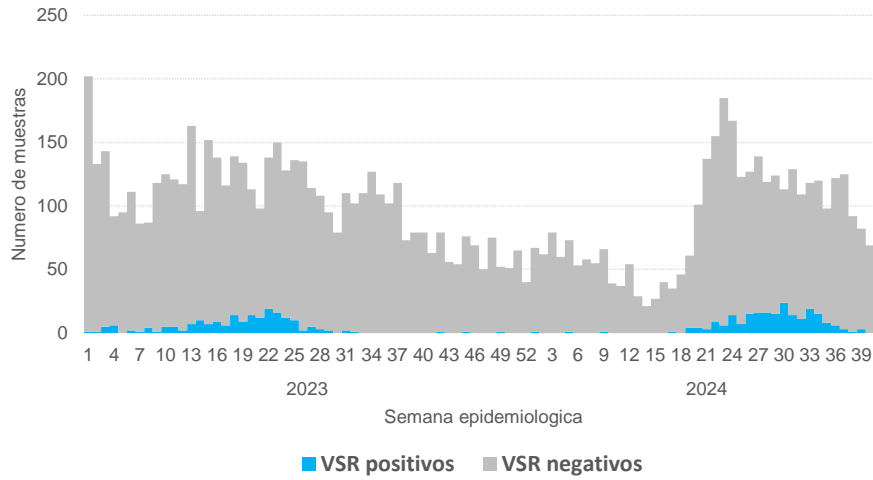
Gráfico 11. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica – SE1/2023 a SE41/2024. Estrategia UMA. Argentina.



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

En cuanto a VSR, se registraron 3.544 muestras estudiadas en lo que va de 2024, con un total de 218 positivos para VSR durante 2024 en UMAS y una positividad acumulada de 6,15%. Se verifica un ascenso de las detecciones de VSR a partir de la SE19, con aproximadamente el 76% de los casos se registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En las dos últimas semanas analizadas (SE40 y 41), se notificó 1 caso de VSR entre las 97 muestras estudiadas.

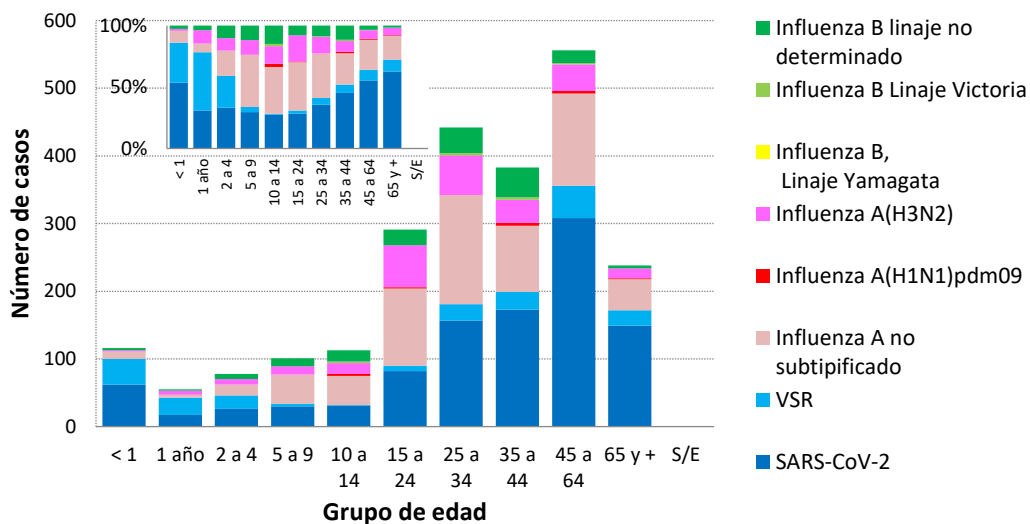
Gráfico 12. Muestras positivas y negativas para VSR por SE. SE1/2023 a SE41/2024. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 13. Distribución absoluta y relativa de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE41/2024. Estrategia UMA. Argentina.



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

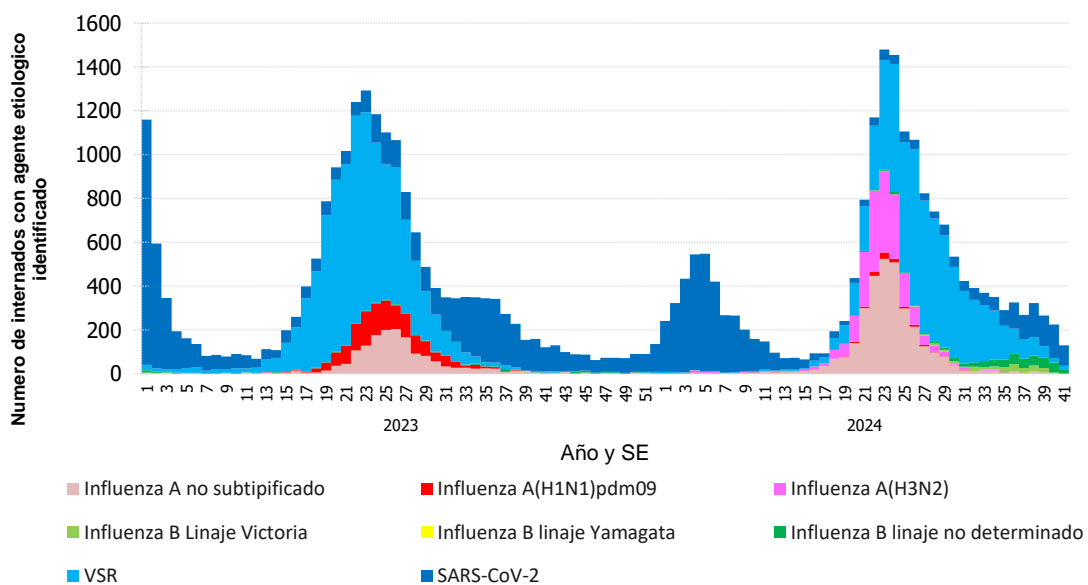
VIGILANCIA DE SARS COV-2, INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS

Entre SE01 y SE41 de 2024, en términos acumulados, se notificaron 5259 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. **Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa -20,37% menos casos.** Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia ascendente entre las SE52/2023 y SE5/2024, descendiendo de manera sostenida desde esa semana hasta la SE12. A partir de la SE13 y hasta la SE33 los casos detectados se mantuvieron por debajo de los 60 semanales (mínimo de 19 en SE17 y máximo de 56 en SE33). Desde la SE34 se observa un mayor número de detecciones respecto a lo registrado en las semanas previas, con un promedio de 129 casos semanales en las últimas 6 semanas analizadas (94 casos notificados en hospitalizados para la SE41).

Adicionalmente, en lo que va de 2024, se registraron 5878 detecciones positivas para virus influenza en internados. Esto representa un **ascenso del 95,67% 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, con predominio de influenza A/H3N2, verificándose tendencia descendente en el número de notificaciones semanales desde la SE24. En relación a influenza B, a partir de SE23, se verifica un paulatino ascenso de las detecciones. En la SE41/2024 se registraron 18 casos de influenza en personas hospitalizadas.

Respecto a **VSR**, desde SE1/2024 a SE41/2024 se notificaron 6992 casos hospitalizados positivos para VSR, con un **descenso del -22,96% respecto a las notificaciones del mismo periodo del año previo.** A partir de la SE16 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, que alcanza su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. El 93% de los casos de VSR durante 2024 fueron identificados entre las SE20 y 36. En la última semana analizada (SE41), se registraron 8 casos de VSR en hospitalizados.

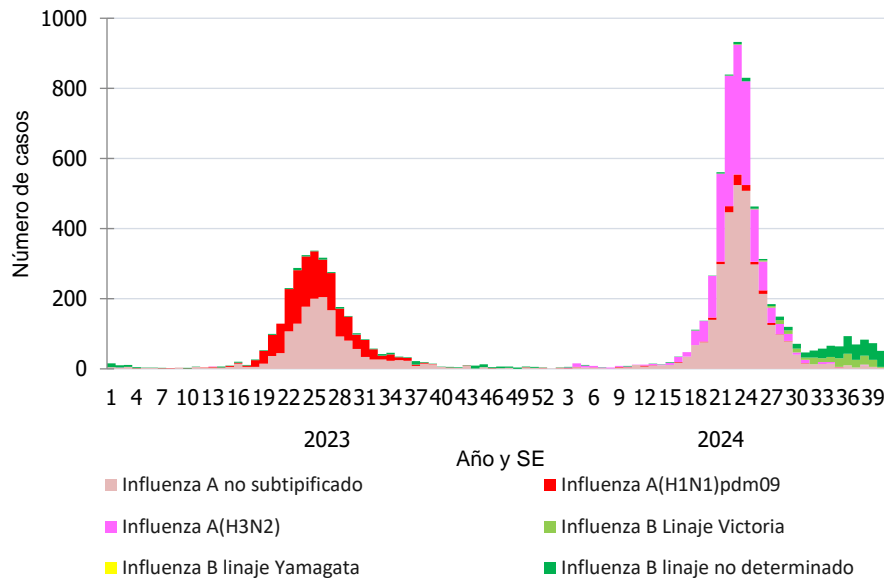
Gráfico 14. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2023 a SE41/2024. Argentina.



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}.

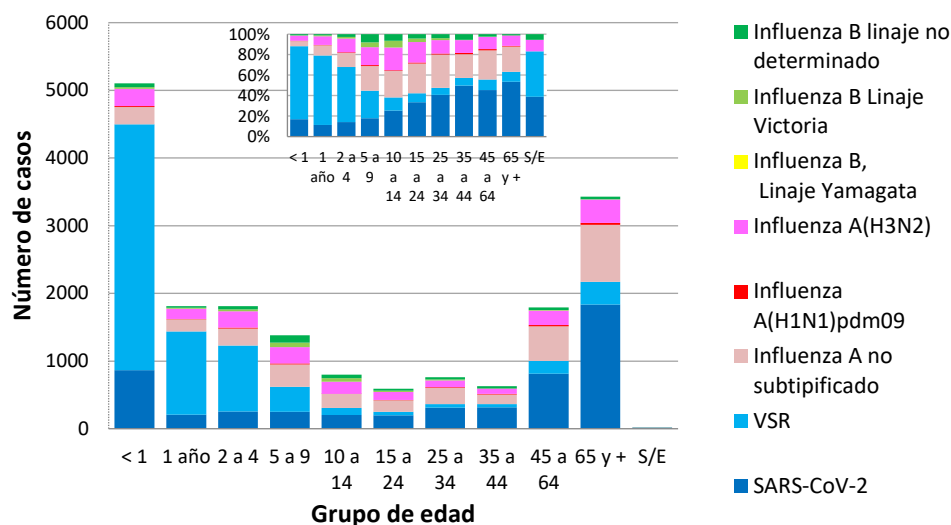
Para el año 2024, entre las 5878 detecciones de influenza, 5191 fueron influenza A y 687 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 2051 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales la mayoría correspondieron a **influenza A (H3N2) (n= 1934, 94,30%)**, mientras que las 117 muestras restantes fueron identificadas como influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 226 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 SE41/2024. Argentina.



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

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

Gráfico 16. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2024 a SE41/2024.

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 01-41 del año 2024, se notificaron al SNVS 2.0 177 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.²²

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 tendencia descendente en el número de notificaciones semanales de influenza desde SE24 y de VSR desde la SE27. Los casos de SARS-CoV-2 presentan un ligero incremento en las últimas semanas.

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 SE50/2023 y SE04/2024, con tendencia descendente en las semanas siguientes, permaneciendo en valores bajos. En las últimas semanas, se verifica un ligero incremento de las notificaciones semanales de SARS-CoV-2.

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 siguientes semanas. Además, se observa 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. Luego del máximo alcanzado en SE26, los casos presentan tendencia descendente, aunque permanecen por encima de los 100 casos semanales hasta la SE39.

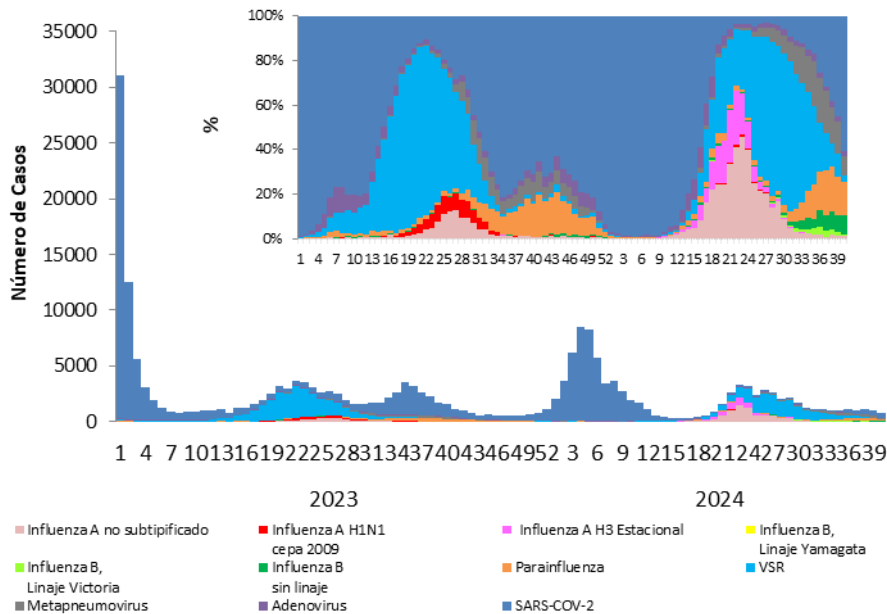
Respecto a otros virus respiratorios, además de SARS-CoV-2, VSR e influenza, durante todas las semanas del año 2023 se registró circulación de parainfluenza y adenovirus, con algunas

²² 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.

detecciones positivas para metapneumovirus (principalmente a partir de SE15).

En la SE40 de 2024 se verifica circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: parainfluenza, metapneumovirus y adenovirus. Desde la SE23 se registra un ascenso de las detecciones de metapneumovirus y, en las últimas semanas, un ligero incremento de los casos de parainfluenza.

Gráfico 17. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2023 a SE40/2024. Argentina.



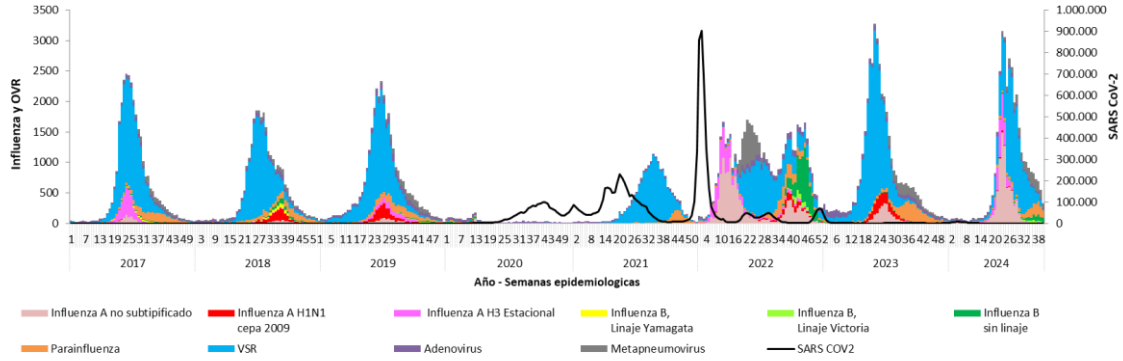
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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

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

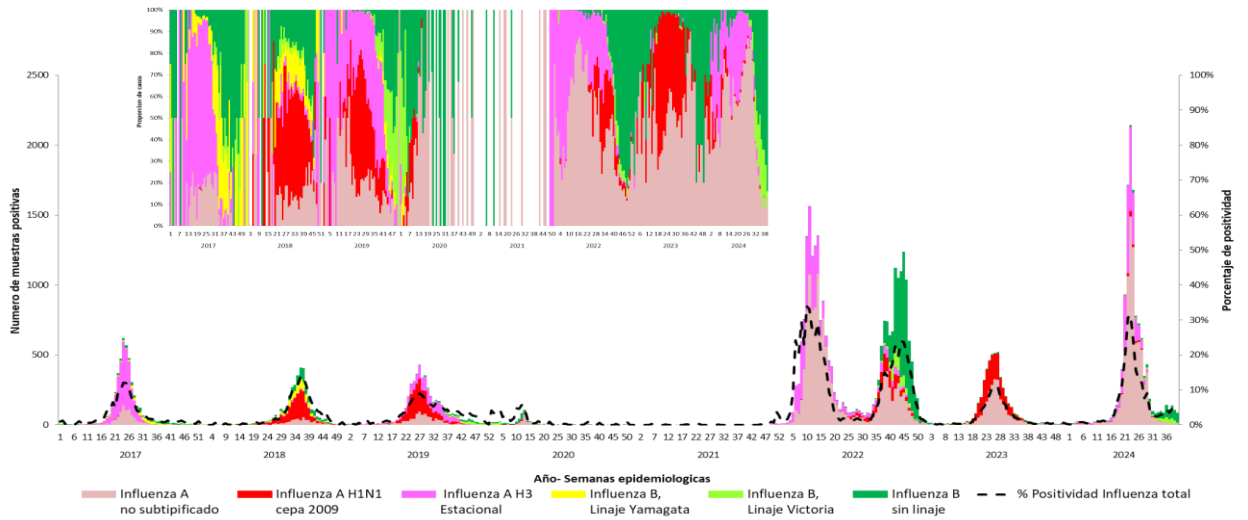
se observó un ascenso de casos entre las SE18-27 de 2023, similar a lo registrado para los años 2017 y 2019.

Gráfico 18. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE40/2024. Argentina.



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

Gráfico 19. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE40/2024. Argentina.



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

VARIANTES DE SARS-COV-2

Situación mundial

A nivel mundial, durante el periodo de 28 días comprendido entre el 19 de agosto y el 15 de septiembre de 2024, se compartieron 25.267 secuencias de SARS-CoV-2 a través de GISAID. En comparación, en los dos periodos anteriores de 28 días se compartieron 42.354 y 46.501 secuencias, respectivamente.²³

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) designa 2 variantes de interés (VOI), BA.2.86 y JN.1. Además, fueron designadas 7 variantes bajo monitoreo (VUM): JN.1.7, JN.1.18, KP.2, KP.3, KP.3.1.1, LB.1 and XEC^{24,25}.

A nivel mundial, JN.1 es la VOI circulante dominante (actualmente notificada por 140 países), representando el 16% de las secuencias en la semana 37 y habiendo disminuido desde una proporción del 19,4% en la semana 34. Su linaje parental, BA.2.86, sigue mostrando una prevalencia muy baja, representando entre 0,1-0,3% de las secuencias en cada semana entre la semana 34 y la 37

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

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

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

La dinámica de KP.3.1.1 y XEC muestra notables diferencias regionales. Entre las semanas 34 y 37, KP.3.1.1 experimentó un fuerte crecimiento en las Américas (pasó del 34,1% en la semana 34 al 49,2% en la semana 37) y el Pacífico Occidental (del 13,5% al 24,2%). En relación a XEC, su aumento fue más gradual, registrándose las subidas más significativas en Europa (pasó del 5,3% en la semana 34 al 12,0% en la 37) y las Américas (aumentó del 0,9% al 2,8%).

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

Situación nacional

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

Entre las SE5 y 12 de 2024, se notificaron al SNVS 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*

²³ COVID-19 epidemiological update – 9 de octubre de 2024. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

²⁴ OMS- Tracking SARS-CoV-2 variants-. <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

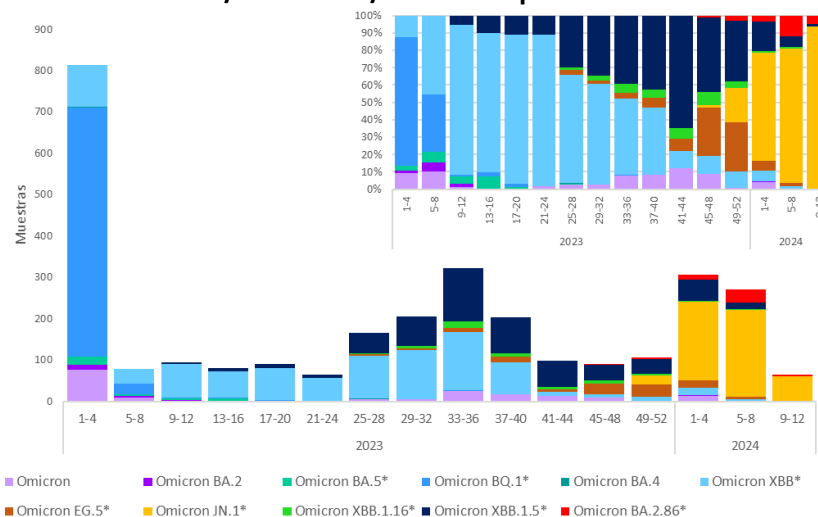
²⁵ Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for-sars-cov-2-variants>

en un 10,75% (n=36) (*Indica la inclusión de linajes descendientes)²⁶.

En total, al 16 de octubre de 2024 en Argentina se detectaron 532 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 20: Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrisesmanas. SE01/2023- SE12/2024.Total país²⁷.



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

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.

²⁶ 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.

²⁷ Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS²⁸

Situación Regional: la actividad de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) ha mostrado una tendencia general a la baja en las últimas semanas. En América del Norte y el Caribe, la mayor parte de los casos ha estado asociada a SARS-CoV-2 y en menor medida a influenza. En América Central, la región Andina y el Cono Sur, los casos han disminuido, con la mayoría de los positivos vinculados a VRS, SARS-CoV-2 e influenza.

La actividad de SARS-CoV-2 continúa siendo elevada en Norteamérica, y se encuentra en ascenso en Brasil y el Cono Sur. La influenza ha mostrado una disminución generalizada, aunque sigue presentando fluctuaciones en ciertos países del Caribe y la subregión Andina y el Cono Sur. La actividad del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) ha comenzado a descender en la subregión Andina y el Cono Sur, tras alcanzar niveles epidémicos en semanas previas, y se mantiene alta en algunos países de América Central y en ascenso en algunos países del Caribe.

América del Norte: Los casos de ETI, IRAG y las hospitalizaciones asociadas a virus respiratorios se han mantenido en descenso las cuatro últimas SE, tras el incremento mostrado en semanas previas, la mayor proporción de casos positivos son atribuibles a SARS-CoV-2, aunque esta proporción también está en descenso. 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 se ha mantenido en niveles similares a los máximos observados en la ola previa 2023-2024.

Por países: En Canadá, la actividad del SARS-CoV-2 se mantiene en niveles elevados, cercanos a los máximos registrados en olas previas. La actividad de la influenza sigue por debajo del umbral 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 siguen en descenso en las cuatro últimas SE hasta niveles epidémicos. La mayoría de los casos positivos son atribuibles a SARS-CoV-2, que se encuentra en descenso y en menor medida a influenza que está en ascenso. La actividad del VRS se mantiene en niveles bajos. En Estados Unidos, la tasa de hospitalizaciones asociadas a SARS-CoV-2 por cada 100,000 habitantes ha mostrado un descenso en las cuatro últimas semanas y los niveles de positividad para SARS-CoV-2 tras alcanzar valores similares a los picos observados en 2023 y 2024, han presentado una tendencia descendiente en las cuatro últimas SE. La actividad de la influenza y la del VRS continúan en niveles bajos.

Caribe: Los casos de ETI han mantenido una tendencia decreciente, asociados a una mayor proporción de casos positivos de influenza. Los casos de IRAG han permanecido en niveles bajos, con la mayor proporción de casos positivos asociada a SARS CoV-2. La actividad de influenza ha mostrado un ligero ascenso en las tres últimas 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 una actividad creciente en varios países. La actividad del SARS-CoV-2 tras alcanzar niveles elevados en comparación con olas previas continúa con una tendencia decreciente.

Por países: En las últimas cuatro SE, se ha observado actividad de influenza en Belice, Jamaica, Islas Caimán y Guyana. Asimismo, se ha registrado actividad de SARS-CoV-2 en Belice, Haití, Jamaica, Surinam, Barbados, y San Vicente y las Granadinas. Adicionalmente se ha detectado actividad de VRS

²⁸ 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>

en República Dominicana, Jamaica, Guyana, San Vicente y las Granadinas. En Jamaica se ha detectado un incremento en los casos de IRAG e IRA, que se mantienen por debajo del umbral epidémico, así como de neumonía que se encuentra en niveles altos. Se ha observado actividad fluctuante de SARS-CoV-2, VRS e influenza. En Guyana, tras el aumento en la actividad de ETI e IRAG en semanas previas, se ha observado un descenso en las últimas SE, con casos positivos atribuibles a influenza, y en menor medida SARS-CoV-2 y VRS. En Santa Lucía la actividad de IRAG se ha mantenido fluctuante en torno al umbral epidémico en las últimas cuatro SE. En Surinam se ha observado actividad de influenza y SARS-CoV-2 en las cuatro últimas SE, no obstante, la actividad de IRAG se mantiene por debajo del umbral epidémico.

Centroamérica: Se ha observado un descenso en la actividad de ETI e IRAG en las cuatro últimas SE. La mayoría de los casos positivos de ETI son atribuibles a SARS-CoV-2 e influenza, que se encuentran en descenso. Los casos de IRAG son mayoritariamente atribuibles a VRS. 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 B/Victoria seguido de tipo A(H3N2). La actividad del VRS se mantiene en ascenso, alcanzando niveles similares a los máximos registrados en temporadas previas. La actividad del SARS-CoV-2 tras alcanzar niveles similares a los máximos observados en olas anteriores, ha presentado una tendencia decreciente en las cuatro últimas SE hasta niveles bajos.

Por países: En Costa Rica, se ha observado un repunte en los casos en las tres últimas SE, con la mayoría de los casos atribuibles a VRS y en menor medida SARS-CoV-2. La actividad de SARS-CoV-2 tras alcanzar niveles máximos observados en olas previas ha mostrado un descenso. La actividad del VRS ha mostrado un ascenso, aunque manteniéndose en niveles bajos en comparación con temporadas previas. La actividad de influenza se encuentra por debajo del umbral epidémico. En El Salvador, la circulación de influenza se mantiene fluctuante en torno al umbral epidémico. El SARS-CoV-2 tras un ligero ascenso, se mantiene en niveles bajos en comparación con olas previas. El VRS se mantiene en niveles bajos, aunque mostrando un ligero ascenso. En Guatemala, tras el incremento observado en semanas previas, se ha detectado un descenso en los casos de IRAG positivos. Este descenso está asociado a la disminución de los casos atribuibles a VRS, que, después de alcanzar niveles de positividad máximos similares a los de temporadas anteriores, ha comenzado a disminuir en las últimas cuatro SE. En Honduras, en las últimas cuatro SE, la actividad de IRAG se ha mantenido fluctuante en niveles epidémicos. Sin embargo, los casos positivos a virus respiratorios bajo vigilancia han mostrado un descenso, siendo la mayoría positivos a influenza, que actualmente se encuentra fluctuante en niveles epidémicos, y en menor medida a SARS-CoV-2 y VRS que se encuentran en descenso y en niveles bajos. En Nicaragua, durante las cuatro últimas SE se han observado niveles de influenza por debajo del umbral epidémico y la circulación del SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos. Sin embargo, los niveles de positividad del VRS han se han mantenido en niveles máximos, similares a los observados en temporadas previas. En Panamá, los casos de ETI e IRAG tras el incremento observado en semanas previas, han experimentado un descenso en las cuatro últimas SE. La mayoría de los casos positivos son atribuibles a VRS, cuya actividad tras un marcado ascenso, con niveles máximos similares a los observados en temporadas previas ha comenzado a descender. También se han detectado en menor medida casos positivos a SARS-CoV-2, cuya actividad permanece baja. Asimismo, la actividad de influenza se ha mantenido por debajo del umbral epidémico.

Países Andinos: La actividad de ETI e IRAG ha mostrado un descenso en las últimas cuatro SE en la mayoría de los países. La actividad de influenza se ha mantenido baja, y los virus predominantes han sido de tipo B/Victoria. La actividad del VRS se ha mantenido en descenso hasta niveles bajos, y la actividad de SARS-CoV-2 se encuentra en descenso tras alcanzar niveles medios en comparación con

olas previas.

Por países: En Colombia, la actividad de ETI e IRAG, ha presentado un descenso por debajo del umbral epidémico en las cuatro últimas SE. La mayoría de los casos positivos se atribuyen a VRS, cuya actividad se encuentra en descenso, y en menor medida a SARS-CoV-2, que tras alcanzar niveles de circulación similares a los máximos observados en olas anteriores ha presentado un descenso hasta niveles bajos. Los casos de IRA (Infección Respiratoria Aguda) han descendido a niveles epidémicos. En Ecuador, la actividad de IRAG y neumonía se ha mantenido fluctuante en niveles epidémicos. Los casos positivos de IRAG se atribuyen principalmente a influenza, cuya actividad se encuentra fluctuante en niveles epidémicos, y en menor medida SARS-CoV-2, que tras el aumento en la actividad durante las semanas previa actualmente se encuentra en descenso. El VRS se mantiene en niveles bajos. En Perú, la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene fluctuante, aunque en niveles bajos en comparación con olas previas. El VRS ha mostrado un descenso y la actividad de influenza se mantiene por debajo del umbral epidémico.

Brasil y Cono Sur: La actividad de ETI e IRAG, tras el repunte observado en semanas previas asociado a casos positivos de SARS-CoV-2, ha mostrado un descenso en las últimas cuatro semanas. La actividad de influenza se mantiene por debajo del umbral epidémico en la mayoría de los países. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo B/Victoria, seguidos de influenza A(H1N1)pdm09 y, en menor medida, A(H3N2). La actividad de VRS ha mostrado un marcado descenso hasta alcanzar niveles bajos.

Por países: En Argentina, la actividad de ETI, tras alcanzar niveles elevados, ha descendido a niveles por debajo del umbral epidémico, a su vez la actividad de IRAG, tras alcanzar niveles epidémicos ha caído por debajo de este umbral. La actividad de influenza se encuentra en niveles epidémicos, mostrando un ligero repunte en las últimas tres SE. 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 ha mostrado un marcado incremento. En Brasil, tras el reciente ascenso en los casos de ETI e IRAG asociado a la actividad de SARS-CoV-2, se ha observado un descenso en las últimas cuatro SE. La actividad de influenza se mantiene por debajo del umbral epidémico, aunque con un ligero aumento. Por su parte, la actividad de SARS-CoV-2 ha mostrado un incremento, aunque continúa en niveles bajos en comparación con olas previas. La actividad de VRS se mantiene en niveles bajos. En Chile, tras el repunte observado en los casos de ETI e IRAG, se ha registrado un descenso a niveles moderados y epidémicos, respectivamente. La mayoría de los casos positivos de IRAG son atribuibles al VRS, y en menor medida a SARS CoV-2. Los casos positivos de ETI son atribuibles a influenza y en menor medida SARS-CoV-2 y VRS. La actividad del VRS tras alcanzar máximos por debajo de lo observado en temporadas previas ha comenzado un descenso. La actividad del SARS-CoV-2 y de influenza, aunque se mantienen bajas han mostrado un ligero incremento en las cuatro últimas SE. En Paraguay, la actividad de IRAG se mantiene en niveles epidémicos, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a VRS, cuya actividad está en descenso, y en menor medida, a SARS-CoV-2. La actividad de ETI, ha mostrado un ligero repunte asociado a SARS-CoV-2, VRS e influenza, pero se mantiene en niveles por debajo del umbral epidémico. La actividad de influenza se mantiene por debajo del umbral epidémico. En Uruguay, la actividad de ETI e IRAG ha presentado un descenso progresivo hasta niveles epidémicos, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a VRS, cuya actividad ha alcanzado niveles de positividad superiores a los picos observados en temporadas anteriores y actualmente se encuentra en descenso. La actividad de influenza y SARS-CoV-2 se ha mantenido en niveles bajos.

INFORMES ESPECIALES

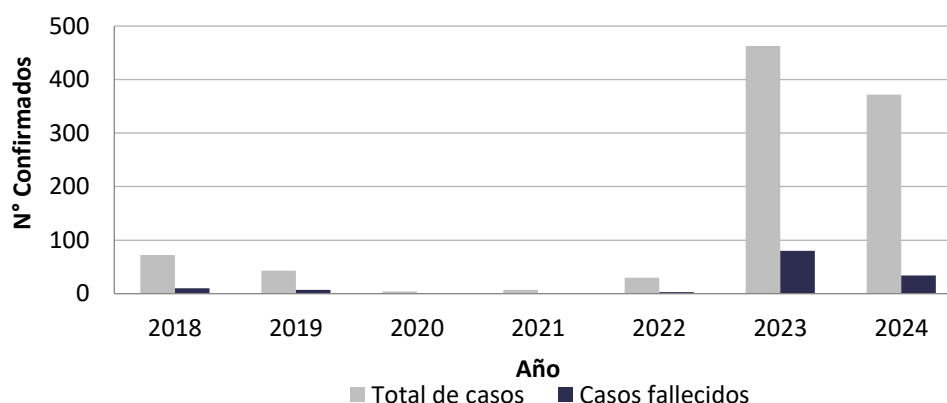
VIGILANCIA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES (STREPTOCOCCUS B - HEMOLÍTICO DEL GRUPO A). INFORME – SE 41 / 2024

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Desde la SE01 a la SE41 / 2024 se notificaron al SNVS^{2.0} 372 casos confirmados de infección invasiva por *Streptococcus pyogenes* (SGAI) de los cuales 34 (9,3%) corresponden a casos fallecidos. La incidencia acumulada es hasta el momento de 0,8 casos cada 100.000 habitantes y la mortalidad de 0,7 por millón de habitantes.

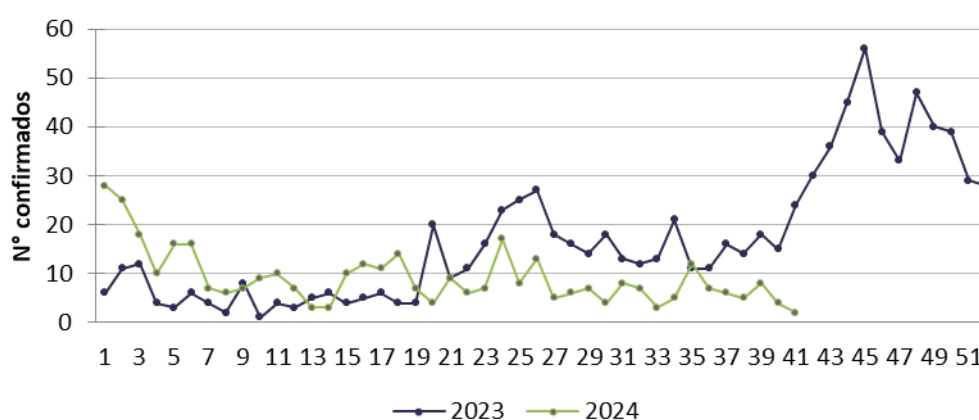
El número de casos registrados este año hasta el momento representa un descenso del 20% respecto a lo registrado para el mismo período de 2023 (463 casos)-y un descenso del 58% respecto a los casos fallecidos en mismo periodo del año anterior --cuando se habían registrado 80 casos fallecidos.

Gráfico 1. SGAI: Casos confirmados (N=991) y fallecidos (N=135) según año. SE01 a SE41, años 2018 a 2024. Argentina.



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

Gráfico 2. SGAI: Casos confirmados según semana epidemiológica y año. Argentina, SE1 a 52/2023 (n=463) y SE01 a 41/2024. (N=372)



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

La curva de casos comienza a elevarse por encima de años previos desde fines de 2022 y durante todo el 2023, encontrándose entre 10 y 25 casos desde la SE20 hasta la SE39/2023. A partir de la

SE40/2023 la curva muestra un ascenso sostenido hasta la SE45, cuando se registró el mayor número de casos hasta el momento en una semana (56). A partir de entonces se registró una tendencia descendente hasta la SE3/2024, a partir de la cual los casos se han mantenido por debajo de los 18 casos semanales (max 17 y min 2).

Gráfico 3. Casos confirmados de SGAI según semana epidemiológica y año. Argentina, 2018 a 2024.

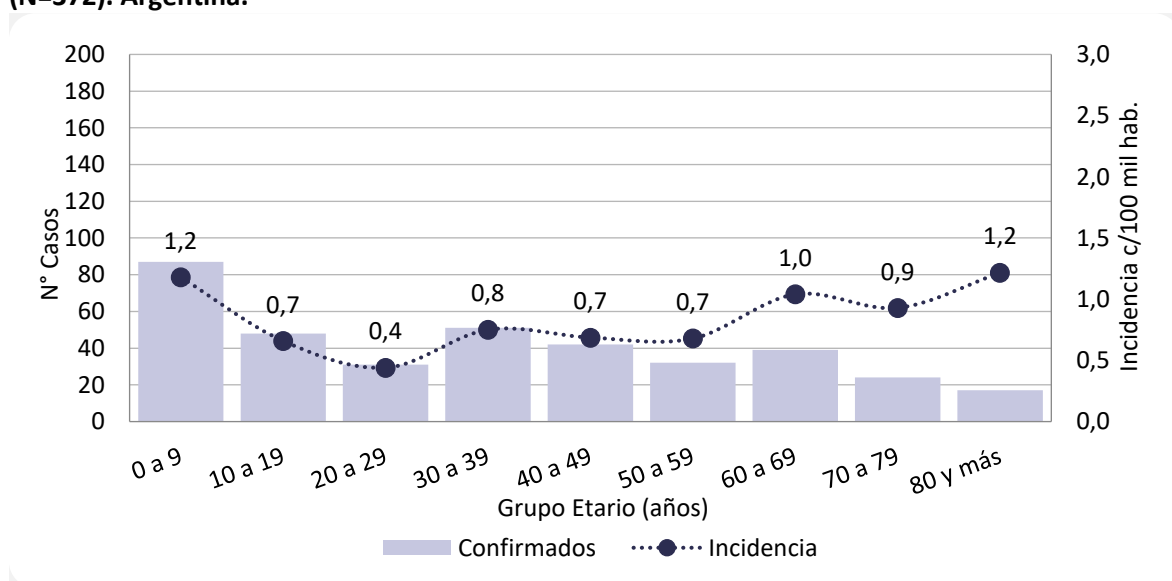


Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En cuanto a la distribución por grupo de edad entre los casos notificados, el 32,9% de los confirmados en 2024 fueron menores de 16 años, y el 30,2% mayores de 50 años, con una mediana de 33 años. No obstante, se notificaron casos en todos los grupos de edad. Respecto a los casos fallecidos, el 21,2% corresponden a menores de 16 años y el 50,0%, a mayores de 50 años, con una mediana de 49 años.

En comparación con el año previo, la disminución de casos e incidencia en lo que va de 2024 respecto al mismo período de 2023 se observa particularmente en el grupo de menores de 10 años (Ver gráficos 4 y 5).

Gráfico 4. SGAI: Casos confirmados e incidencia acumulada según grupo etario. SE 01 a 41 de 2024. (N=372). Argentina.

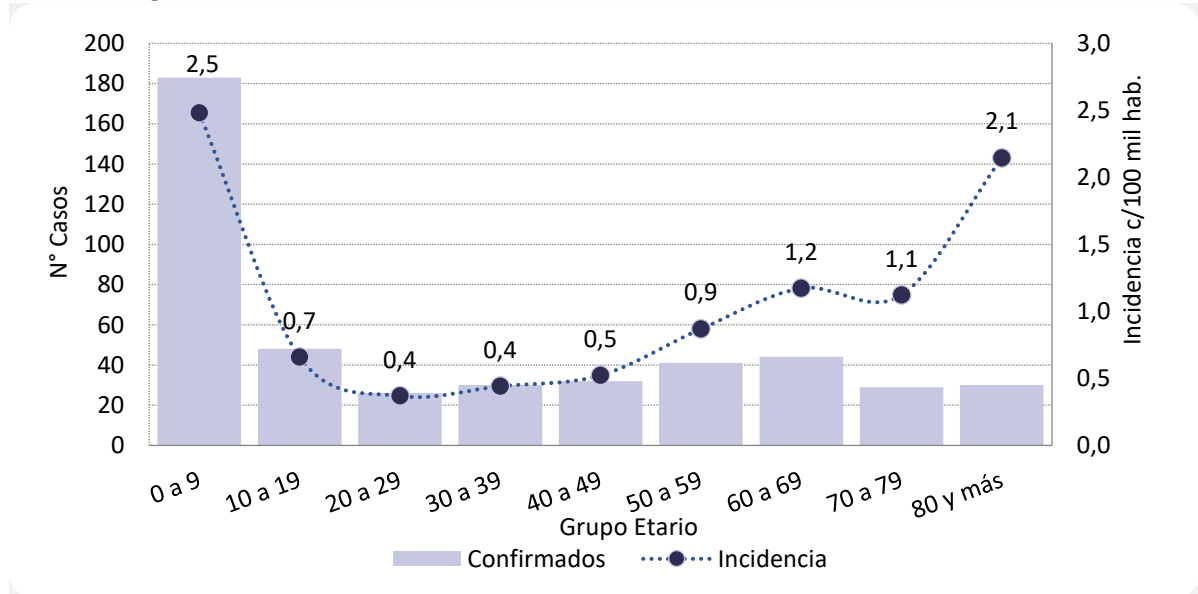


Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Las incidencias acumuladas por grupo de edad más elevadas en 2024 se observaron en la población que se encuentra en los extremos de la vida, de 80 y más y 0 a 9 años (1,2 casos c./ 100.000 hab.), seguidos por el de 60 a 69 años (1,0). Sin embargo, el mayor número de casos confirmados se registró en menores de 10 años (87), seguido del grupo de 30 a 39 años (51).

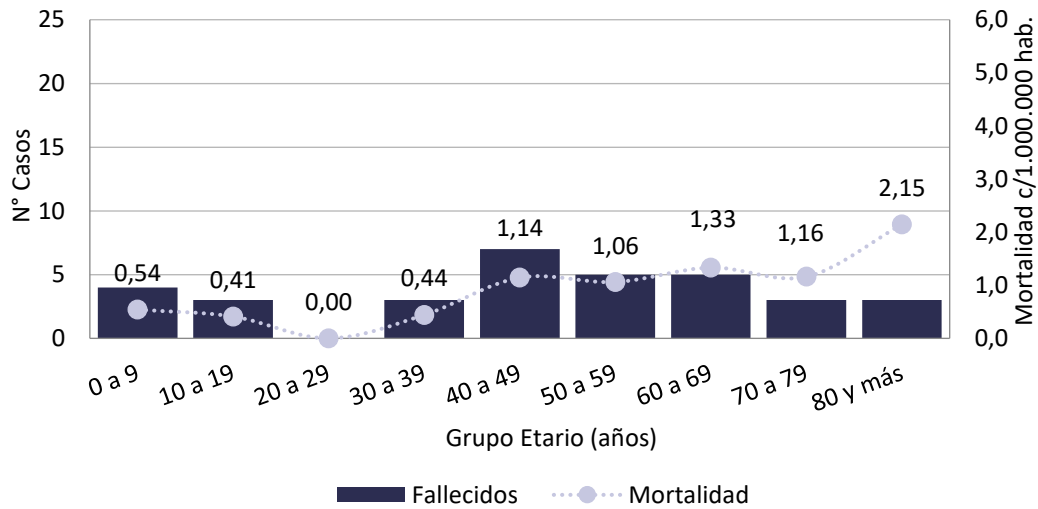
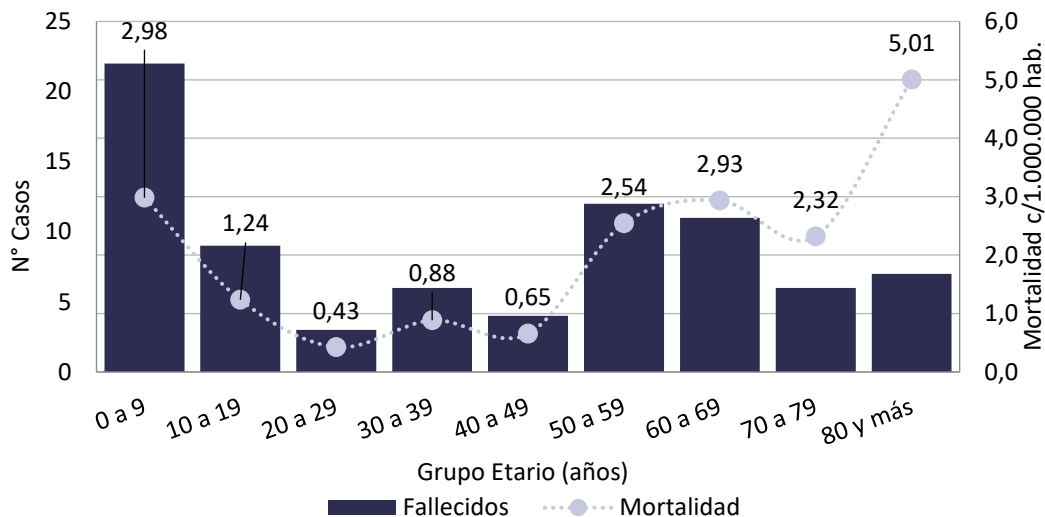
Respecto a igual período de 2023, en 2024 se observa que la incidencia acumulada para el grupo de menores de 10 y de mayores de 80 años descendió casi un 50% mientras que el descenso fue menor en los otros grupos de edad.

Gráfico 5. SGA1: Casos confirmados e incidencia acumulada según grupo etario. SE 01 a 41 de 2023. (N=463). Argentina.



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

Respecto a la mortalidad acumulada por grupo de edad cada millón de habitantes, en 2024 se observa que la población más afectada fue la de mayores de 60. En comparación con el mismo período del año previo, en 2024 la mortalidad acumulada y los casos fallecidos absolutos disminuyeron en todos los grupos de edad -con excepción del grupo de 40 a 49 años- y la mayor diferencia se nota en menores de 10 años, que presenta una reducción del 82% en los casos fallecidos en 2024 hasta la SE41 respecto a igual período de 2023 (ver gráfico 6 y 7).

Gráfico 6. SGAI: Casos fallecidos y mortalidad acumulada según grupo etario. SE 01 a 41 de 2024. (n=34).Argentina.**Gráfico 7. SGAI: Casos fallecidos y mortalidad acumulada, según grupo etario. SE 01 a 41 de 2023. (n=80). Argentina.**

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

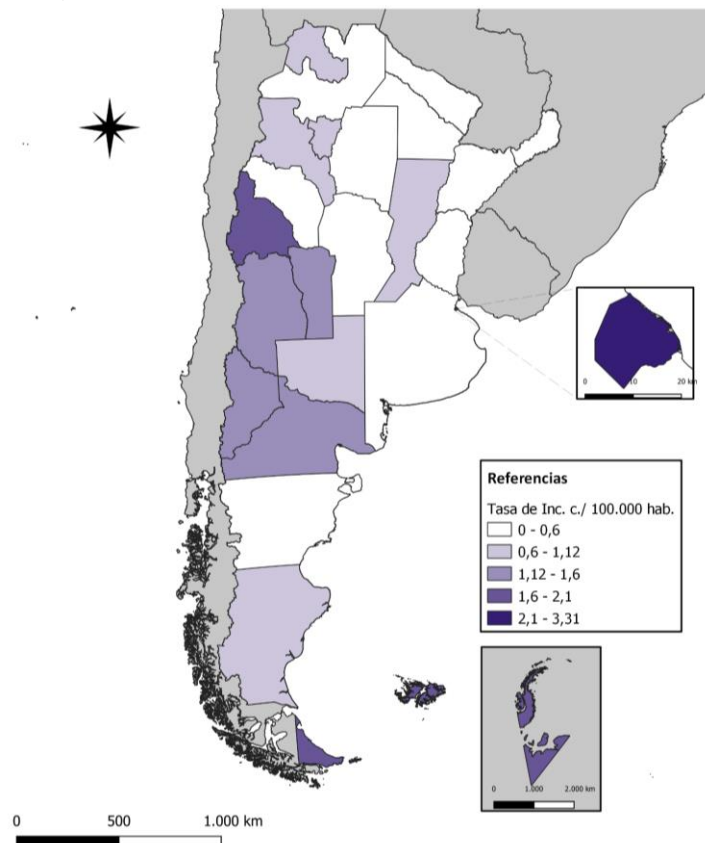
En relación a la distribución de los casos según región puede observarse que en 2024 las mayores incidencias acumuladas se observaron hasta el momento en las regiones Cuyo y Sur, y el mayor número de casos en la Región Centro, seguido por la Región Cuyo. En cuanto a la mortalidad acumulada, los mayores índices corresponden hasta el momento a la región Cuyo seguida de la región Centro (ver Tabla 1).

Tabla 1. SGAi: Casos, fallecidos, incidencia acumulada y mortalidad según región. Argentina, 2024.

Región	Confirmados	Fallecidos	Incidencia acumulada c./ 100.000 hab.	Mortalidad c./ 1.000.000 hab.
CENTRO	229	25	0,8	0,8
CUYO	57	4	1,7	1,2
NEA	12	0	0,3	0,0
NOA	39	3	0,7	0,5
SUR	35	2	1,1	0,6
TOTAL PAÍS	372	34	0,8	0,7

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

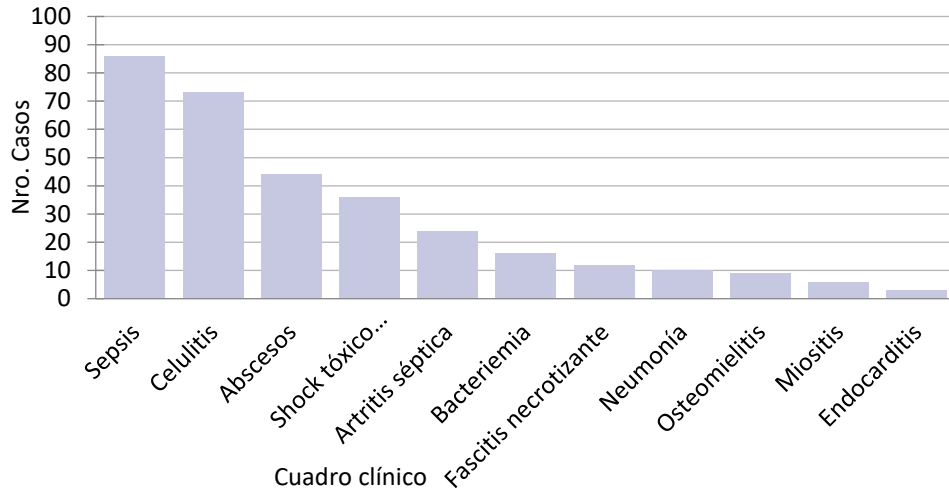
Veintidós de las 24 jurisdicciones del país notificaron casos durante 2024 (todas menos Formosa y La Rioja), y el 46% de los casos se concentran en CABA (102) y PBA (70), seguidas por las provincias de Mendoza (33) y Santa Fe (31).

Mapa 1. Infección invasiva por *Streptococcus pyogenes*. Incidencia acumulada según jurisdicción. Argentina, 2024. (N=372)

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

En cuanto a las formas clínicas de la enfermedad invasiva, el 3% de los casos de 2024 se registraron en el evento Meningoencefalitis, mientras que el 97% restante se registró como “Otras infecciones invasivas”. Entre las presentaciones clínicas consignadas en la solapa clínica del SNVS (241)²⁹ las más frecuentes para los casos confirmados de SGAI notificados durante el año 2024 fueron sepsis (36%), celulitis (30%), abscesos (18%), shock tóxico estreptocócico (15%), artritis séptica (10%), bacteriemia (7%), fascitis necrotizante (5%), neumonía (4%) y osteomielitis (4%).

Gráfico 8. Cuadros clínicos más frecuentes en casos confirmados. SGAI. Argentina 2024.

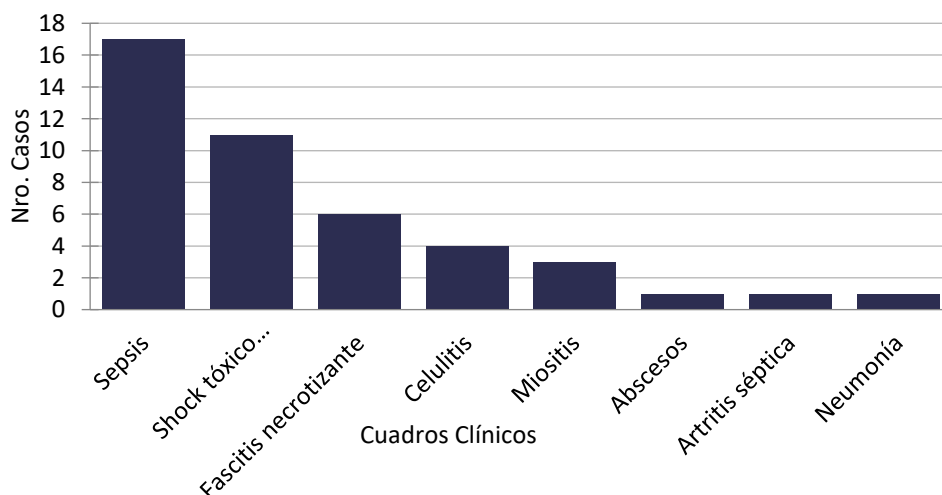


* Se incluyeron dentro de la categoría shock tóxico estreptocócico aquellos que tenían referido ese cuadro clínico o quienes tenían referido shock séptico y aislamiento de SGA en sitio estéril.

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

En casos fallecidos por SGAI durante 2024, las presentaciones clínicas más frecuentes fueron sepsis (50%), shock tóxico estreptocócico (32%), fascitis necrotizante (18%), celulitis (12%) y miositis (9%). Hubo información consignada para los 34 casos.

Gráfico 9. Cuadros clínicos más frecuentes en casos fallecidos. SGAI. Argentina, 2024. (n=34)



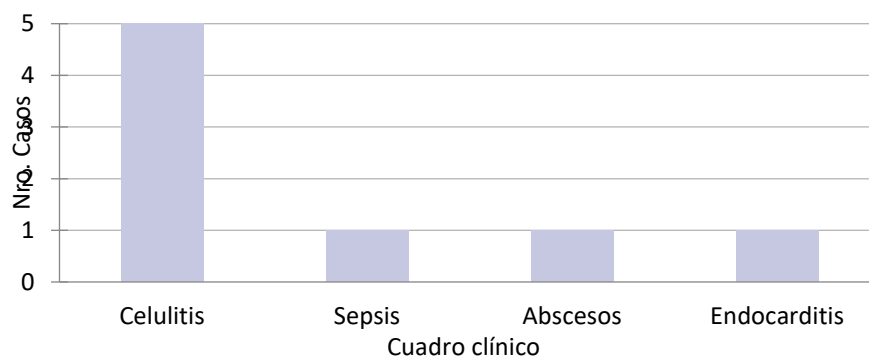
* Se incluyeron dentro de la categoría shock tóxico estreptocócico aquellos que tenían referido ese cuadro clínico o quienes tenían referido shock séptico y aislamiento de SGA en sitio estéril.

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

²⁹ Cada paciente puede consignar más de un cuadro clínico.

Entre los 16 casos con cuadro clínico de bacteriemia en 2024, presentaron además celulitis 5 de ellos.

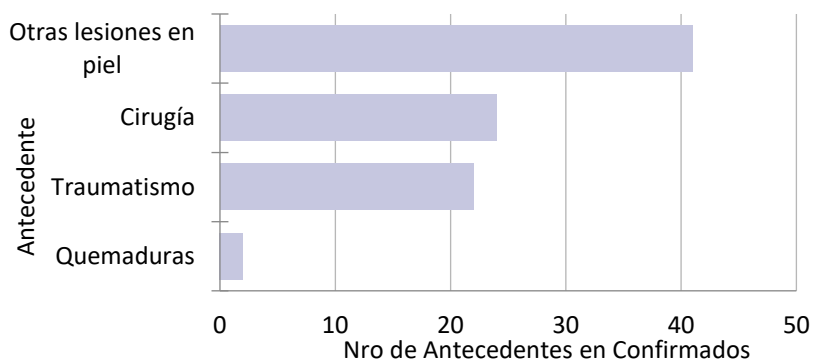
Gráfico 10. Cuadros clínicos más frecuentes en casos con bacteriemia. SGAI. Argentina 2024.



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

Los antecedentes más frecuentes registrados en casos confirmados de SGAI que contaban con información sobre esta variable (81) hasta la SE41/2024 fueron: otras lesiones en piel, cirugía, traumatismos y quemaduras.

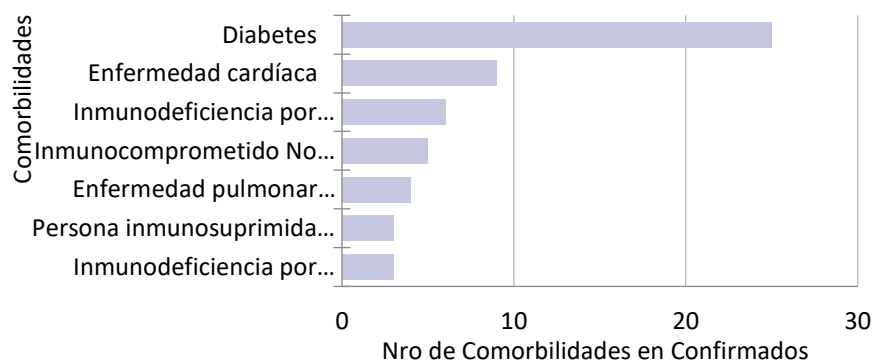
Gráfico 11. SGAI: Antecedentes más frecuentes en casos confirmados. Argentina, 2024. (n=89)



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

En relación a la distribución de comorbilidades en 2024, 67 (18%) casos cuentan con información registrada en el SNVS^{2.0}. De ellos el 24% no presentaron comorbilidades y el resto presentó una o más de una. Las comorbilidades más comunes fueron diabetes (49%), enfermedad cardíaca (18%), inmunodeficiencia por enfermedad hematológica (12%), inmunocomprometido no VIH (10%), enfermedad pulmonar crónica (8%).

Gráfico 12. Comorbilidades más frecuentes en casos confirmados. SGAI. Argentina, 2024.



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

VIGILANCIA GENÓMICA

Las variaciones en la dominancia de los tipos de emm, detectadas mediante vigilancia genómica, pueden reflejar cambios en la virulencia y la transmisión del *S. pyogenes* dentro de la población. Por ello, el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) continúa con la vigilancia genómica activa iniciada en diciembre de 2022.

La epidemiología y las características clínicas de las infecciones por *S. pyogenes* fluctúan según la dinámica y el reemplazo de los clones prevalentes a nivel global. Además, se ha observado que el aumento en la incidencia de las infecciones graves es multifactorial. Entre los diversos factores, la infección viral previa es un disparador importante para la enfermedad grave por SGAI.

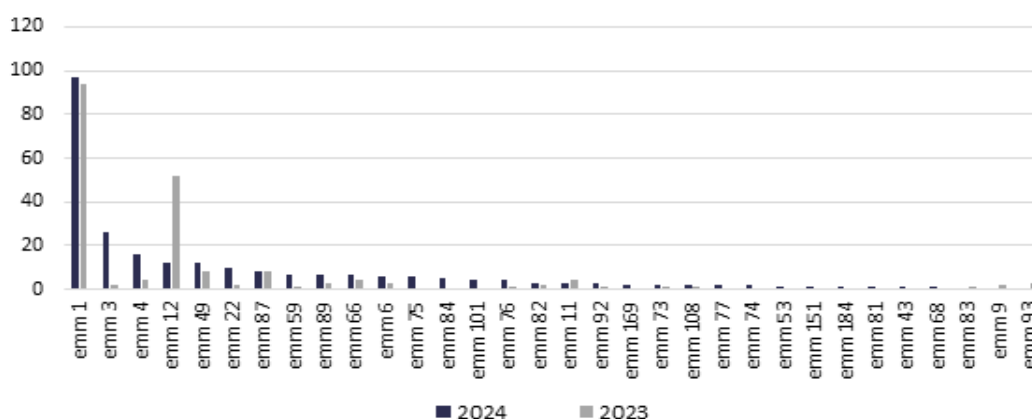
A nivel mundial, el uso de herramientas de secuenciación del genoma completo (SGC) ha permitido una comprensión más detallada de la evolución de este microorganismo. Se han identificado dos patrones distintos de diversidad de cepas: una mayor diversidad de tipos emm circulantes en países y entornos de bajos ingresos, y una menor diversidad genética en entornos de altos ingresos, donde circulan menos tipos emm.

En Argentina, durante el periodo correspondiente a la semana epidemiológica (SE) 1 a SE 40 del año 2023, el LNR recibió 197 aislamientos de SGAI para SGC. Durante el mismo periodo del año 2024, el número de aislamientos derivados se incrementó a 332, lo que demuestra una exitosa sensibilización del sistema de vigilancia y de las redes de laboratorio.

Hasta la fecha, el 76% de los aislamientos derivados de SE1-SE 40 de 2024 han sido secuenciados y analizados. En el gráfico 10 se muestra la distribución de tipos emm en casos de SGAI durante el período SE1-SE40 de 2024. El tipo emm 1 continúa siendo el más frecuente (38%), seguido por tipo emm 3 (10%), tipo emm 4 (6%) y tipo emm 12 (5%) y 49 (5%). El 36% de los aislamientos restantes están distribuidos en 24 tipos emm.

Durante el mismo período del año 2023, el 48% de los aislados correspondieron a al tipo emm 1 y el 26% al tipo emm 12, mientras que el resto de los aislados se distribuyeron en 18 tipos emm.

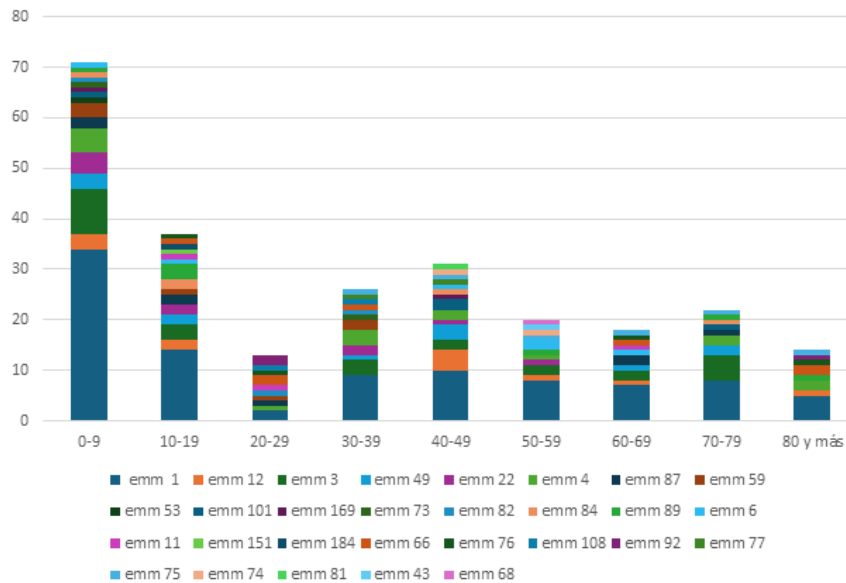
Gráfico 13: Frecuencia de presentación de tipos emm más prevalentes, por tipo y grupo de edad. Aislamientos de SGAI recibidos por el LNR. Argentina, SE01-SE 40, 2024. (n=252)



Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

El número de aislamientos de casos de SGA1 según tipo emm y edad se muestra en el Gráfico 11. Se observa un patrón de distribución distinto al observado para el mismo período del 2023, en el cual el tipo emm 1 representó más del 60% de los aislados clínicos en la población pediátrica, mientras que durante 2024, si bien continúa siendo el tipo prevalente, la frecuencia de otros tipos emm fue más heterogénea.

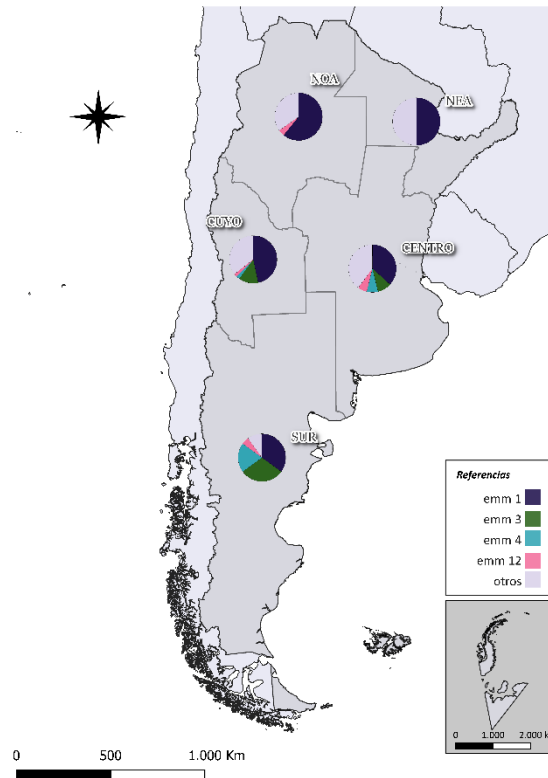
Gráfico 14: Frecuencia de presentación de tipos emm más prevalentes, por tipo y grupo de edad. Aislamientos de SGA1 recibidos por el LNR. Argentina, SE 1 a SE 40, 2024. (n=252)



Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

Se observa a nivel territorial que el tipo emm 1 es el más prevalente en todas las regiones.

Mapa 2. Prevalencia de tipos emm en aislamientos de SGAI recibidos por el LNR, según región. Argentina, 2024. (n=252)



Fuentes: Servicio Bacteriología Especial, INEI-ANLIS; Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

En lo que respecta a la presentación clínica, los aislamientos analizados correspondieron a casos de bacteriemia, representando el 27% del total. De estos, más de la mitad presentó un foco en piel y partes blandas (PPB). El 19% de los aislados estuvo asociado a infecciones de PPB, mientras que el 14% correspondió a sepsis, el 13% a shock séptico, el 11% a infecciones osteoarticulares, el 6% a casos de neumonía con derrame, el 5% a fascitis necrotizante y el 4% a infecciones del sistema nervioso central. El 1% restante se clasificó en endocarditis, ascitis, infección peritoneal e infección urinaria.

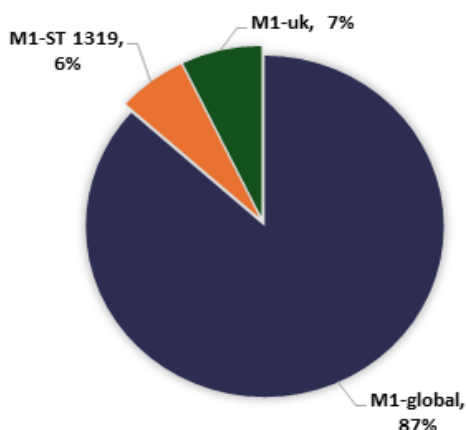
El tipo emm 1 fue el más frecuente en todas las presentaciones clínicas, excepto en los casos de neumonía con derrame, donde el 50% de los aislamientos correspondió al tipo emm 3.

CLONES HIPERVIRULENTOS

Linajes intra-M1

Los análisis bioinformáticos realizados para identificar linajes intra-M1 continúan mostrando un predominio del linaje M1-global, junto con un bajo nivel de detección de los linajes M1-uk y M1-ST1319. Durante este período no se ha detectado el clon M1-dk. (Gráfico 5X)

Gráfico 15: Proporción de aislamientos de *S. pyogenes* tipo M1, según linaje. Argentina, SE1 a SE40, 2024.



Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

Clon M3

En el informe incluido en el BEN N° 695, 2024, se hizo referencia al resurgimiento del clon M3, el cual fue responsable de conglomerados de casos asociados a enfermedad invasiva grave en niños que ocurrieron en las provincias de Neuquén y Río Negro durante el último semestre de 2017 (BIV N° 423) y luego su circulación disminuyó y fue desplazado por el clon M12.

Desde la SE 49 de 2023 hasta la SE 40 de 2024, se observó una tendencia de cambio de frecuencia del clon M12 y el clon M3, la cual se ha confirmado durante el transcurso de 2024. Notablemente, se ha identificado una mayor prevalencia del clon M3 en los aislamientos provenientes de casos de neumonía grave. Los aislamientos del tipo emm 3 analizados se agrupan en los ST15 y ST315, que muestran diferencias en su viruloma, específicamente en la presencia o ausencia de las exotoxinas speA. Los clones M3 deben ser monitoreados ya que son altamente virulentos, y forman parte de los serotipos de GAS más comunes de enfermedades estreptocócicas invasivas y tóxicas.

Clon M4:

Este año se han detectado casos producidos por la variante M4, la cual fue identificada como responsable del aumento de casos de SGAI en los Países Bajos durante 2022, afectando especialmente a niños menores de 6 años. Hasta la fecha, se han registrado 16 casos relacionados con este clon, distribuidos en varias franjas etarias. Sin embargo, el 50% de estos casos han estado asociados a infecciones invasivas graves, como sepsis, shock séptico y fascitis necrotizante. Seguimos evaluando el comportamiento y la aparición de nuevos casos de este tipo M.

CONCLUSIONES:

La vigilancia genómica durante la SE1-40 de 2024, mostró que continúa el predominio de M1, contabilizando el 38% de los casos de SGAI. Sin embargo, se evidenció un cambio en la dinámica poblacional, observando un desplazamiento del clon M12 por los clones M3 y M4, 10% y 6% respectivamente. Es interesante que el 46% de los aislamientos restantes se distribuyeron en 26 tipos emm, reflejando un escenario de diversidad compatible con lo observado en países de menores

ingresos, lo que sugiere el impacto de los determinantes sociales en las enfermedades graves causadas por SGAI.

Desde el LNR, enfatizamos que los datos de alta calidad que vinculan la carga mundial de enfermedades causadas por *S. pyogenes* y los tipos de variantes circulantes son cruciales para la investigación y la potencial aplicación de vacunas.

Resulta fundamental seguir monitoreando de cerca la situación epidemiológica para obtener una comprensión más precisa de la dinámica de estos linajes y estar preparados para posibles cambios en su prevalencia. Este seguimiento continuo permite anticipar y responder de manera efectiva a cualquier modificación en la epidemiología de las infecciones por SGAI.

Agradecemos a todos los laboratorios nacionales que activamente siguen realizando las derivaciones.

Para más información, consultar el Instructivo para la notificación de *S. Pyogenes* en el SNVS 2.0

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_para_la_notificacion_de_s_pyogenes_en_el_snvs2.0_julio_-_2023_1742024.pdf

Más recomendaciones e información en la Guía para la vigilancia epidemiológica de Infecciones respiratorias agudas y recomendaciones para la prevención y control 2024. Sección: Vigilancia epidemiológica de infecciones invasivas bacterianas

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_preve_ncion_y_control_ira-2024.pdf

Instructivo para el envío de aislamientos de *Streptococcus pyogenes* invasivos para vigilancia

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

Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras). Ficha de notificación, investigación epidemiológica y solicitud de estudios de laboratorio. Actualización Septiembre 2023.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_epidemiologica_otras_infecciones_invasivas_inmunoprevenibles_y_otras_-_julio_2023_1742024.pdf

Bibliografía

De Gier B, van de Kasstele J, van Asten L, Schoffelen AF; ISIS-AR study group; Hooiveld M, Te Wierik MJ, van Sorge NM, de Melker HE; Members of the ISIS-AR study group. Attribution of invasive group A streptococcal infections (iGAS) to predisposing viral infections, the Netherlands, 2010 to 2023. *Euro Surveill.* 2024 Oct;29(40):2300739.

Ministerio de Salud de la República Argentina. (2024). *Boletín Epidemiológico Nacional* N°695

Smeesters PR, de Crombrughe G, Tsoi SK, Leclercq C, Baker C, Osowicki J, Verhoeven C, Botteaux A, Steer AC. Global *Streptococcus pyogenes* strain diversity, disease associations, and implications for vaccine development: a systematic review. *Lancet Microbe.* 2024 Feb;5(2):e181-e193.

Van der Putten BCL, Bril-Keijzers WCM, Rumke LW, Vestjens SMT, Koster LAM, Willemsen M, van Houten MA, Rots NY, Vlamincxx BJM, de Gier B, van Sorge NM. Novel emm4 lineage associated with an upsurge in invasive group A streptococcal disease in the Netherlands, 2022. *Microb Genom.* 2023 Jun;9(6):mgen001026.

**ALERTAS Y
COMUNICACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
INTERNACIONALES**

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

A continuación, **se reproducen los informes** de los eventos de mayor relevancia que han sido **elaborados** por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 10 y el 16 de octubre del 2024.

ENFERMEDAD POR VIRUS DE MARBURGO - RUANDA

Se reproduce a continuación información difundida por la Organización Mundial de la Salud en <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON539>

“Desde que se publicó la primera noticia sobre este brote el 30 de septiembre de 2024, se han notificado 32 casos adicionales confirmados en laboratorio de la enfermedad por el virus de Marburgo (EVM) en Ruanda. Hasta el 10 de octubre de 2024, se ha registrado un total de 58 casos, incluyendo 13 muertes (tasa de letalidad: 22%). La gran mayoría de los casos se han reportado en tres distritos dentro de Kigali.

Desde la declaración del brote el 27 de septiembre y hasta el 10 de octubre, 15 casos confirmados se han recuperado, mientras que los 30 casos restantes están recibiendo atención en el centro de tratamiento designado para el virus de Marburgo. Los trabajadores de salud de dos instalaciones médicas en Kigali representan más del 80% de los casos confirmados. Todos los nuevos casos confirmados durante la última semana están relacionados con los dos conglomerados hospitalarios en Kigali. Hasta el 10 de octubre de 2024, se han realizado un total de 2.949 pruebas para detectar el virus de Marburgo, con aproximadamente 200-300 muestras analizadas diariamente en el Centro Biomédico de Ruanda de casos sospechosos de EVM.

Se está llevando a cabo el rastreo de contactos, con más de 700 personas bajo seguimiento hasta el 9 de octubre de 2024. Se sabe que uno de los contactos viajó internacionalmente a Alemania y está siendo monitoreado por las autoridades locales de salud durante el período de seguimiento de 21 días recomendado. Otro contacto que viajó a Bélgica ha completado el período de seguimiento de 21 días y ya no representa un riesgo para la salud pública.

La fuente del brote sigue bajo investigación y se proporcionará información adicional cuando esté disponible”.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON539>

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA: DETECCIÓN DE POLIOVIRUS (CVDPV3) EN AGUAS RESIDUALES, CONSIDERACIONES PARA LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Se reproduce a continuación información difundida por la Organización Panamericana de la Salud a través del Alerta epidemiológica - Detección de poliovirus (cVDPV3) en aguas residuales, consideraciones para la Región de las Américas - 14 de octubre del 2024 disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-deteccion-poliovirus-cvdpv3-aguas-residuales-consideraciones-para>

Resumen de la situación

El 6 de agosto del 2024, se informó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) sobre la detección de poliovirus tipo 3 derivado de la vacuna (VDPV3) en una muestra ambiental recolectada en Cayena, Guayana Francesa.

Según el informe, el 2 de agosto del 2024, el Laboratorio Global Especializado (GSL por sus siglas en inglés) de la Red Global de Laboratorios de Polio (GPLN por sus siglas en inglés) en el Institut Pasteur de París, informó a Santé Publique France y a las autoridades sanitarias francesas sobre la detección de poliovirus derivado de la vacuna tipo 3 (VDPV3) en una muestra de aguas residuales ambientales recolectada el 26 de junio del 2024 en Cayena, Guayana Francesa. Esta muestra fue recolectada como parte de un proyecto de investigación coordinado por la agencia francesa de investigación para enfermedades infecciosas emergentes (ANRS-MIE por sus siglas en francés).

La muestra fue enviada como parte de un conjunto de cinco muestras ambientales en cinco sitios de recolección (una en Kourou, una en Cayena, una en Saint George, y dos en Saint Laurent du Maroni) y fue recibida el 8 de julio por el GLS del GPLN en el Institut Pasteur de París. De éstas, la muestra recolectada en la ciudad de Cayena el 26 de junio del 2024 dio resultado positivo para poliovirus.

Los resultados de la secuenciación confirmaron la presencia de VDPV3 con 15 mutaciones en la región de la proteína 1 del poliovirus (VP1). Un análisis posterior también mostró que esta secuencia no está genéticamente relacionada con ninguna cepa de VDPV3 previamente identificada, incluidas aquellas que circularon en otros países durante 2021- 2022, lo que sugiere que podría no haberse propagado desde una fuente conocida.

Se recolectaron muestras adicionales en las plantas de aguas residuales de Leblond (Cayena) y Saint Laurent du Maroni durante julio y agosto, respectivamente. Las muestras recolectadas el 3 y 31 de julio resultaron negativas, mientras que la del 6 de agosto en la planta de Morne Coco, en Rémire-Montjoly, resultó positiva mediante técnicas moleculares en el Institut Pasteur de Guayana Francesa. Una muestra retrospectiva recogida el 15 de mayo del 2024 en la ciudad de Saint Georges de l'Oyapock también resultó positiva con el mismo método molecular. Los resultados de secuenciación de las dos muestras adicionales de aguas residuales recolectadas el 15 de mayo y el 6 de agosto del 2024, procesadas por el Institut Pasteur de Guayana Francesa, fueron enviadas al Institut Pasteur de París, donde fueron confirmadas. El GSL también confirmó que la muestra recogida el 6 de agosto del 2024 dio resultado positivo mediante cultivo celular y la prueba de secuenciación genética está pendiente. La muestra positiva restante recogida el 15 de mayo, previamente almacenada en el Institut Pasteur de Guayana Francesa, fue destruida según las directrices de contención de laboratorio.

Los resultados de las muestras recolectadas en agosto están pendientes y se espera recibirlos pronto. Los resultados de la secuenciación confirman que las dos muestras recolectadas en la planta de

Morne Coco, así como la muestra retrospectiva de Saint Georges de l'Oyapock mencionada anteriormente, están genéticamente relacionadas con los aislados de VDPV3 detectados el 26 de junio del 2024. Estos hallazgos confirman la presencia de VDPV3 circulante en Guayana Francesa.

Hasta la última actualización, no se han reportado casos sospechosos de polio en Guayana Francesa.

La vacunación contra el poliovirus está disponible en Guayana Francesa a través de los centros de Protección Materna e Infantil (PMI), el sector privado y los centros de atención y prevención de salud comunitaria en áreas aisladas. También se ofrecen servicios de vacunación extramuros en barrios informales. Una campaña de vacunación se está implementando en Guayana Francesa para coincidir con la Semana Europea de la Vacunación (última semana de abril).

Respuesta de salud pública

Las autoridades de salud locales en la Guayana Francesa han implementado las siguientes medidas de salud pública:

- Para reforzar el monitoreo del poliovirus, se está implementando un protocolo de vigilancia ambiental de un año, coordinado por la agencia regional de salud y el Institut Pasteur de Cayenne, con asesoría del Institut Pasteur de París, debido a la reciente alerta. En Francia, la poliomielitis es una enfermedad de notificación obligatoria desde 1936. Santé Publique France coordina la vigilancia, en colaboración con laboratorios voluntarios y el Centro Nacional de Referencia para Enterovirus y Parechovirus. Se está preparando la vigilancia rutinaria de aguas residuales en Francia, incluyendo la Guayana Francesa.
- La agencia regional de salud informó a médicos y personal sanitario relevante para revisar el estado de vacunación de sus pacientes. • Se publicó un comunicado de prensa sobre la situación.
- A nivel local, se está realizando un estudio sobre la cobertura de vacunación disponible.
- Se está consolidando un plan de acción por parte de la agencia regional de salud para responder a la detección de cVDPV3, informando a clínicos y biólogos, reforzando la vigilancia clínica y virológica, lanzando una campaña de vacunación de recuperación para niños en edad escolar, aumentando la concienciación de la población para revisar su estado de vacunación, y comunicándose con el público en general.

Información detallada sobre estos hallazgos se ha compartido con las autoridades de salud nacionales a través de los Centros Nacionales de Enlace del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) el 3 de octubre del 2024.

Figura 1. Distribución geográfica de los sitios de muestreo y muestras positivas en Guayana Francesa: Cayena, Morne Coco y una muestra retrospectiva en el sitio de tratamiento de aguas en Saint Georges de l'Oyapock.



Fuente: Adaptado de datos proporcionados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Francia y reproducidos por la OPS/OMS (1).

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA: OROPOUCHE EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS - OPS

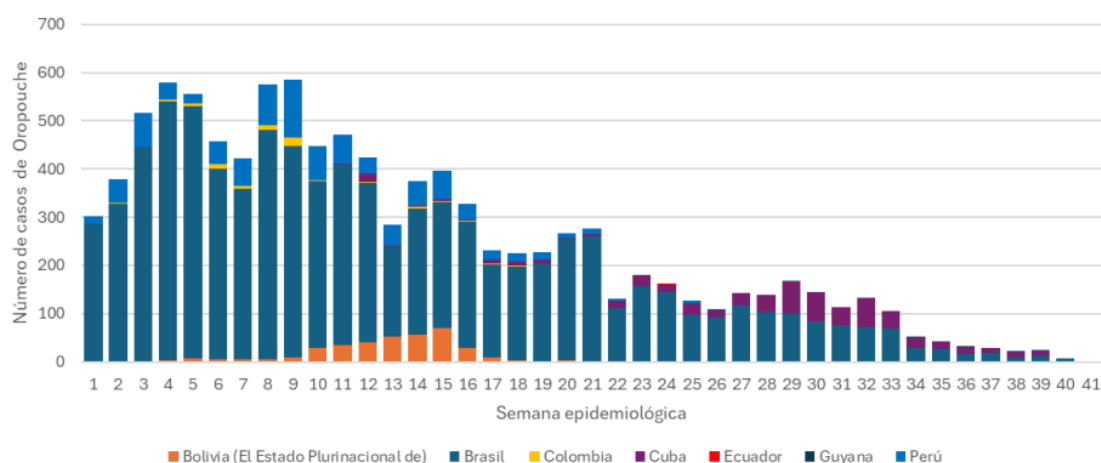
Se reproduce a continuación información difundida por la Organización Panamericana de la Salud a través del documento Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas - 15 de Octubre del 2024 disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-15-octubre-2024>

Resumen de la situación

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 40 del 2024, se notificaron 10.275 casos confirmados de Oropouche, incluidas dos defunciones en la Región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en nueve países de la Región de las Américas: Bolivia (Estado Plurinacional de) (n= 356 casos), Brasil (n= 8.258 casos, incluidas dos defunciones), Canadá (n= 2 casos importados), Colombia (n= 74 casos), Cuba (n= 555 casos), Ecuador (n= 2 casos), los Estados Unidos de América (n= 90 casos importados), Guyana (n= 2 casos) y Perú (n= 936 casos). Adicionalmente, se han reportado casos importados de Oropouche en países de la Región Europea (n= 30 casos).

Desde la Actualización Epidemiológica de Oropouche de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicada el 6 de septiembre del 2024 se notificaron 423 casos de Oropouche adicionales en siete países de la Región: Brasil (n= 327 casos), Canadá (n= 1 caso importado), Cuba (n= 49 casos), Ecuador (n= 2 casos), Estados Unidos (n= 69 casos importados), Guyana (n= 2 casos) y Perú (n= 6 casos). Dos nuevos países en la Región de la Américas informaron casos por primera vez: Ecuador y Guyana.

Figura 1. Número de casos confirmados de Oropouche por país y semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas, Región de las Américas, 2024.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS/OMS (1-13).

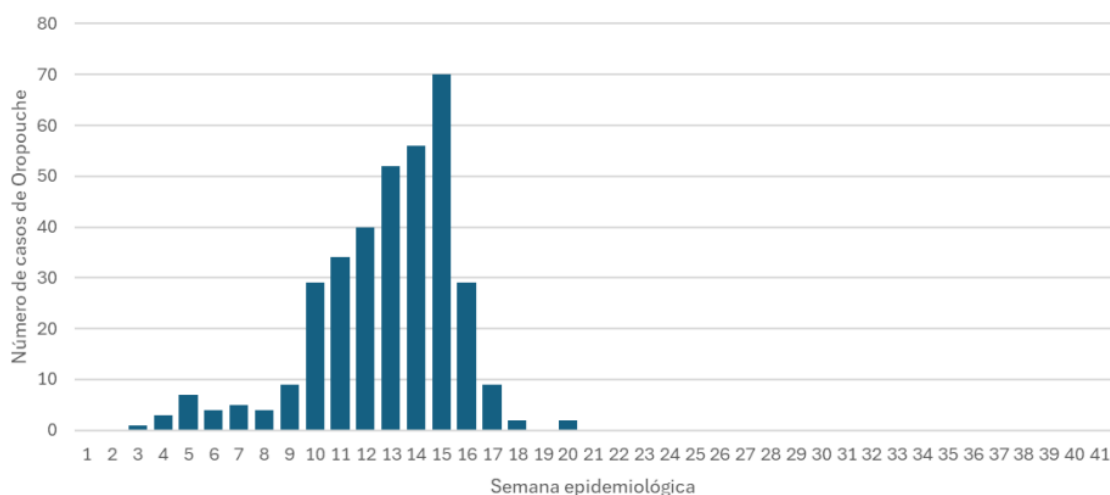
En cuanto a los casos en investigación de transmisión vertical de la infección por el virus Oropouche (OROV) y sus consecuencias, se han notificado casos en Brasil y Cuba. Brasil notificó 13 casos de muertes fetales, tres abortos y cuatro casos de anomalías congénitas y Cuba en el mes de septiembre confirmó un caso de anomalía congénita.

A continuación, se brinda un resumen de la situación en los países que han notificado casos confirmados de Oropouche las Américas durante el 2024.

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 40 del 2024, se han notificado 356 casos de Oropouche confirmados por laboratorio mediante la técnica de biología molecular (RT-PCR). Se ha registrado transmisión en tres departamentos: La Paz con el 75,3% de los casos (n= 268) seguido de Beni con el 21,3% de los casos (n= 76) y Pando con el 3,4% de los casos (n= 12). Los casos se reportan en 16 municipios que son considerados endémicos para esta enfermedad, con la mayor proporción de casos notificados en los municipios de Irupana, La Paz, con el 33% de los casos, seguido de La Asunta, La Paz, con el 13% de los casos, y Chulumani; La Paz, y Guayaramerín, Beni, con el 12 % cada uno.

El 50% de los casos (n= 179) corresponde al sexo femenino y la mayor proporción se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años con el 20% (n= 70) de casos. No se han registrado defunciones que pudiesen estar asociadas a la infección por OROV. Adicionalmente entre las SE 12 y SE 15 de 2024 se notificaron 10 casos de coinfección de Oropouche con dengue en pacientes de tres municipios del departamento de La Paz, los cuales presentaron resultados positivos para dengue (RT-PCR) con serotipificación DENV-1 (n= 2 casos) y DENV-2 (n= 8 casos).

Figura 2. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas, Bolivia, 2024.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Ministerio de Salud y Deportes Bolivia - Programa Nacional de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas – Componente Arbovirosis. Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental. La Paz; 2024. Inédito.

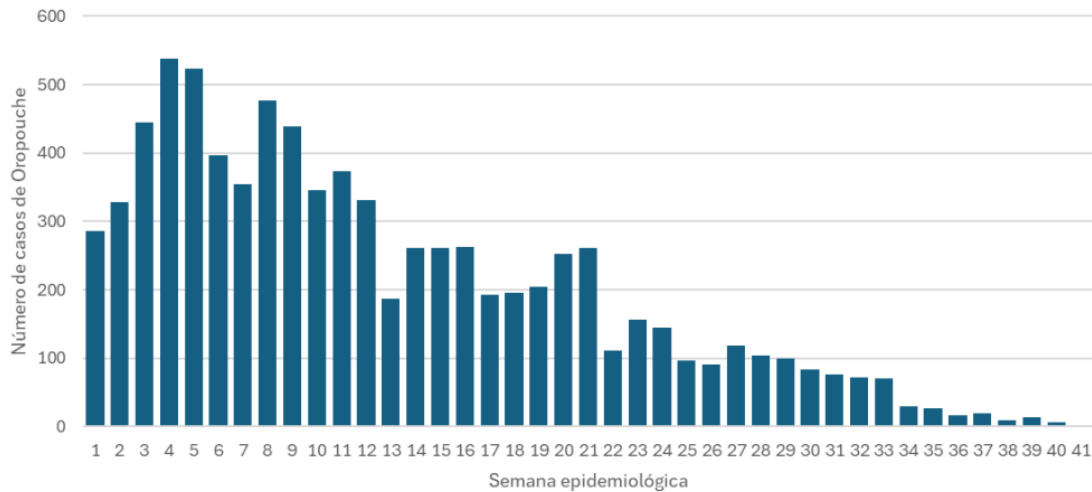
Respecto a la tendencia de los casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica, se observa que presenta una tendencia ascendente desde la SE 10 hasta la SE 15 con el mayor número de casos alcanzado (n= 70). Posterior a esto no se observan nuevos casos de Oropouche a partir de la SE 20 en Bolivia.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 40 del 2024 se han notificado 8.258 casos de Oropouche confirmados por laboratorio, incluidas dos defunciones. La mayoría de los casos han tenido como lugar probable de infección municipios de los estados del norte, sin embargo, a la fecha se registran casos en 22 de los 27 estados del país. La región amazónica, considerada endémica para Oropouche, concentra el 70% de los casos registrados en el país con los siete estados notificando casos: Amazonas (n= 3.231), Rondônia (n= 1.710), Acre (n= 272), Roraima (n= 276), Pará (n= 137), Amapá (n= 126) y Tocantins (n= 8).

Adicionalmente, se ha documentado la transmisión autóctona en 15 estados no amazónicos, algunos de los cuales no habían reportado casos previamente: Bahía (n= 889), Espírito Santo (n= 504), Ceará (n= 232), Minas Gerais (n= 195), Santa Catarina (n= 179), Pernambuco (n= 143), Rio de Janeiro (n=

116), Alagoas (n= 115), Sergipe (n= 34), Maranhão (n= 33), Piauí (n= 30), Mato Grosso (n= 18), Sao Paulo (n= 8), Mato Grosso do Sul (n=1) y Paraíba (n= 1). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 60% (n= 4.284) corresponden al sexo masculino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 20 a 29 años con el 21% (n= 1.750) de los casos notificados.

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



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil. Comunicación recibida el 10 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. Brasilia; 2024. Inédito.

En relación con la tendencia de los casos de Oropouche por SE, en Brasil se observa que la mayor proporción de casos de Oropouche se registró durante los dos primeros meses del 2024, presentando el mayor número de casos en la SE 4, con 538 casos, registrándose posteriormente un descenso paulatino, que se ha mantenido hasta la SE 39.

En cuanto a las defunciones asociadas a Oropouche, el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil informó sobre dos defunciones asociadas a la infección por OROV, en el estado de Bahía, y cuatro que se encuentran en investigación, una en el estado de Paraná, con probable lugar de infección en el estado de Santa Catarina, una en Espírito Santo, una en Alagoas y una en Mato Grosso.

Adicionalmente, el 12 de agosto del 2024, Brasil reportó un caso de encefalitis asociada a OROV en un hombre residente del estado de Piauí.

Respecto a los casos de transmisión vertical y sus consecuencias⁵ hasta la SE 40 del 2024 se han confirmado un caso de muerte fetal en Pernambuco (n= 1 caso) y un caso de anomalía congénita en Acre. En cuanto a los casos que se encuentran bajo investigación en el país se han identificado: 12 casos de muerte fetal en Pernambuco (n= 11 casos) y Ceará (n= 1 caso), tres casos de anomalía congénita en Acre (n= 2 casos) y Bahía (n= 1 caso) y tres abortos en Pernambuco (n= 3 casos).

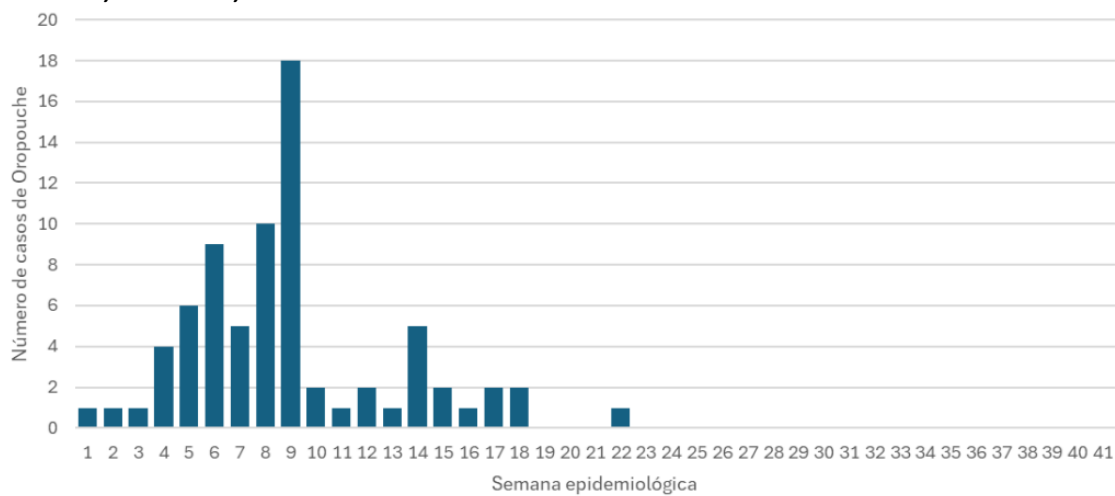
En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 40 del 2024, se han notificado 74 casos confirmados de Oropouche en tres departamentos del país: Amazonas (n=70), Caquetá (n=1), y Meta (n=1), a lo que se suma la identificación de dos casos procedentes de Tabatinga, Brasil. Los casos fueron identificados mediante una estrategia de búsqueda retrospectiva de casos por laboratorio implementada por el Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS) a partir de la vigilancia de dengue (n= 38) y por investigación de síndromes febriles (n= 36). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 51,4% (n= 38) corresponden a casos de sexo femenino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo

de edad de 10 a 19 años con el 36,5% (n= 27) de los casos. No se han registrado defunciones que pudiesen estar asociadas a la infección por OROV.

Se registraron seis casos de coinfección con dengue: en el departamento de Amazonas, cuatro en el municipio de Leticia (2 con DENV-1 y 2 con DENV-2) y uno en el municipio de Puerto Nariño (DENV-3) y en el departamento de Meta, uno en el municipio de Guamal (DENV-4).

Respecto a la vigilancia de casos de transmisión vertical y sus consecuencias hasta el 3 de octubre del 2024 se han identificado dos casos de Oropouche en gestantes, ambas procedentes de Leticia, de 18 años (inicio de síntomas a las 29 semanas de gestación) y 22 años (inicio de síntomas a las 34 semanas de gestación). Ambas evolucionaron favorablemente y sus hijos nacieron sin complicaciones. Hasta la fecha, ninguno de los lactantes evidencia anomalías congénitas, síndromes neurológicos ni alteraciones del neurodesarrollo.

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



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Colombia. Comunicación recibida el 10 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. Bogotá; 2024. Inédito.

En cuanto a la tendencia de los casos de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, los casos mostraron un incremento a partir de la SE 4, alcanzando el mayor número en la SE 9 con 18 casos; el 57 % de los casos se presentó entre las semanas epidemiológicas 6 y 9. El último caso detectado corresponde a la semana 22. Posterior a este y en ejercicio de búsqueda por laboratorio, no se han confirmado nuevos casos tanto por la estrategia de vigilancia retrospectiva del Laboratorio Nacional de Referencia, como a través del reporte de labores de investigación.

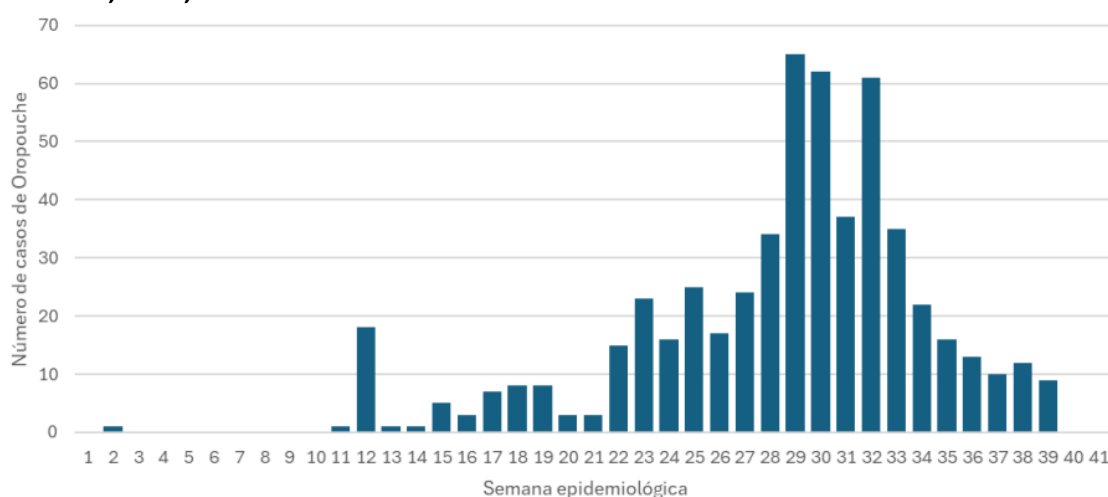
En **Cuba**, en mayo del 2024, muestras de 89 casos con síndrome febril inespecífico (SFI), procedentes de las provincias de Santiago de Cuba y Cienfuegos, donde se detectó un incremento súbito de casos de SFI de etiología desconocida, fueron procesadas por RT-PCR OROV por el laboratorio nacional de referencia del Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri” (IPK), confirmando la identificación de OROV en el 83 % (n= 74) de estas muestras. Desde esta primera identificación y hasta la SE 39 se notificaron 555 casos confirmados de Oropouche. Los casos continúan siendo identificados mediante la vigilancia de SFI, registrando casos en 109 municipios, de las 15 provincias del país. El 58% de los casos confirmados se registra en las provincias de La Habana (n= 170 casos), Santiago de Cuba (n= 74 casos), Pinar del Rio (n= 41 casos) y Cienfuegos (n= 36 casos).

En cuanto a la distribución de los casos confirmados por sexo y grupo de edad, el 55% (n= 306) corresponden al sexo femenino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 19 a 54 años con el 53% (n= 297) de los casos.

El 19 de septiembre del 2024, Cuba informó sobre tres casos de Síndrome de Guillain Barré (SGB) asociados a OROV. Los tres casos presentaron inicio de síntomas en el mes de junio, dos personas de sexo femenino y uno masculino, con edades de 51, 53 y 64 años, residentes en la provincia de Santiago de Cuba, en los municipios San Luis (n= 1 caso) y Santiago de Cuba (n= 2 casos). En dos de los casos se tomaron muestras de suero, líquido cefalorraquídeo (LCR) y orina y en uno de ellos solo suero y LCR. A partir de las muestras de suero y LCR se realizó cultivo bacteriano y micológico resultando negativo en todos los casos. Para los tres tipos de muestra se aplicó RT-PCR múltiple DENV/ZIKV/CHIKV y RT-PCR OROV y en los tres casos las muestras de suero y LCR resultaron positivas a virus Oropouche.

Respecto a la vigilancia de casos de transmisión vertical y sus consecuencias se han identificado siete casos de Oropouche en gestantes de las cuales dos han finalizado su gestación con recién nacido vivo sin identificación de anomalías congénitas. Por otra parte, se identificó tres casos de anomalía congénita del Sistema Nervioso Central, a través consulta de referencia nacional prenatal con sospecha de etiología infecciosa, de los cuales en uno se realizaron estudios virológicos, obteniendo un resultado positivo a OROV en sangre de corazón fetal, los dos casos restantes se encuentran en seguimiento y bajo investigación.

Figura 5. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Cuba, 2024.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Cuba. Comunicación recibida 10 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. La Habana; 2024. Inédito.

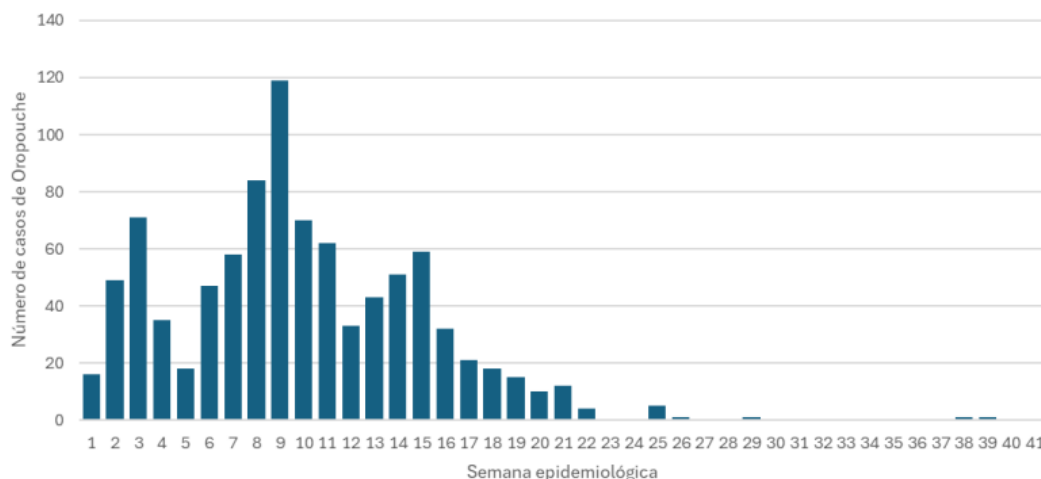
En cuanto a la tendencia de los casos de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, se observa que el mayor número de casos se registró en la SE 29 (n= 65 casos), para luego mantener durante cuatro semanas una notificación de más de 30 casos por semana y posteriormente un descenso que se ha mantenido hasta la SE 39.

En **Ecuador**, en la SE 40 del 2024, se reportaron dos casos de Oropouche confirmados por laboratorio, los cuales fueron detectados a partir del análisis retrospectivo efectuado en muestras negativas a dengue por parte del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI). Los casos corresponden a un hombre y una mujer, de 62 y 36 años respectivamente, sin antecedentes de viaje, los casos presentaron síntomas el 11 de junio y el 17 de julio del 2024. El primer caso es residente en el cantón Caluma, en la provincia de Bolívar y el segundo es residente en el cantón Urdaneta, provincia de Los Ríos. Ninguno de los casos requirió hospitalización y se han recuperado completamente.

En **Guyana**, en la SE 37 del 2024, se reportaron dos casos confirmados por laboratorio de Oropouche, siendo la primera detección de esta enfermedad en el país. Los casos corresponden a dos mujeres de 47 y 42 años, sin antecedentes de viaje, los casos presentaron síntomas el 21 de agosto y el 2 de septiembre del 2024. Ambos casos habían residido en la misma área geográfica de la región de Mahaica-Berbice (Región N° 5), cerca del Océano Atlántico, durante al menos 14 días antes de la aparición de los síntomas. Los casos solicitaron atención médica en el Hospital Regional de Fort Wellington (Región n° 5), el primero el 24 de agosto del 2024 y el segundo el 3 de septiembre del 2024. Se recogieron muestras de sangre en las mismas fechas de atención, las cuales se enviaron al Laboratorio Nacional de Referencia en Salud Pública (NPHRL por sus siglas en inglés) para su análisis, conforme a las directrices nacionales de diagnóstico. Las pruebas de laboratorio por RT-PCR realizadas los días 3 y 7 de septiembre arrojaron resultados positivos para el OROV y negativos para dengue, Zika, chikungunya y Mayaro.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 40 del 2024, se han notificado 936 casos confirmados de Oropouche en ocho departamentos del país. Los departamentos en donde se notificaron los casos confirmados son: Loreto (n= 466), Madre de Dios (n= 312), Ucayali (n= 138), Huánuco (n= 15), Junín (n= 2), Tumbes (n= 1), San Martín (n= 1) y Puno (n= 1). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 51% (n= 476) corresponde al sexo masculino, la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 30 a 39 años con el 37% (n= 348) de los casos. No se han registrado defunciones que pudiesen estar asociadas a la infección por OROV. No se tiene reporte de posible transmisión vertical de OROV. Respecto de la tendencia de los casos de Oropouche por semana epidemiológica, se observa que los casos de Oropouche mostraron el mayor número de casos en la SE 9 con 119 casos, posteriormente presento un descenso progresivo en el número de casos.

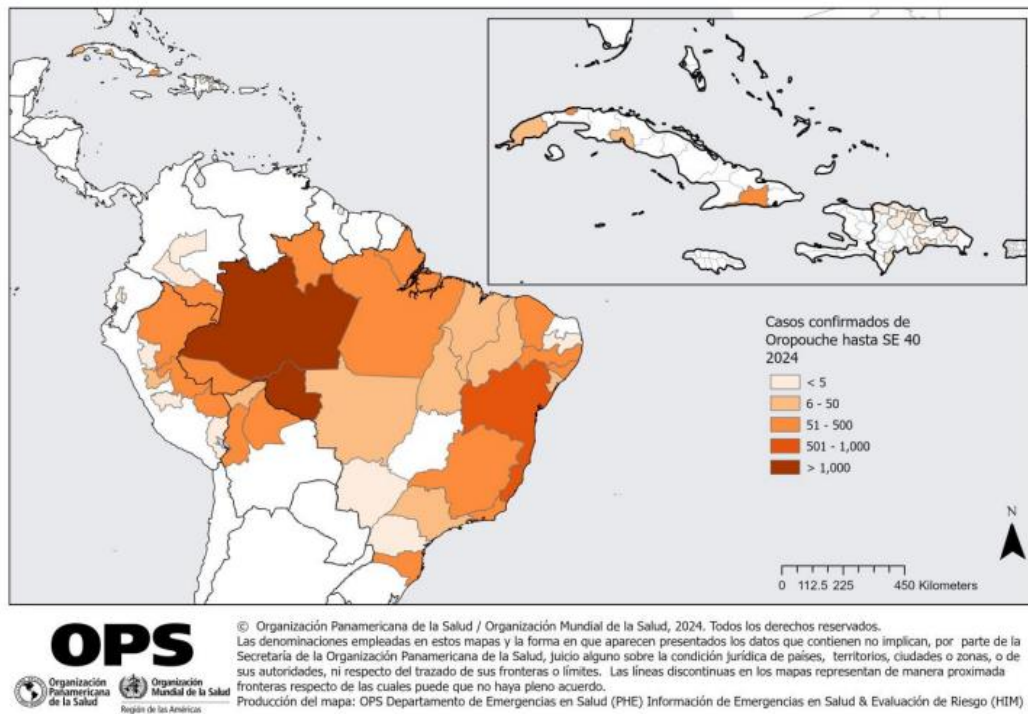
Figura 6. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Perú, 2024.



Fuente: Adaptado de los datos de Oropouche aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Perú. Información de correo electrónico del 10 de octubre del 2024. Lima; 2024. Inédito.

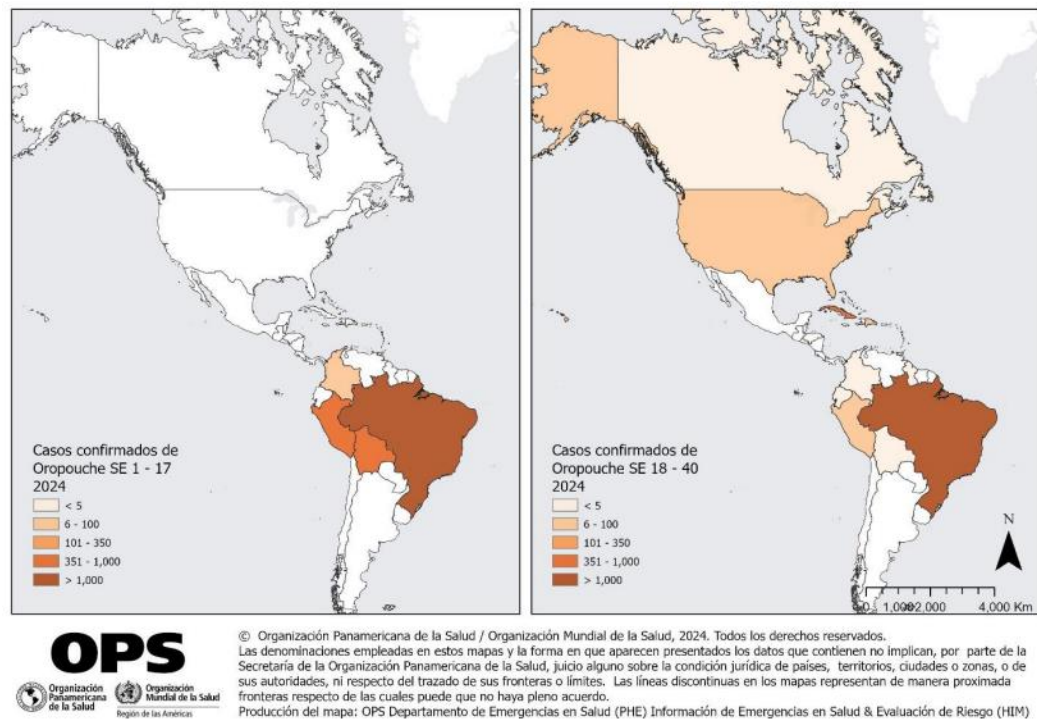
En la **República Dominicana**, el 14 de octubre del 2024, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional, informó que el Laboratorio Nacional de Referencia Dr. Defillo, procedió a realizar pruebas adicionales mediante PCR-RT, a las muestras en los casos⁹ que se había detectado OROV, a partir del análisis retrospectivo efectuado en muestras negativas a dengue almacenadas en el Laboratorio Nacional de Salud Pública, que fueron reportados en la actualización epidemiológica de Oropouche de la OPS/OMS publicada el 6 de septiembre del 2024. De los 33 casos que se habían identificado en agosto, solo en 10 se disponía de muestra de suero las cuales luego de ser procesadas, resultaron negativas, por lo que estos 10 casos han sido considerados como descartados para OROV. Los 23 casos restantes se mantienen como casos sospechosos y no confirmados, pendientes de análisis mediante pruebas serológicas. La mayoría de los casos sospechosos se registraron en la provincia de Hermana Mirabal (n= 6 casos).

Figura 7. Distribución geográfica de casos confirmados acumulados de transmisión autóctona de Oropouche en la Región de las Américas, 2024.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS/OMS (1-13, 24).

Figura 8. Distribución geográfica de casos de Oropouche de transmisión autóctona en la Región de las Américas SE 1-17 y SE 18-36, 2024.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS/OMS (1-13, 24).

Casos importados en países no endémicos

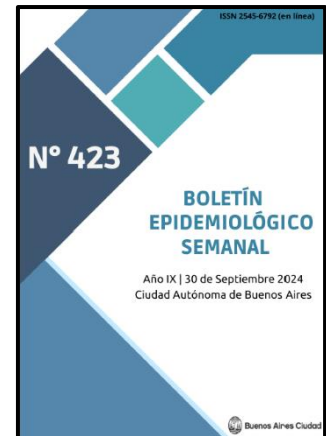
En la Región de las Américas Canadá reportó en la SE 33 y la SE 38 la confirmación de dos casos de Oropouche, ambos con antecedente de viaje a Cuba. Los Estados Unidos al 8 de octubre del 2024, reportó 90 casos importados de Oropouche, los cuales fueron notificados en los estados de Florida (n= 86 casos), California (n= 1 caso), Colorado (n= 1 caso), Kentucky (n= 1 caso) y en Nueva York (n= 1 caso). La mediana de edad de los casos fue de 51 años (rango = 6 a 94 años) y el 48% eran mujeres. En total, tres casos fueron hospitalizados, dos de los casos han presentado enfermedad neuroinvasiva, no se reportaron muertes y todos los casos tuvieron antecedente de viaje a Cuba. Adicionalmente, entre las SE 23 y SE 39 del 2024, se han identificado 30 casos importados de Oropouche en tres países de la Región de Europa de la OMS: Alemania (n= 3 casos), España (n= 21 casos) e Italia (n=6 casos); 20 de estos casos tenían antecedente de viaje a Cuba y uno a Brasil. Estos casos corresponden a los primeros casos registrados en esta región.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-15-octubre-2024>

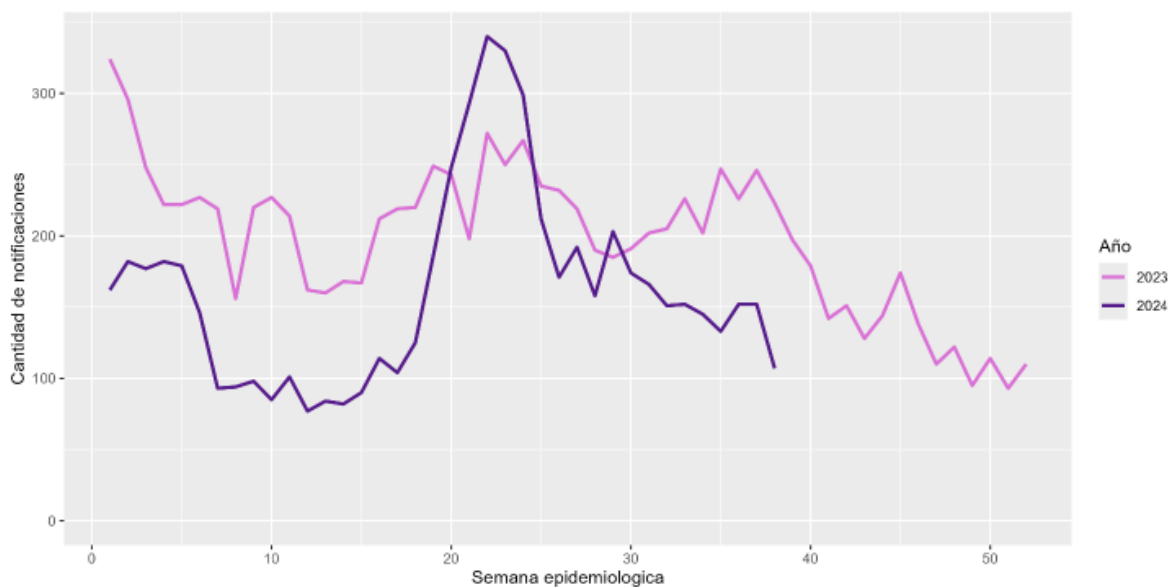
**DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES**

CABA: EVENTOS RESPIRATORIOS DE ABORDAJE EN INTERNACIÓN

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



Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos asociados a internación. Residentes CABA. Años 2023-2024 (N=16427).



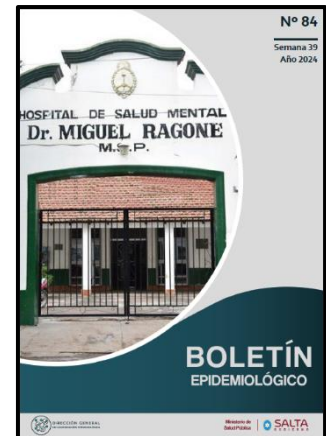
Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

Para más información:

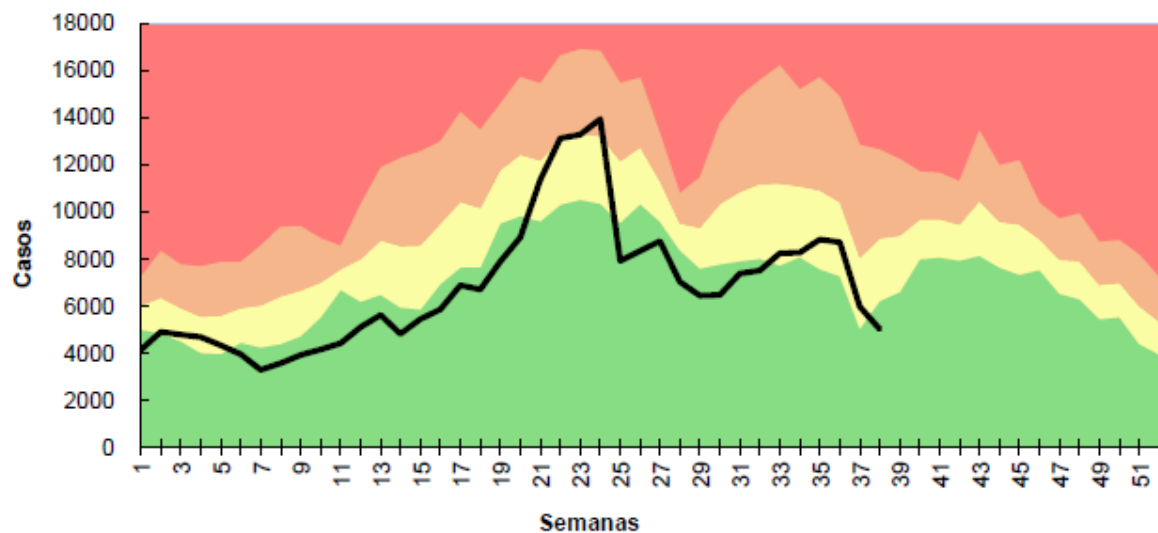
<https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2024>

SALTA: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Las notificaciones de IRA registraron un descenso, ingresando el corredor endémico en la zona de éxito.



Corredor endémico semanal de IRA. Años 2017-2023. SE 01-38 de 2024. Provincia de Salta. (N=259325).



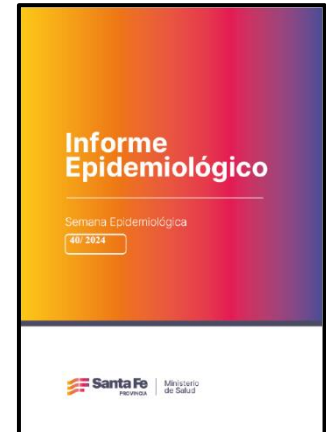
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Para más información:

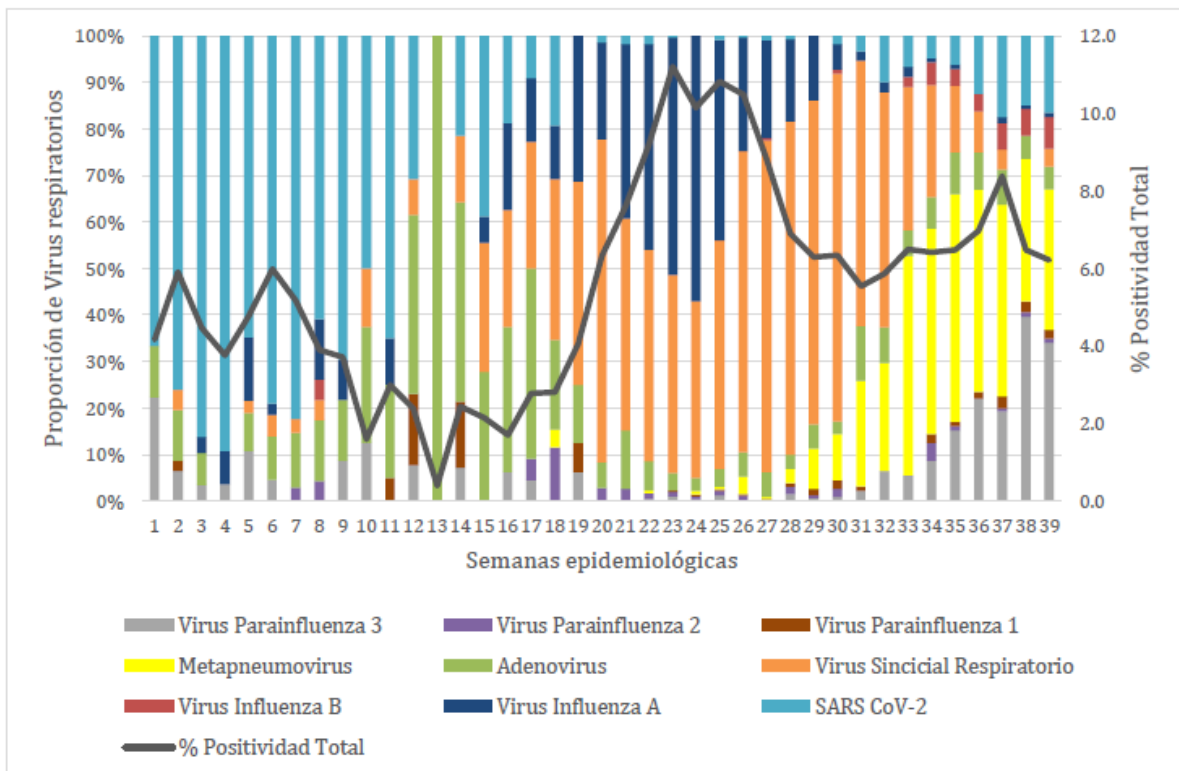
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

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

A partir de la SE 33 se registra mayor diversidad en los virus respiratorios detectados, en la última semana epidemiológica (SE40) se registra un mayor número de casos de Virus Parainfluenza 3 con un IP 20.3%, seguido de Metapneumovirus (IP 16.8%).



Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados con IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 40 - Año 2024. (N=3569).



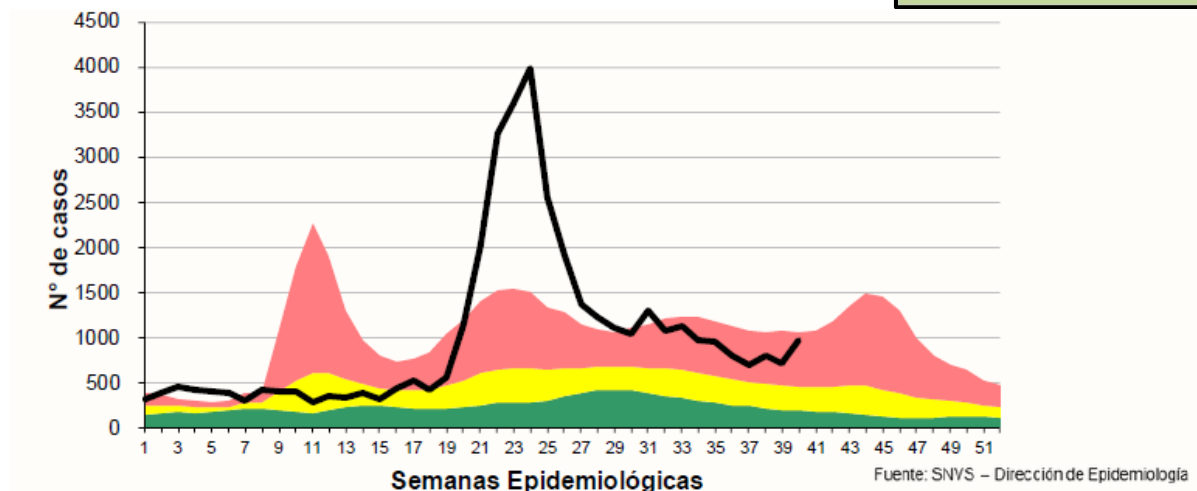
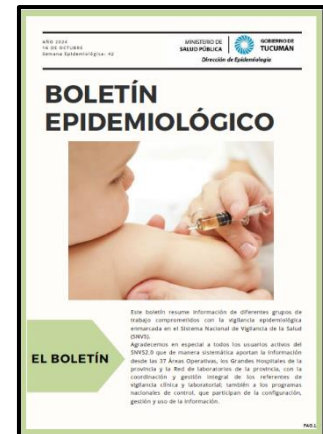
Fuente: Elaboración propia de la Dirección Provincial de Red de Laboratorios en base a datos extraídos del SNVS 2.0 – Notificación agrupada: Infecciones respiratorias virales – Internados.

Para más información:

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

TUCUMÁN: ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Las infecciones respiratorias agudas son comúnmente causadas por influenza y otros virus respiratorios, ocurren durante todo el año con picos epidémicos. Debido a su morbilidad, se han establecido estrategias para el monitoreo permanente. En la semana epidemiológica 40 se registraron 962 casos para este evento.

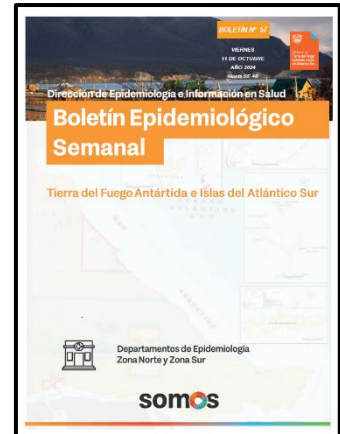


Fuente: Dirección de Epidemiología. Laboratorio de Salud Pública.

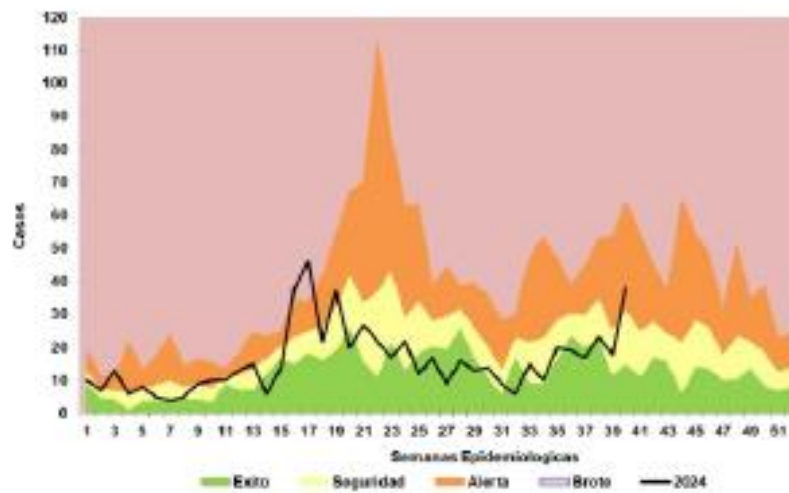
Para más información: direpitucuman@gmail.com

TIERRA DEL FUEGO: NEUMONÍA

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



Corredor endémico provincial de neumonía por semana epidemiológica. SE 1 a SE 40. Año 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/>

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, LA PREVENCIÓN Y LA RESPUESTA

FINALIZARON LOS CURSOS EPI-AR 2024 EN TUCUMÁN Y LA RIOJA

Durante las SE 40 y 41 finalizaron los encuentros de capacitación del programa Epi-Ar (Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo y Acciones en Salud Pública) en las provincias de Tucumán y La Rioja respectivamente. Con la participación de los equipos de salud y autoridades locales se realizó la entrega de certificados a las nuevas cohortes.

Por haber completado el programa de formación, 19 participantes de Tucumán y 16 de La Rioja recibieron una certificación conjunta del Ministerio de Salud de la Nación, el Ministerio de Salud Provincial y las instituciones colaboradoras -los Centros para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (a través de su Programa de Capacitación en Epidemiología de Campo -FETP por sus siglas en inglés-) y Tephinet (la Red de Programas de Capacitación en Epidemiología e Intervenciones de Salud Pública)-. También se entregaron reconocimientos a quienes colaboraron como docentes y tutores durante los 3 meses que abarcó la capacitación.

Este entrenamiento está probado en diferentes países y ha sido adaptado al contexto local por el área de Capacitación, Desarrollo y Fortalecimiento de RRHH en Epidemiología de la Dirección Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación. Dirigida a las trabajadoras y trabajadores de las áreas de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades de primera línea de todo el país, tiene por objetivo fortalecer la capacidad de los equipos de salud para detectar, investigar y responder a enfermedades y eventos de importancia para la salud pública, mediante la capacitación en servicio en las distintas actividades involucradas en la vigilancia de la salud pública, la investigación de brotes, los métodos epidemiológicos y la comunicación de la información epidemiológica.

Agradecemos al equipo nacional de la Dirección de Epidemiología, a los Ministerios de Salud, a las direcciones de epidemiología y otras direcciones involucradas de ambas provincias y a los participantes de todos los niveles del sistema de salud por el compromiso con la capacitación en epidemiología para fortalecer las capacidades de detección, registro y notificación, acciones de respuesta y evaluación del sistema.

Equipo Epi-Ar Tucumán, septiembre 2024



Equipo Epi-Ar La Rioja, octubre de 2024



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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

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

INSCRIPCIONES EN:



Consultas: cursos.direpinacion@gmail.com

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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

Inicia el 7 de octubre de 2024

(abierto hasta el 13 de diciembre)

INSCRIPCIONES EN:



Consultas: cursos.direpinacion@gmail.com

LISTADO DE MODIFICACIONES EN CODIFICACIONES AUXILIARES EN EL SNVS 2.0

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

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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del Evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
OCTUBRE	COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorios (No UMA)	Laboratorio	Determinaciones/Técnicas	Se adicionó la determinación "Genoma viral de Influenza" asociada a la técnica "RT-PCR multiplex"
	Internado y/o fallecido por COVID o IRA			
	Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios			
OCTUBRE	Dengue	Clínica	Diagnóstico referido o constatado	Se quitó la opción "Antígeno NS1 positivo" y se desdobló en "Antígeno NS1 positivo por ELISA" y "Antígeno positivo NS1 por inmunocromatografía".
				Se eliminaron las determinaciones para otros arbovirus. Solo podrán notificarse en esta sección determinaciones específicas para Dengue.
				Se adicionó la opción "Confirmado otro diagnóstico"
OCTUBRE	Enfermedad Pie-Mano-Boca	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso sospechoso"
OCTUBRE	Equinococosis neotropical	El evento se encuentra configurado en su totalidad		
OCTUBRE	Intento de suicidio	Clínica	Comorbilidades	Se quitó la opción: "Situaciones clínicas relevantes: enfermedad crónica", ya que coexistía con la clasificación "Enfermedad Crónica"

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

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

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