



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA
(20 AL 26 OCTUBRE)

43

NÚMERO 728 AÑO 2024
FECHA DE PUBLICACIÓN:
04/11/2024

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA



AUTORES DE ESTE BOLETÍN:

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

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

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

Alertas y comunicaciones internacionales: Ignacio Di Pinto¹.

Destacados en boletines jurisdiccionales: Franco Ormeño Mazzochi¹.

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

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

Coordinación General: Cecilia Gonzalez Lebrero¹

Edición: Carlos Giovacchini²

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.

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:

Limpiar canaletas y desagües previene la proliferación del mosquito *Aedes aegypti*, vector transmisor del dengue.

CÓMO CITAR ESTE BOLETÍN: Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2024). Boletín Epidemiológico Nacional N°728, SE 43.

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	25
Alertas y comunicaciones epidemiológicas internacionales.....	47
Enfermedad por Virus de Marburgo - Ruanda.....	49
Alerta Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas - ops	51
Alerta Epidemiológica Mpox en la region de las americas - ops.....	58
Destacados en boletines jurisdiccionales	66
Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA).....	67
CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación.....	68
Chubut: Enfermedad tipo influenza (ETI).....	69
Neuquén: Infecciones respiratorias agudas graves (IRAG)	70
Salta: Infecciones respiratorias agudas (IRA)	71
Santa Fe: Virus respiratorios en pacientes internados con infecciones respiratorias agudas.....	72
Tierra del Fuego: Diarreas	73
Tucumán: Enfermedad tipo influenza (ETI).....	74
Herramientas para la vigilancia, la prevención y la respuesta	75
Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0.....	76
3° Edición del Curso: “Sistema Nacional de Vigilancia de Salud SNVS 2.0”	77
6° Edición del Curso: “Herramientas básicas para la Implementación de Salas de Situación de Salud”	78

**SITUACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
EMERGENTES**

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MPOX

INTRODUCCIÓN

Ante el recrudescimiento 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 EN ÁFRICA⁶

Desde el 1 de enero de 2022, 22 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpox. Hasta el 27 de octubre de 2024, se habían notificado a la OMS un total de 13.106 casos confirmados por laboratorio, incluidas 59 muertes.

En 2024, hasta el 27 de octubre, 19 países habían notificado 10.702 casos confirmados, incluidas 36 muertes. Los tres países con mayor número de casos en 2024 son la República Democrática del Congo (n = 8.607), Burundi (n = 1.509) y Nigeria (n = 220).

Un número significativo de casos sospechosos de mpox que son clínicamente compatibles con la enfermedad no se someten a pruebas debido a la capacidad de diagnóstico limitada en algunos países africanos y, por lo tanto, nunca se confirman. Por este motivo se incluyen los casos sospechosos en este informe. En 2024, 17 países notificaron en África 46.740 casos sospechosos y analizados en laboratorio, incluidas 1.058 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 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.

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

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

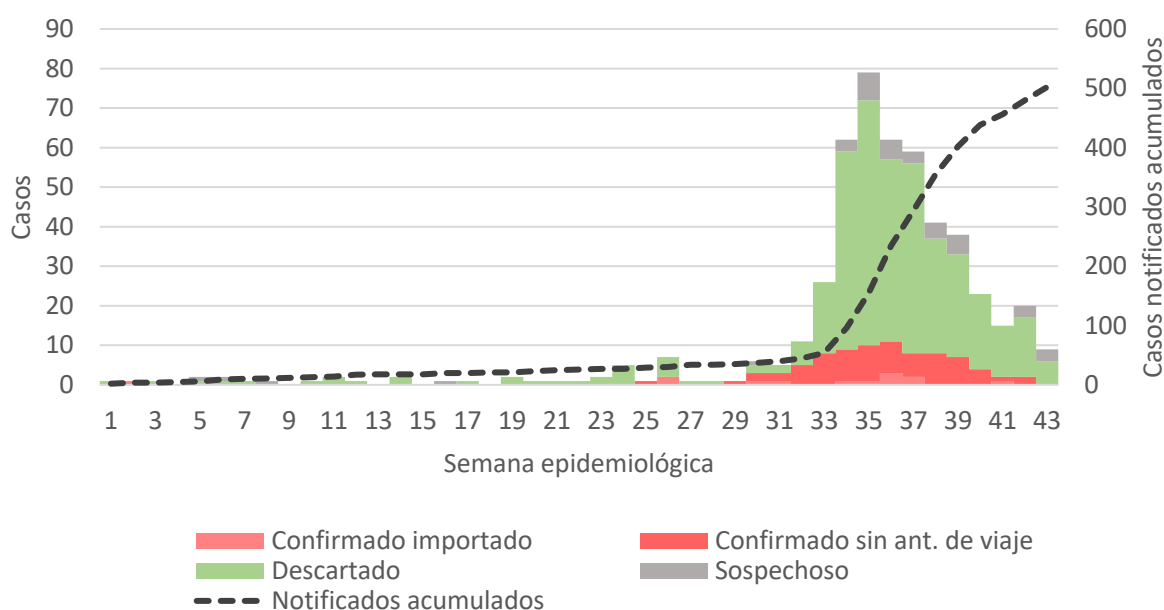
SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS

Respecto de la **situación regional**, ver apartado Alertas y comunicaciones epidemiológicas internacionales de este mismo boletín.

SITUACIÓN EN ARGENTINA

En 2024, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 43 se identificaron hasta el momento 85 casos confirmados de mpox de un total de 502 casos sospechosos notificados. La curva epidémica de casos confirmados por fecha mínima⁷ muestra una persistencia en la detección de casos desde la SE29 y hasta SE39, con un promedio de 7 casos semanales y con el mayor número en la SE 36 con 11 casos. Se observa un descenso desde la SE40, sin casos confirmados en la SE43.

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 SE43/2024. (N= 502)



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

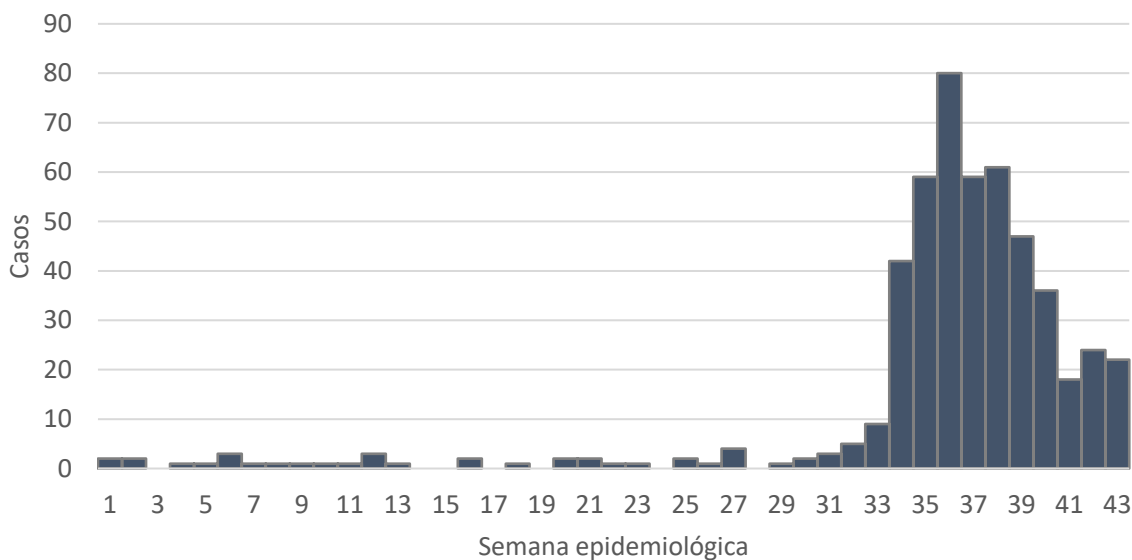
Luego del Alerta emitido en la SE33 aumentó la sensibilidad del sistema de vigilancia, llegando a 448 notificaciones de casos sospechosos en las semanas posteriores (89% del total de notificaciones registradas durante el año).

El mayor número de notificaciones se registró en la SE36 con 80 casos reportados. En la semana 43 se registraron 22 notificaciones, un 73% inferior a dicha semana. Del total de casos confirmados del periodo

⁷ 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.

(85), el 85% (n=72) se notificó a partir de la SE34 (11 de ellos correspondían por fecha mínima a semanas previas pero se notificaron luego de la 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 7% en las SE 42-43 (n=46).

Gráfico 2. Casos notificados de Mpox por semana epidemiológica de notificación. Argentina, SE1/2024 a SE43/2024. (N= 502)



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 G. Malbrán" en 62 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. Trece 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 (69%) y Buenos Aires (20%).

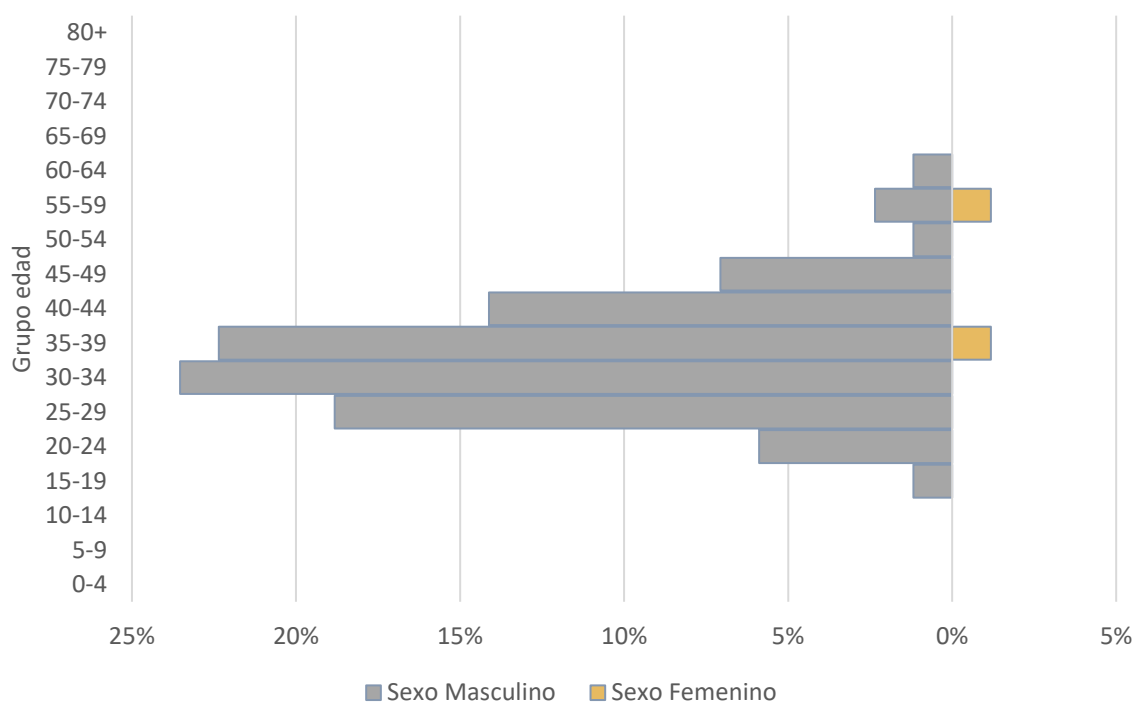
Tabla 1. Mpox: casos confirmados y total de notificaciones acumuladas según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1/2024 a SE43/2024.

Provincia	Confirmados SE 1 a 43 2024	Confirmados notificados en la última semana	Confirmados notificados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2024
Buenos Aires	17	1	5	187
CABA	59	0	7	178
Córdoba	2	0	1	18
Entre Ríos	0	0	0	1
Santa Fe	3	0	0	27
Centro	81	1	13	411
Mendoza	1	0	0	8
San Juan	0	0	0	5
San Luis	0	0	0	4
Cuyo	1	0	0	17
Chaco	0	0	0	5
Corrientes	1	0	0	7
Formosa	0	0	0	13
Misiones	0	0	0	1
NEA	1	0	0	26
Catamarca	0	0	0	1
Jujuy	0	0	0	1
La Rioja	0	0	0	2
Salta	0	0	0	3
Santiago del Estero	0	0	0	8
Tucumán	0	0	0	9
NOA	0	0	0	24
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	85	1	13	502

Jurisdicciones con casos confirmados de mpox

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

De los 85 casos confirmados, 83 corresponden a personas de sexo masculino y dos al sexo femenino, mientras que la mediana de edad es de 35 años.

Gráfico 3. Mpox: Distribución proporcional por edad y sexo. Argentina, SE1/2024 a SE43/2024. (N=83)

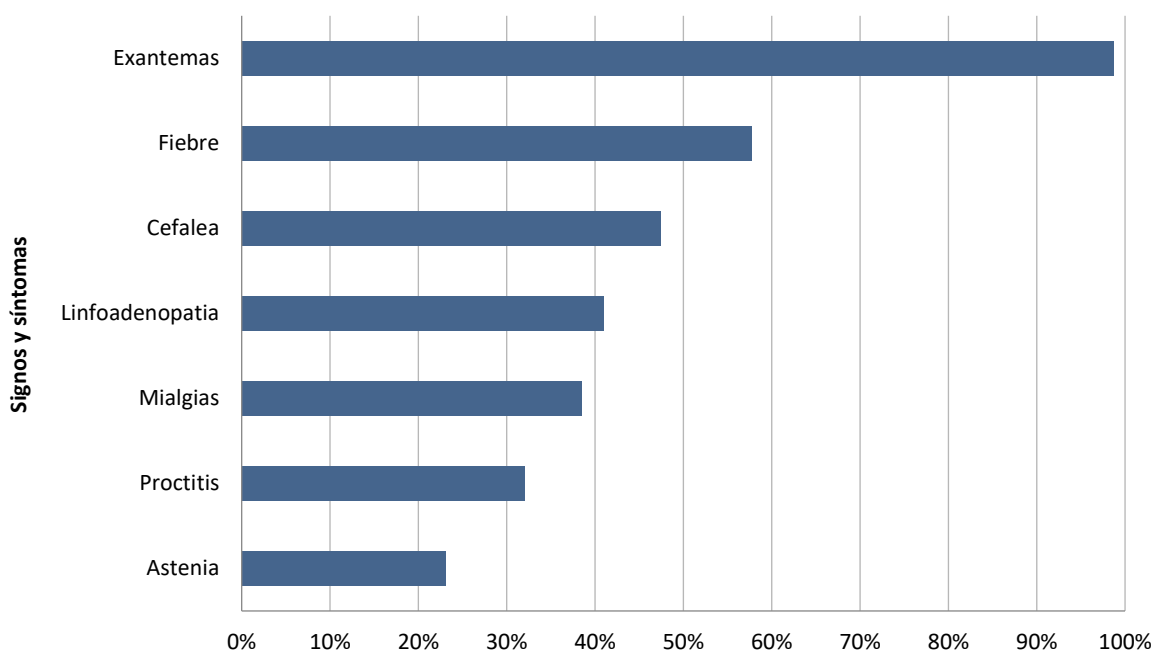
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

Con los datos disponibles hasta el momento, las poblaciones más afectadas son la de hombres que tienen sexo con hombres (64% de 55 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 VIH⁸.

En el 99% de los 78 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.

⁸ Este dato puede estar sesgado por la frecuencia en la consulta de esta población y por contar con datos solo para el 48% de los casos confirmados hasta el momento.

Gráfico 4. Signos y síntomas en casos confirmados (en porcentaje). Argentina, SE1/2024 a SE43/2024. (N=78)



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.

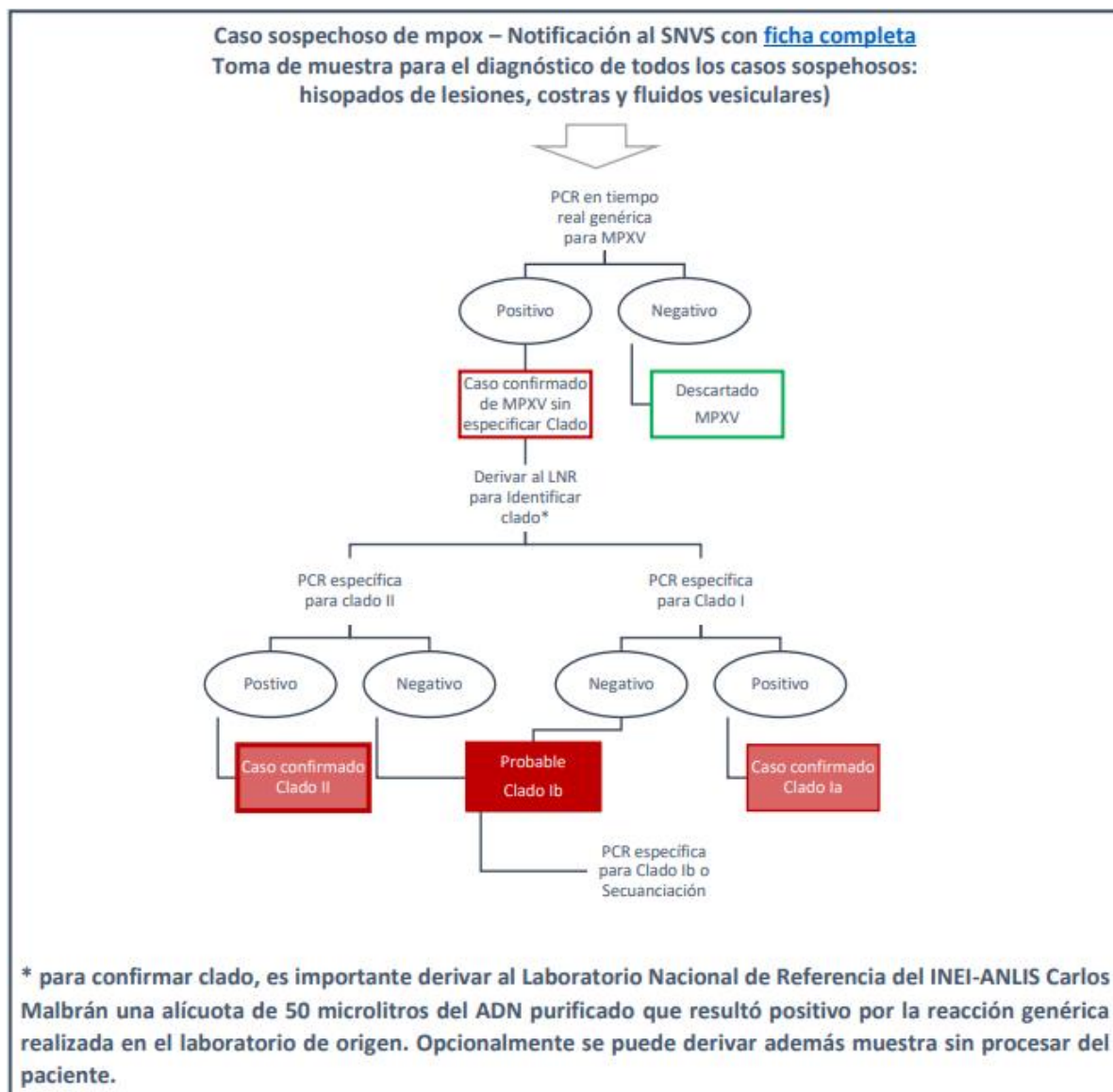
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión 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

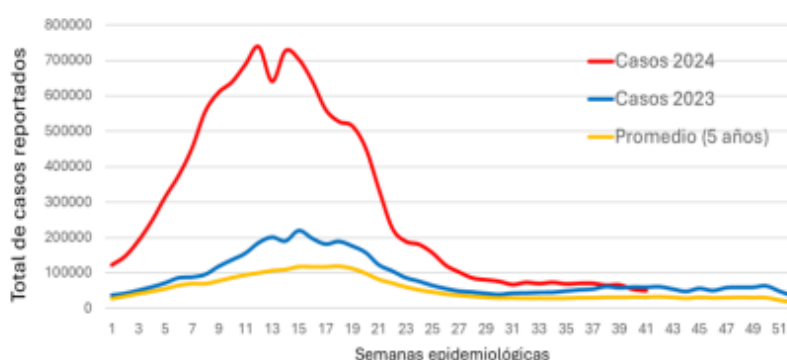
VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

SITUACIÓN REGIONAL DE DENGUE

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de situación No 41. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 41, 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 31 de octubre.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 41 del 2024, se reportaron en la Región de las Américas un total de 12,167,392 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 1,274 casos por 100,000 hab). Esta cifra representa un incremento de 209% en comparación al mismo periodo del 2023 y 387% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 41 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 12,167,392 casos de dengue reportados en las Américas, 6,513,046 casos (53%) fueron confirmados por laboratorio y 19,423 (0.16%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 7,292 muertes por dengue, para una letalidad del 0.060%.

Diecisiete países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 41. Estos países registran en conjunto 50,749 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 41.

Subregión Centroamérica y México.

Un total de 29,884 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 41. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 96% en comparación con el mismo periodo del 2023 y de 185% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 41 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Centro América y México.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Subregión Caribe.

Se notificaron 775 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 41. Hasta esta semana la subregión presenta una disminución de 5% en comparación con el mismo periodo del 2023 y un incremento de 27% con respecto al promedio de los últimos 5 años

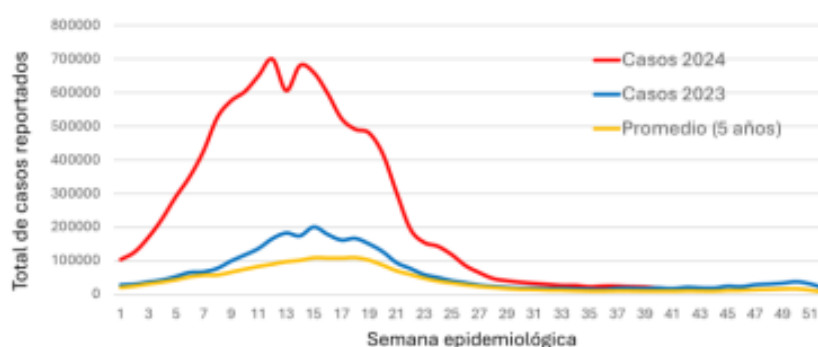
Subregión Andina.

Durante la SE 41 se notificaron 4,998 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 183% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Perú presentan un incremento de 38% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

Subregión Cono Sur.

Se notificaron 15,092 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 41. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta un incremento de 264% en comparación con la misma semana del 2023 y de 442% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Paraguay presentan un incremento de 30% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 41 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 31/10/2024 en países regionales seleccionados⁹.

Brasil: Hasta la SE 42/2024 se reportaron 9.791.865 casos de dengue, 3,5 veces el número registrado en el mismo período del 2023, y 5.645 fallecidos. A la misma semana (42), se registraron 399.980 casos de chikungunya, 64% más que lo reportado hasta dicha semana del año 2023, y 184 fallecidos. Por último, entre la SE1/2024 y la SE 41/2024 se reportaron 39.133 casos de zika, representando un aumento de 17% respecto a lo notificado hasta esa semana en el 2023. No se registraron fallecidos de zika durante 2024.

Bolivia: Entre la SE 1 y la 38/2024, se registraron 43.440 casos de dengue, un 71% menos que lo reportado a la misma semana del 2023, y 25 fallecidos. Con respecto a chikungunya, hasta la misma (38) 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.

Paraguay: Entre la SE 1 y 42/2024 se notificaron 286.877 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 128. Asimismo, hasta la semana 42/2024, se registraron 2.744 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/42 se registraron 8 casos de este evento, mientras que en el mismo tiempo de 2023 no hubo casos registrados. No se han reportado fallecidos para estos dos eventos.

Perú: Desde la SE 1 a la 42/2024 se notificaron 268.114 casos de dengue, lo cual representa un 4% más de lo registrado durante el mismo período en 2023, y 252 fallecidos. Con relación a chikungunya, hasta la SE 42 se registraron 83 casos, 38% menos que lo reportado a la misma semana de 2023, y 1 fallecido. Asimismo, hasta la SE 42 se registraron 10 casos de zika, 56% menos que en el mencionado período del año previo. No se reportan fallecidos para este evento.

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

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

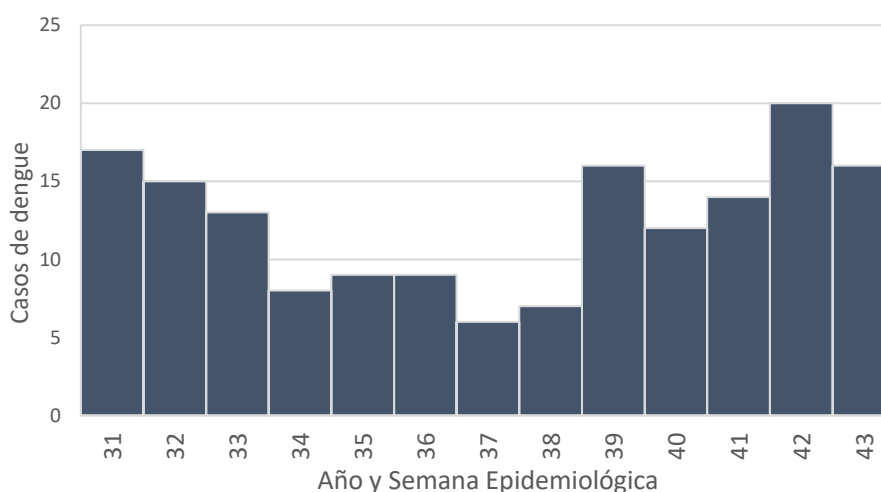
⁹ Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

En Argentina desde la SE1 a la SE43 de 2024 se registraron hasta el momento 579.433 casos de dengue de un total de 761.566 casos notificados investigados.

En cuanto a la temporada 2024/2025, que comenzó en la SE31/2024 y hasta la SE43/2024, se registraron 162 casos confirmados (153 sin antecedentes de viaje y el resto con antecedentes de viaje, trasplante o vacunación), manteniéndose la detección de casos durante todas las semanas, a expensas fundamentalmente de las notificaciones aportadas por las provincias de Chaco (63 casos, sin identificación de serotipo) y Formosa (84 casos, de los cuales en 44 pudo identificarse el serotipo DEN-2 y en 6 DEN-1 y con residencia en los departamentos Capital, Patiñom, Pilagás y Pilcomayo) - provincias que notificaron casos durante todas las semanas. A ellas se sumaron casos sin antecedentes de viaje en las provincias de Córdoba (2 casos en la SE42 con identificación de DEN-1), Mendoza (1 caso en la SE42 sin identificación de serotipo), Tucumán (1 caso confirmado en la SE43 por el laboratorio de referencia pero que corresponde a la SE34, con residencia en el departamento Cruz Alta y detección de anticuerpos neutralizantes para DEN-1), CABA (1 caso en la SE43 con residencia en la Comuna 3 e identificación de DEN-1) y Buenos Aires (un caso en la SE43 asistido en CABA con domicilio en el partido de La Matanza e identificación de DEN-1). Adicionalmente, se confirmaron 5 casos importados: 2 residentes de la provincia de Buenos Aires -uno con antecedentes de viaje a Brasil e identificación de DEN-2 y otro a Cuba sin identificación de serotipo-; 1 caso residente en Córdoba -con antecedentes de viaje a Cuba e identificación del serotipo DEN-4-; 1 caso residente en CABA -con antecedente de viaje a India y sin identificación de serotipo-; 1 caso correspondiente a la provincia de Mendoza que cuenta con viaje a Perú, sin identificación de serotipo. Por último, se confirmaron 3 casos asociados a trasplante de órganos y 1 con antecedente reciente de vacunación contra el dengue.

Gráfico 4. Dengue: Casos por semana epidemiológica SE1 a SE43/2024. Argentina.



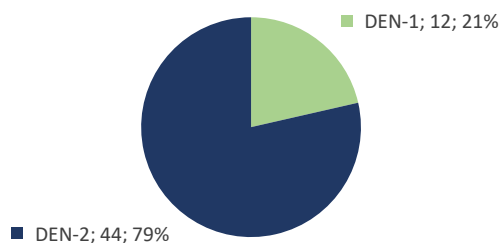
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Durante la **SE43**, se notificaron **641 casos sospechosos** de los cuales **16 se confirmaron** y 24 se tratan de casos probables aún en investigación

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE43/2024. Argentina.

Jurisdicción	Confirmados sin antecedentes de viaje	Confirmados con antecedentes de viaje y no vectoriales	Probables	Con laboratorio negativo	Sospechosos	Total notificados
Buenos Aires	1	4	21	397	342	765
CABA	1	2	18	242	204	467
Córdoba	2	1	40	478	56	577
Entre Ríos	0	0	11	84	31	126
Santa Fe	0	1	10	223	113	347
Total Centro	4	8	100	1424	746	2282
Mendoza	1	1	4	108	41	155
San Juan	0	0	1	13	6	20
San Luis	0	0	0	17	11	28
Total Cuyo	1	1	5	138	58	203
Chaco	63	0	0	423	173	659
Corrientes	0	0	10	79	33	122
Formosa	84	0	2	868	-3	951
Misiones	0	0	0	66	1	67
Total NEA	147	0	12	1436	204	1799
Catamarca	0	0	1	119	-4	116
Jujuy	0	0	1	241	48	290
La Rioja	0	0	4	41	5	50
Salta	0	0	12	272	200	484
Santiago del Estero	0	0	15	153	81	249
Tucumán	1	0	43	418	106	568
Total NOA	1	0	76	1244	436	1757
Chubut	0	0	0	4	1	5
La Pampa	0	0	0	25	0	25
Neuquén	0	0	0	5	2	7
Río Negro	0	0	1	1	3	5
Santa Cruz	0	0	0	6	1	7
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	1	41	7	49
Total País	153	9	194	4283	1451	6090

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

Gráfico 5. Dengue: proporción de serotipos en casos sin antecedentes de viaje. SE31 a SE43/2024. Argentina

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

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

Tabla 2. Dengue: Casos de dengue y casos con laboratorio positivo según jurisdicción SE1 a SE43/2024. Argentina.

Jurisdicción	Casos de dengue	Casos con laboratorio positivo	Total de casos investigados
Buenos Aires	109690	32222	145969
CABA	25554	24555	56396
Córdoba	127707	10815	147797
Entre Ríos	19469	4735	24350
Santa Fe	61477	19305	73041
Total Centro	343.897	91.632	447.553
Mendoza	4803	1746	8803
San Juan	2168	673	3119
San Luis	3863	764	4479
Total Cuyo	10.834	3.183	16.401
Chaco	21706	15289	31237
Corrientes	10748	7284	14899
Formosa	10610	10477	23477
Misiones	15948	7464	20915
Total NEA	59.012	40.514	90.528
Catamarca	11077	6572	15387
Jujuy	14155	3864	19874
La Rioja	11935	1408	14585
Salta	24173	7454	34266
Santiago del Estero	18934	4127	24815
Tucumán	84136	28846	95276
Total NOA	164.410	52.271	204.203
Chubut	63	31	149
La Pampa	553	474	1438
Neuquén	178	128	378
Río Negro	99	24	155
Santa Cruz	226	128	495
Tierra del Fuego	161	117	266
Total Sur	1.280	902	2.881
Total País	579.433	188.502	761.566

Fuente: Elaboración propia 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 SE43). 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 1199 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 3. Muestras estudiadas para Otros arbovirus: según resultados SE31 a SE43/2024. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
	Positivos	Investigados	Positivos	Investigados	Positivos	Investigados	Positivos	Investigados	Positivos	Investigados
Buenos Aires	0	11	0	3	0	0	0	8	0	1
CABA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Córdoba	0	5	0	0	0	0	0	85	0	0
Entre Ríos	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0
Santa Fe	0	30	0	3	0	0	0	2	0	1
Total Centro	0	46	0	6	0	1	0	98	0	2
Mendoza	0	13	0	18	0	0	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Total Cuyo	0	13	0	18	0	0	0	2	0	0
Chaco	0	55	0	37	0	0	0	1	0	1
Corrientes	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total NEA	0	58	0	37	0	0	0	1	0	1
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	12	0	2	0	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	0	59	0	29	0	15	0	0	0	1
Santiago del Estero	0	5	0	3	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0
Total NOA	0	77	0	38	0	15	0	0	0	1
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total País	0	194	0	99	0	16	0	101	0	4

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

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE SE 43/2024

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

- Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 42 de 2024 se registraron 1.049.540 casos de ETI, 151.773 casos de Neumonía y 162.004 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un aumento de las notificaciones de ETI del 3,14% y una disminución de neumonías de 10,99% y de bronquiolitis 24,31%, 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 predominantemente. A lo largo del año se registraron casos durante todas las semanas y el mayor número se experimentó entre las SE21 y SE24 (máximo en SE23- 166 casos). El aumento estacional experimentado a partir de la SE16 y hasta la SE28 estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el mayor descenso de casos de Influenza A, aumenta la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En las SE 42 y 43 se notificaron 18 detecciones de influenza entre las 108 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 98 muestras estudiadas en las últimas dos semanas.
- SARS-CoV-2: alrededor del 80% de los casos del período se registraron entre las SE01 y SE12. Posteriormente, las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, aunque con un ligero ascenso a partir de la SE34 y hasta la actualidad.

✓ Vigilancia de virus respiratorios priorizados en pacientes internados:

- Durante la SE42/2024 se registraron 87 detecciones de SARS-CoV-2, 16 casos de influenza y 6 de VSR.
- Virus Influenza: Desde la SE31 se registra un menor número de casos, con un promedio de 63 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 83% de los casos del año concentrados entre las SE18 y SE30, fundamentalmente a expensas de Influenza A. Durante 2024, se notificaron 181 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.
- VSR: El 92% de los casos detectados hasta el momento durante 2024 se registran entre las SE20 y SE36, con el mayor número de detecciones entre las SE23 y SE30.
- SARS-CoV-2: alrededor del 62% de los casos del periodo analizado se concentran hasta el momento entre las SE1 y SE12. A partir de la SE13 y hasta la SE33 los casos detectados se mantuvieron por debajo de los 60 semanales. A partir de la SE34 se observa un mayor número de detecciones respecto a lo registrado en las semanas previas, con un promedio de 148 casos semanales en las últimas 5 semanas analizadas.

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

- Influenza: Si bien se detectaron casos durante todas las semanas del año, aproximadamente el 86% de lo reportado corresponde al periodo comprendido entre SE18 y SE30 (la tendencia al ascenso comenzó en la SE16 y el mayor número de detecciones se registró en SE23, con 2145 casos). En este período predominó el tipo A. Entre las SE31 y SE42 se registra un menor número de casos que en el período previo, pero con una estabilidad en torno a los 116 casos

semanales en promedio y un cambio en el tipo identificado, correspondiente casi exclusivamente al tipo B (linaje Victoria), con un ligero ascenso de en las últimas semanas.

- VSR: a partir de la SE16 de 2024 se verifica un incremento de las notificaciones, con alrededor del 93% de los casos concentrados entre las SE20 y SE36. Si bien los casos presentan tendencia descendente, se registran más de 100 casos semanales hasta la SE39.
- SARS-CoV-2: el mayor número de detecciones hasta el momento se dio a comienzos del año, concentrándose el 88% de los casos entre las SE1 a SE12, con el periodo de mayor detección entre las SE03 y SE06 (promedio 7112 casos). Entre las SE17 y SE31 los casos se mantuvieron por debajo de 125 semanales. A partir de la SE32 se verifica un paulatino ascenso de las detecciones, con un máximo de 696 casos en la SE42.
- 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 SE43 de 2024 se registraron 482 casos confirmados y 2 personas fallecidas con diagnóstico de COVID-19.¹⁰
- 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 42 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.049.540 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2229,9 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 1.089.444 casos), seguido por el año 2016. El número de notificaciones de ETI correspondiente a las SE1-42 de 2024 es menor respecto de los años 2016 y 2022, y mayor en comparación con los restantes años históricos analizados.

¹⁰ 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.

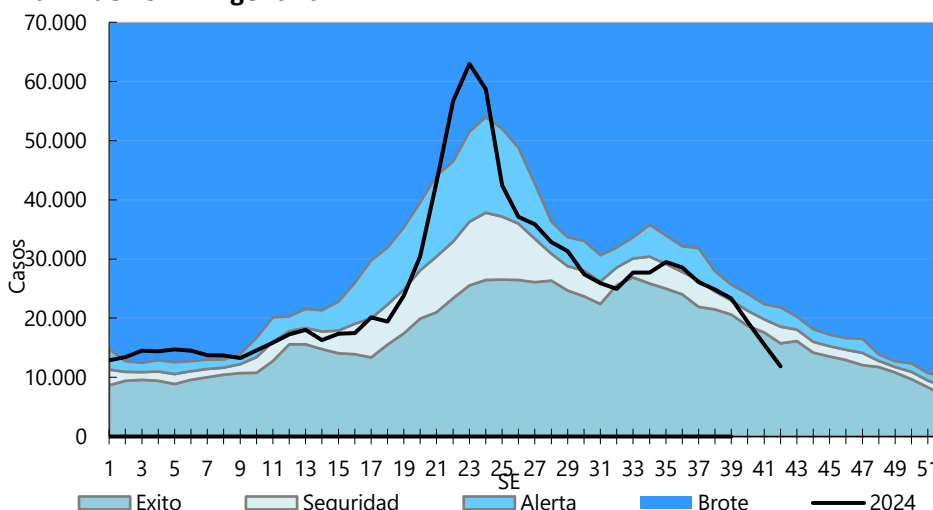
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE42. Total país.



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

Respecto a los registros históricos, las notificaciones de ETI registradas en el SNVS presentan un ascenso en las primeras semanas de 2024, que alcanza niveles de brote entre SE2 y 8. Posteriormente descienden, se ubican en niveles de seguridad y permanecen entre esta zona y los niveles de alerta hasta la SE21, con tendencia ascendente el número de notificaciones semanales desde SE10, más pronunciada desde SE19. Entre SE22 y 24 los registros alcanzan el nivel de brote, con máximo en SE23 y tendencia descendente posterior. Entre las SE33 y 35 se verifica un ligero ascenso que vuelve a alcanzar la zona de seguridad y alerta (en SE35 y 36) y luego los casos descienden, permaneciendo en los niveles esperados desde la SE41.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023¹¹. SE 1 a 42 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

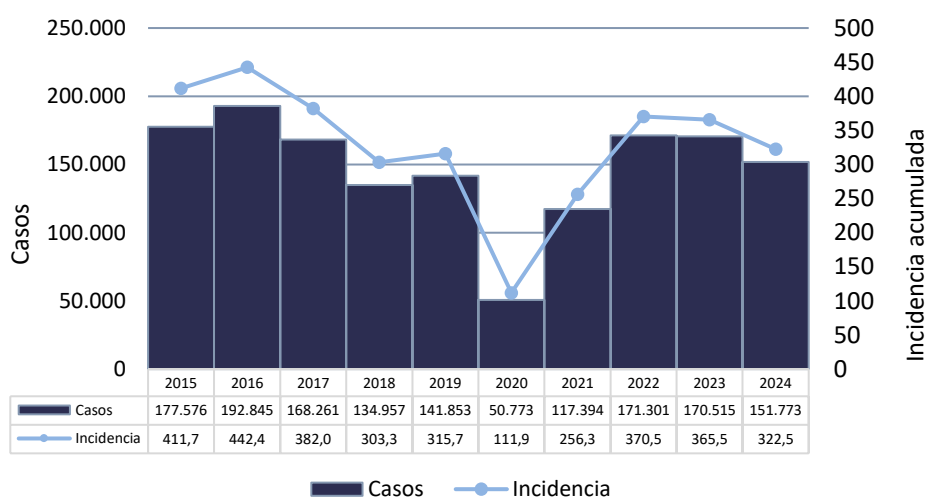
¹¹ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

NEUMONÍA

Entre las SE 1 y 42 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 151.773 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 322,5 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías entre las SE1 a 42 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.

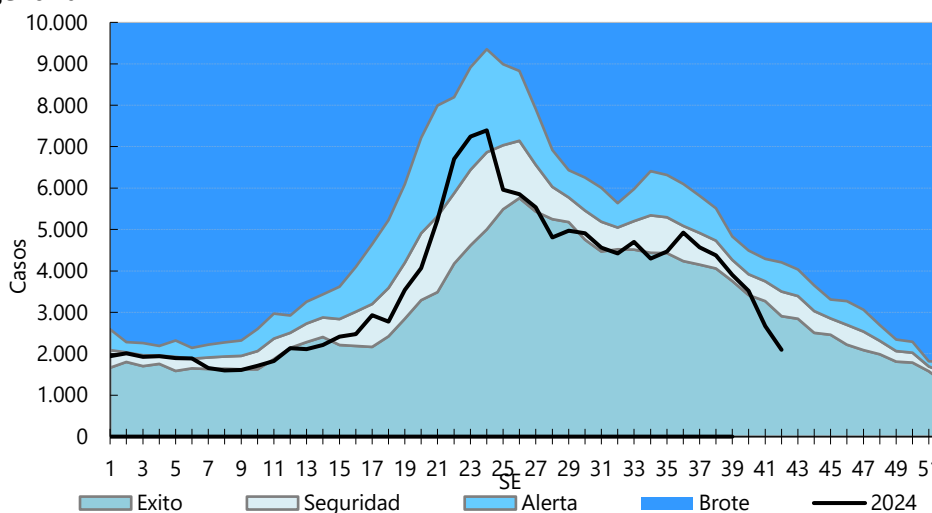
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE42. Total país.¹²



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

Las notificaciones de neumonía se ubican en entre la zona de seguridad y alerta en las SE 1-7 de 2024, oscilando desde SE8 entre los niveles esperados y de seguridad. A partir de SE10 se registra tendencia ligeramente ascendente de las notificaciones semanales de neumonías, que se acelera en SE19 y alcanza niveles de alerta entre SE22 y 24, con un descenso posterior. Si bien a partir de la SE27 las notificaciones oscilan entre niveles de éxito y seguridad, entre las SE35-37 se registra un ligero nuevo ascenso de las neumonías que luego descienden y se ubican en niveles esperados desde SE41.

¹² 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: 2015-2023.¹³ SE 1 a 42 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

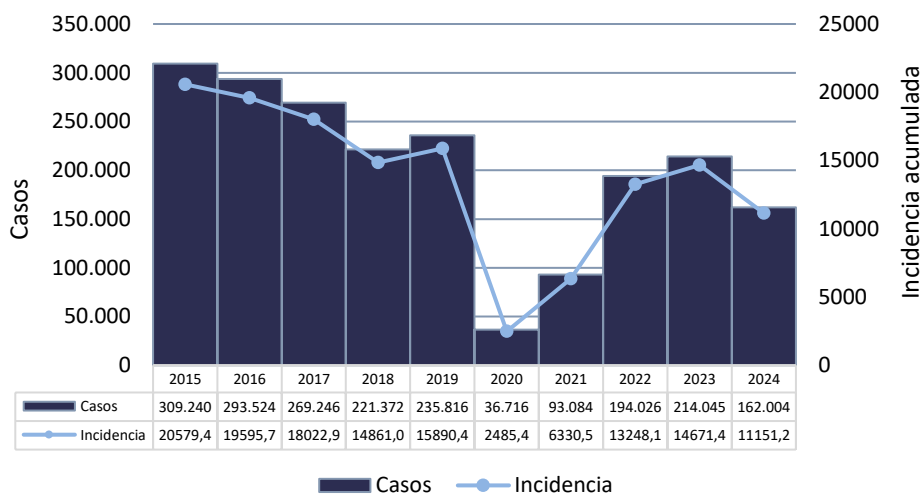
BRONQUIOLITIS

Entre las SE 1 y 42 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 162.004 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 11.151,2 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 SE1-42 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.

¹³ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

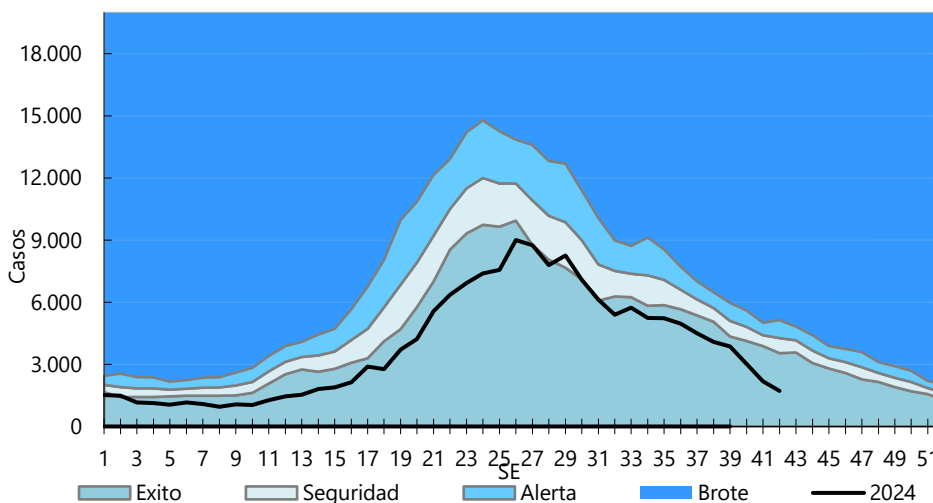
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE42. Total país¹⁴.



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

En las primeras 2 SE del año las notificaciones de bronquiolitis en menores de 2 años oscilaron entre la zona de éxito y seguridad, ubicándose posteriormente dentro de los límites esperados, en relación a los registros históricos. Las notificaciones presentan tendencia ascendente desde la SE11 y alcanzan su máximo en SE26, con descenso posterior. Entre las SE29 y 31, si bien se observa tendencia descendente en el número de notificaciones semanales, los casos de bronquiolitis oscilan entre niveles de seguridad y éxito, permaneciendo en las semanas siguientes en niveles esperados.

Gráfico 6: Bronquiolitis: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.¹⁵ SE 1 a 42 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

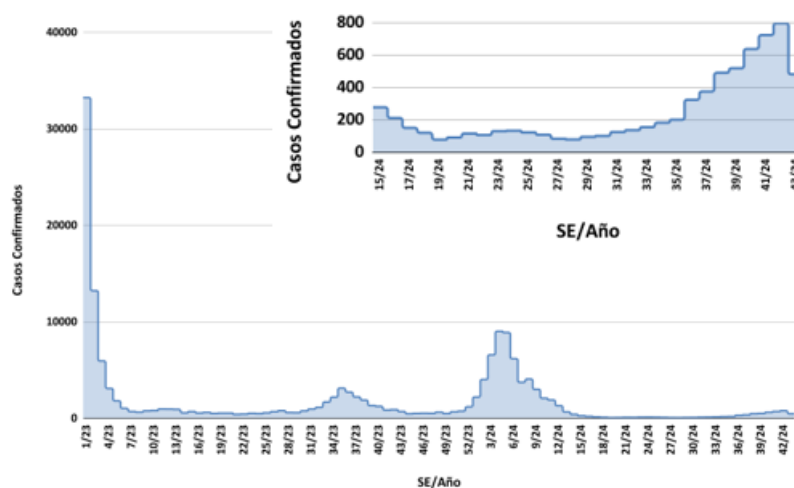
14 Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 de 2022. A partir de la SE23/2022 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las Bronquiolitis en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada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

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

COVID-19¹⁶

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

Gráfico 7: COVID-19: Casos confirmados y fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 43/2024. Argentina.

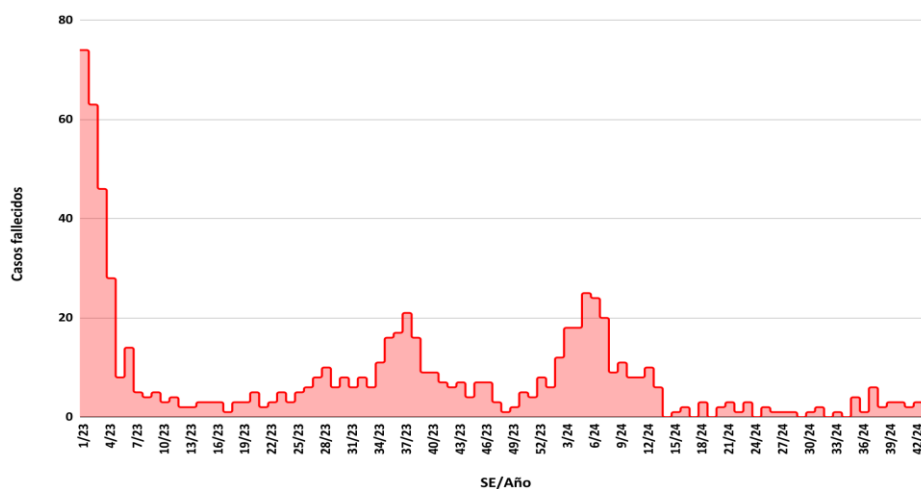


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS^{2.0}.

Respecto a los fallecimientos, se observó en las primeras semanas de 2024 un ligero aumento en las notificaciones en el SNVS 2.0 en concordancia con el ascenso de casos registrado, que alcanzó su máximo en la SE5 de 2024 y posteriormente presentó una tendencia descendente. Durante la SE43/2024, se registran 2 personas fallecidas con diagnóstico de COVID-19¹⁷.

¹⁶ 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.

¹⁷ 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 43/2024. Argentina.

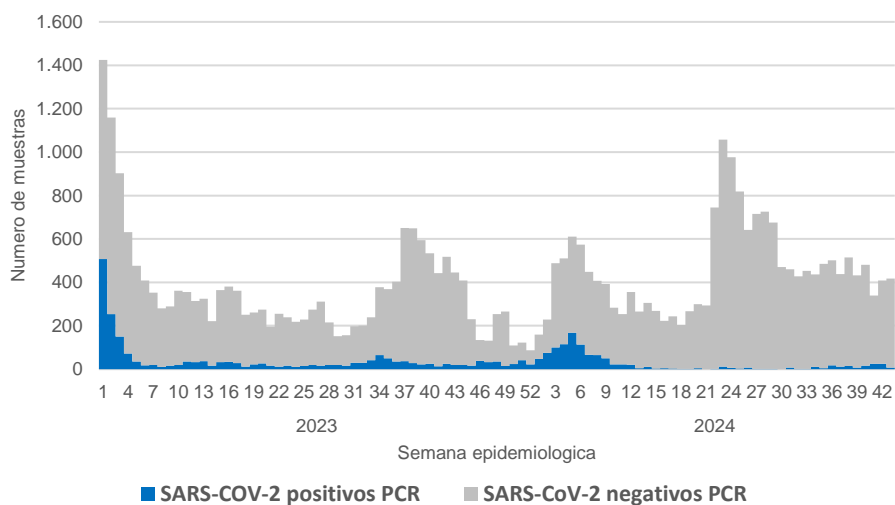
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS^{2.0}.

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 SE43, se registraron en el SNVS2.0, en el evento “Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios”, un total de 19.704 muestras estudiadas por rt-PCR para SARS-COV-2, de las cuales 1086 fueron positivas. Esto representa un ascenso de 14,14% respecto a las muestras estudiadas registradas para el mismo periodo de 2023, aunque con un descenso de 44,73% 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 80% de los casos en UMA de 2024 fueron detectados durante primeras 12 SE del año. Desde la SE13 y hasta la actualidad las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, aunque con un ligero ascenso de casos registrado a partir de la SE34. En la SE43/2024, se notificaron 7 casos positivos entre las 418 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 SE43/2024. Estrategia UMA. Argentina.

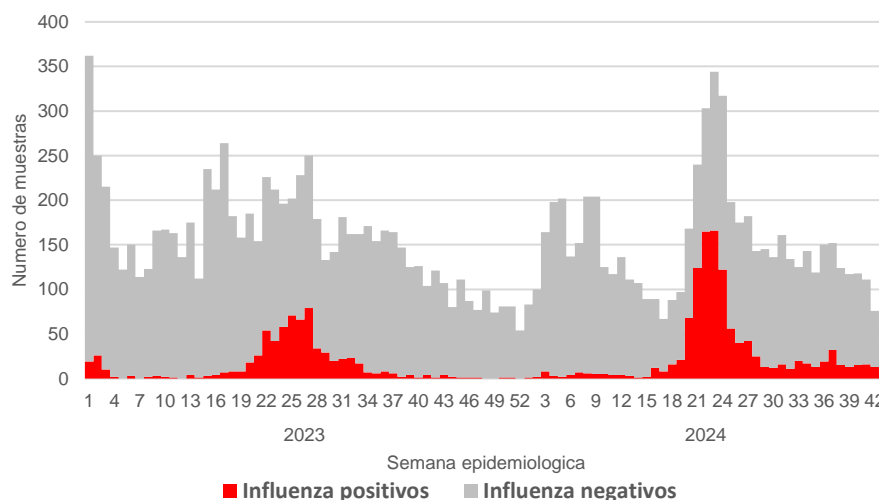


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

Además, desde el inicio de 2024 se estudiaron un total de 6.383 muestras para influenza, de las cuales 1152 resultaron positivas. Si bien las muestras estudiadas para este agente en esta estrategia registran un descenso de aproximadamente el 14,32% en 2024 respecto al mismo período de 2023, se verifica un 63,40% 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 18,05% para este virus en UMA.

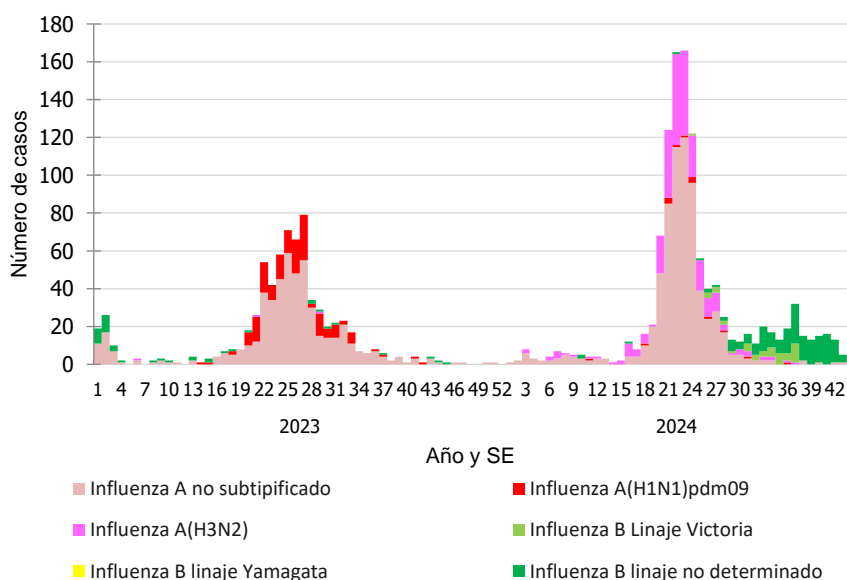
Aun cuando a lo largo del año se registraron casos de influenza en UMA durante todas las semanas, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24 (máximo en SE23- 166 casos). Este ascenso estuvo asociado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

En las SE 42 y 43 se notificaron 18 detecciones de influenza entre las 108 muestras estudiadas.

Gráfico 10. Muestras positivas y negativas para influenza, por SE. SE1/2023 a SE43/2024. 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= 1152), la mayoría correspondieron a Influenza A (n= 942, 81,77%), mientras que Influenza B se identificó en los 210 casos restantes. Respecto de los virus Influenza A, 269 muestras cuentan con subtipificación, detectándose predominantemente Influenza A (H3N2) (n= 255) y algunos casos de Influenza A (H1N1) pdm09 (n= 14). Entre los casos de influenza B detectados en la estrategia UMA en el periodo analizado, 45 fueron identificados como Influenza B Victoria, el resto correspondieron a Influenza B sin identificación de linaje.

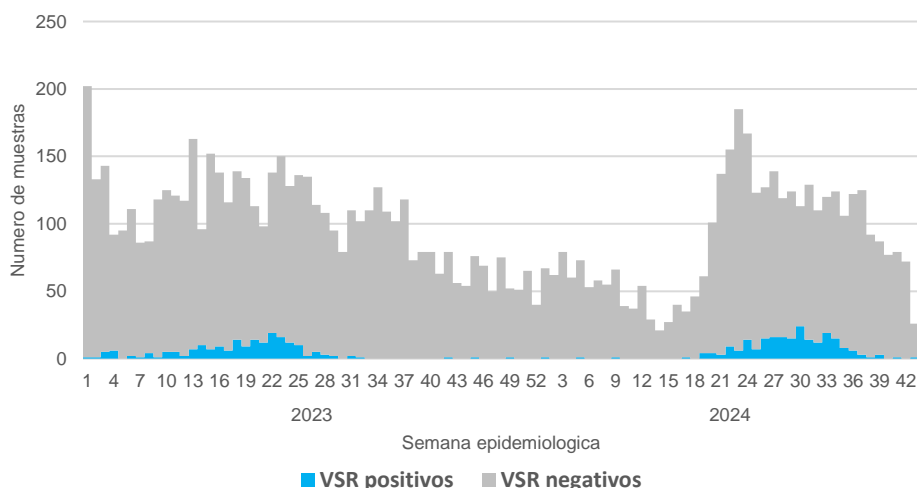
Gráfico 11. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica – SE1/2023 a SE43/2024. Estrategia UMA. Argentina.

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 3.721 muestras estudiadas en lo que va de 2024, con un total de 220 positivos para VSR durante 2024 en UMAS y una positividad acumulada de 5,91%. 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 (SE42 y 43), se notificó 1 caso de VSR entre las 98 muestras estudiadas.

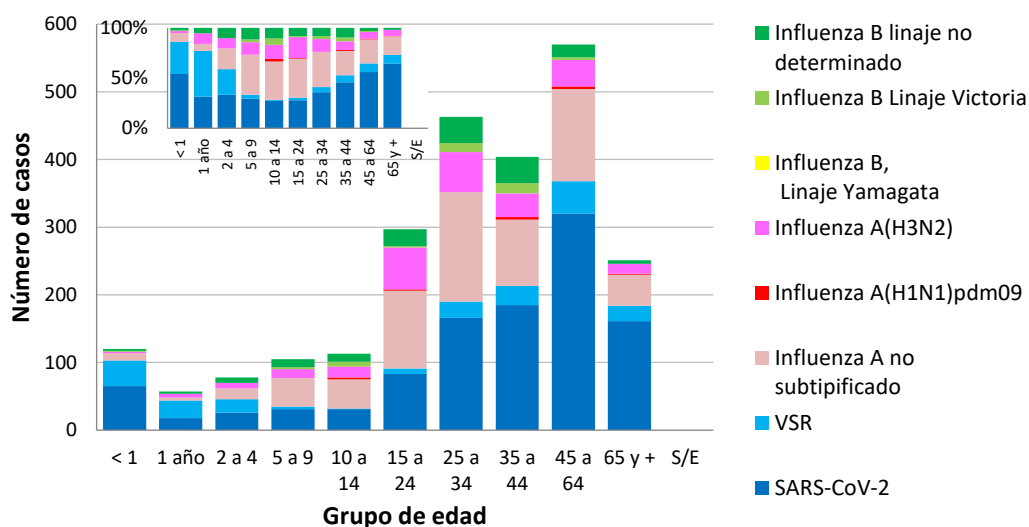
Gráfico 12. Muestras positivas y negativas para VSR por SE. SE1/2023 a SE43/2024. Estrategia UMA. Argentina.



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 SE43/2024. 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

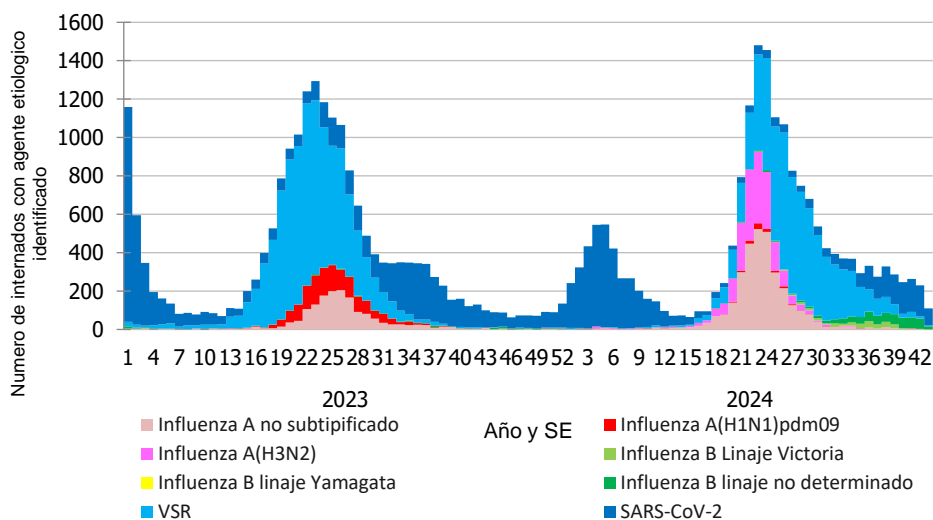
Entre SE01 y SE43 de 2024, en términos acumulados, se notificaron 5627 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. **Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 17,36% menos casos.**

Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia ascendente entre las SE52/2023 y SE5/2024, descendiendo de manera sostenida desde esa semana hasta la SE12. Se destaca que en las primeras 12 semanas de año se concentró el 62% de los casos registrados en lo que va de 2024. A partir de la SE13 y hasta la SE33 los casos detectados se mantuvieron por debajo de los 60 semanales (mínimo de 19 en SE17 y máximo de 57 en SE33). Desde la SE34 se observa un mayor número de detecciones respecto a lo registrado en las semanas previas, con un promedio de 148 casos semanales en las últimas 5 semanas analizadas (87 casos notificados en hospitalizados para la SE43).

Adicionalmente, en lo que va de 2024, se registraron 6023 detecciones positivas para virus influenza en internados. Esto representa un **ascenso del 99,50% respecto de las notificaciones registradas para el mismo período de 2023.**

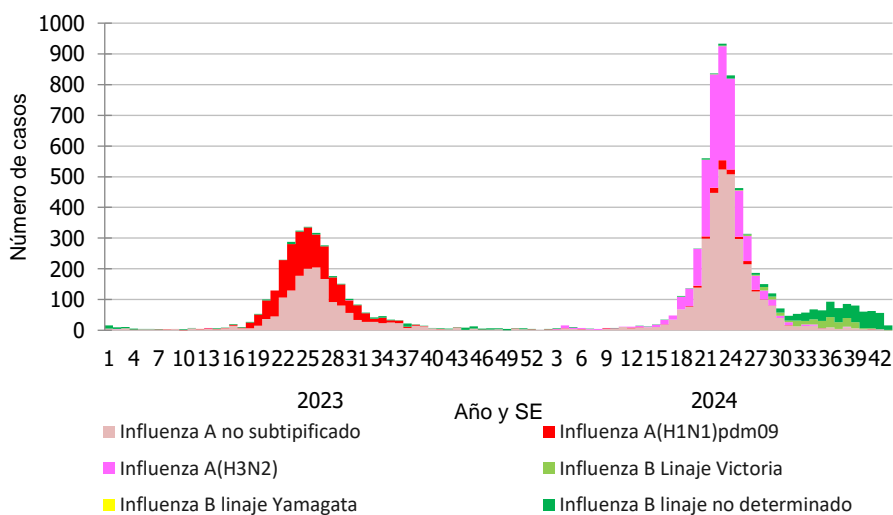
A partir de la SE16 se registra un incremento de las detecciones semanales de influenza en hospitalizados, que alcanzan su máximo en SE23 (con 933 casos) y posteriormente descienden. El 83% de los casos notificados en el año se concentraron entre las SE18 y SE30, fundamentalmente a expensas de Influenza A/H3N2. Desde la SE31 se registra un menor número de casos, con un promedio de 63 casos semanales y detecciones tanto de Influenza A como B, aunque con predominio de influenza B desde la SE32 en adelante. En la SE43/2024 se registraron 16 casos de influenza en personas hospitalizadas.

Respecto a **VSR**, desde SE1/2024 a SE42/2024 se notificaron 7051 casos hospitalizados positivos para VSR, con un **descenso del 22,40% respecto a las notificaciones del mismo periodo del año previo.** A partir de la SE16 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, que alcanza su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. El 92% de los casos de VSR durante 2024 fueron identificados entre las SE20 y 36, con el mayor número de detecciones entre las SE23 y SE30. En la última semana analizada (SE43), se registraron 6 casos de VSR en hospitalizados.

Gráfico 14. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2023 a SE43/2024. 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}.

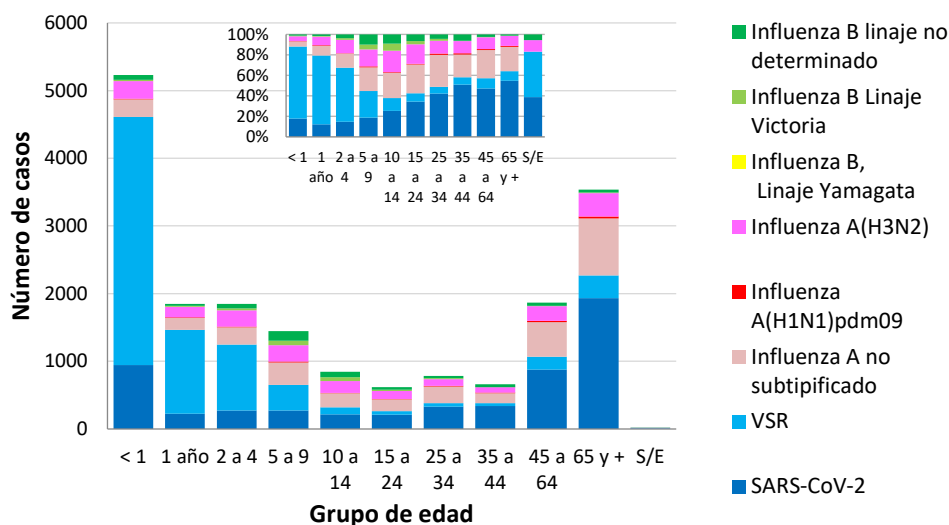
Para el año 2024, entre las 6023 detecciones de influenza, 5197 fueron influenza A (86,29%) y 826 influenza B (13,71%). Respecto de los virus Influenza A, 2052 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales la mayoría correspondieron a **influenza A (H3N2) (n= 1933, 94,20%)**, mientras que las 119 muestras restantes fueron identificadas como influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 236 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 SE43/2024. Argentina.

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

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

Gráfico 16. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2024 a SE43/2024.



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 01-43 del año 2024, se notificaron al SNVS 2.0 181 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.¹⁸

VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS - RED DE LABORATORIOS

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

Si bien el número de casos de COVID-19 por SE en lo que va de 2024 es menor en comparación con años previos, se observó un ascenso de las detecciones durante las primeras semanas del año, con el 88% de los casos registrados en el año concentrados entre las SE1 a SE12. Durante ese aumento de casos, el periodo de mayor detección se dio entre las SE03 y SE06, con un promedio de 7112 casos y un máximo de 8460 en la SE04. Posteriormente, se registró un descenso de las detecciones, que se mantuvieron por debajo de los 125 casos semanales entre las SE17 y SE31 (mínimo de 70 en la SE19 y un máximo de 123 en la SE24). A partir de la SE32 y hasta la última semana analizada, las detecciones de SARS-CoV-2 presentan un paulatino ascenso, con un máximo de 696 casos en la SE42.

Para el año 2024, se destaca un ascenso pronunciado de las notificaciones de influenza desde SE16 a SE23 (máximo de 2144 casos), registrándose predominantemente casos de influenza A sin subtipificar/A H3N2, con un menor número de detecciones semanales en las siguientes semanas. Si bien se detectaron casos durante todas las semanas del año, aproximadamente el 87% de lo reportado corresponde al periodo comprendido entre SE18 y SE30. Entre las SE31 y SE42 se registra un menor número de casos que en el período previo, pero con una estabilidad en torno a los 110 casos semanales en promedio y un cambio en el tipo identificado, correspondiente

¹⁸ 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.

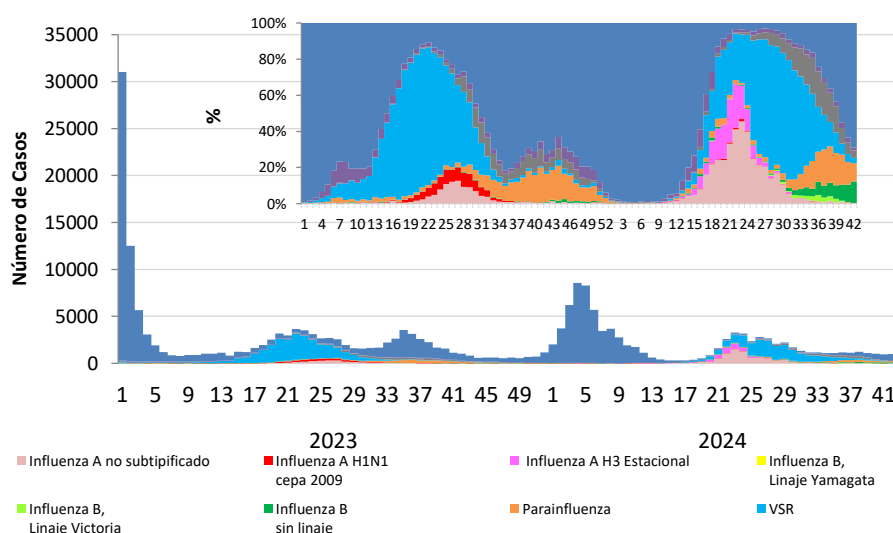
predominantemente al tipo B (linaje Victoria), que presenta tendencia ascendente en las últimas semanas.

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

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

En la SE42 de 2024 se verifica circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: parainfluenza, metapneumovirus y adenovirus. Desde la SE23 se registra un ascenso de las detecciones de metapneumovirus, que alcanzó su máximo en SE36. Además, en las últimas semanas, un incremento de los casos de parainfluenza.

Gráfico 17. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2023 a SE42/2024. Argentina.



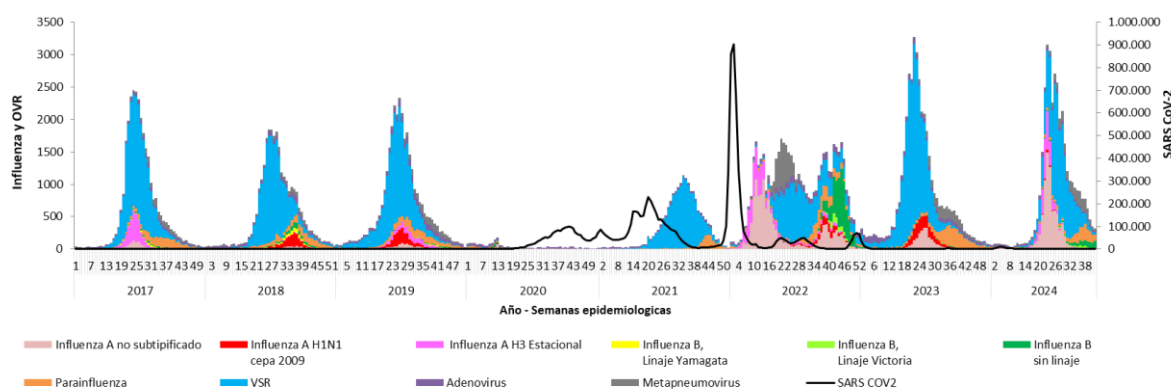
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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

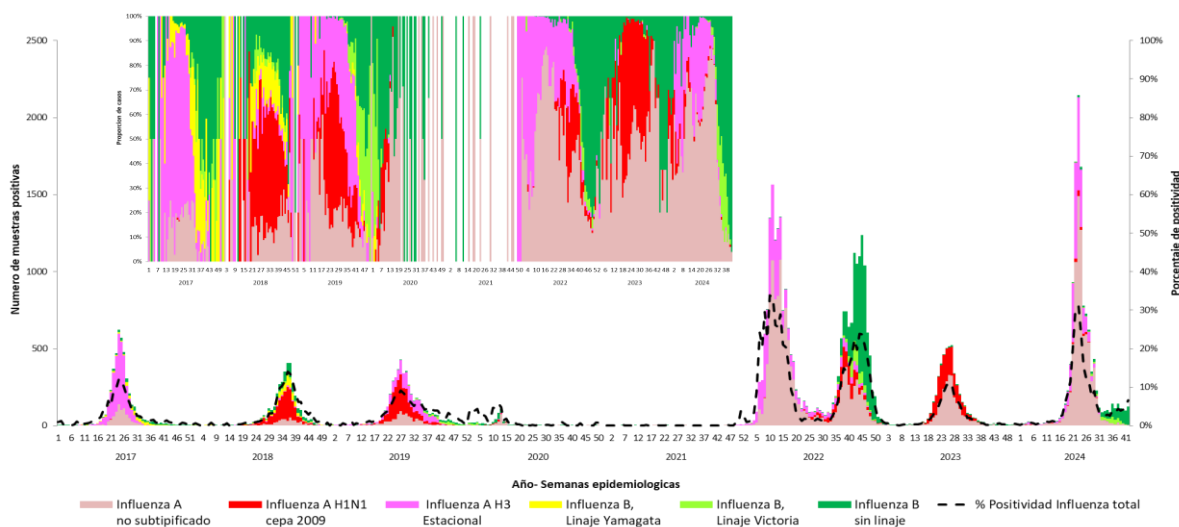
los años 2017 y 2018. Los casos positivos para adenovirus se identificaron durante todas las semanas del año 2023, con el mayor número de casos notificado en la SE5 -a diferencia del pico de casos entre las SE30 y 37 para los años 2017-2019- y una tendencia descendente de las detecciones semanales durante 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- SE42/2024. 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- SE42/2024. 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.¹⁹

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^{20,21}.

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*

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

²⁰ OMS- Tracking SARS-CoV-2 variants-. <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

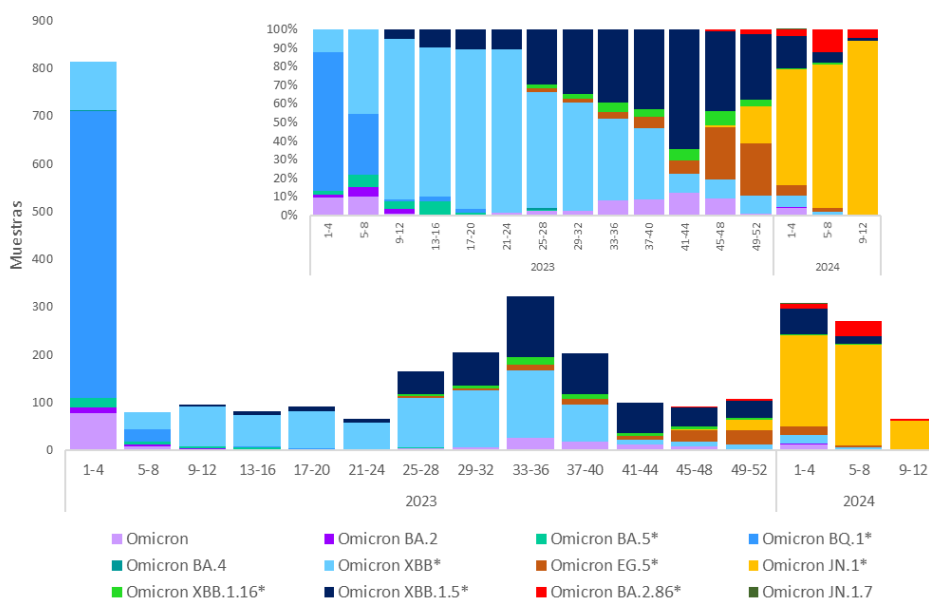
²¹ Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for-sars-cov-2-variants>

en un 10,75% (n=36) (*Indica la inclusión de linajes descendientes) ²².

En total, al 30 de octubre de 2024 en Argentina se detectaron 540 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 país²³.



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2,0}.

²² 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.

²³ Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

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

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

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

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

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

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS²⁴

Situación Regional: La actividad de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) ha mostrado una tendencia general a la baja en las últimas semanas, excepto en América del Norte, donde se ha observado un ligero aumento en los casos de ETI. En esta región, la mayoría de los casos positivos han estado asociados a SARS-CoV-2 y, en menor medida, a influenza. En el Caribe, América Central, la región Andina y el Cono Sur, la mayoría de los casos positivos han sido vinculados a VRS, SARS-CoV-2 e influenza.

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

América del Norte: Los casos de ETI, IRAG y las hospitalizaciones asociadas a virus respiratorios se han mantenido en descenso las cuatro últimas SE, la mayor proporción de casos positivos son atribuibles a SARS-CoV-2, que se encuentra en descenso, y en menor medida influenza. 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. La actividad del VRS ha permanecido en niveles bajos, aunque mostrando un ligero

²⁴ Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

incremento en algunos países. En contraste, la actividad del SARS-CoV-2 se ha mantenido en niveles similares a los máximos observados en la ola previa 2023-2024 aunque mostrando un descenso.

Por países: En Canadá, la actividad del SARS-CoV-2 se mantiene en niveles elevados, en comparación con olas previas, con una tendencia decreciente. La actividad de la influenza sigue por debajo del umbral epidémico, mientras que la actividad del VRS se mantiene en niveles bajos. 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 con niveles epidémicos. La mayoría de los casos positivos son atribuibles a SARS-CoV-2, que se encuentra en descenso y a influenza. 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 últimas cuatro semanas. Los niveles de positividad para SARS-CoV-2, tras alcanzar valores similares a los picos observados en la temporada 2023-2024, han presentado una tendencia descendente en las últimas cuatro SE, hasta situarse en niveles bajos. La actividad de la influenza y del VRS se mantiene en niveles bajos, aunque con un ligero incremento. Los casos de ETI, aunque en niveles bajos, han mostrado una tendencia creciente en las últimas cuatro SE..

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

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

Centroamérica: Se ha observado un descenso en la actividad de ETI e IRAG en las últimas cuatro SE. La mayoría de los casos de IRAG son atribuibles a VRS, seguido en menor medida por influenza y SARS-CoV-2. La actividad de influenza se mantiene en niveles bajos, por debajo del umbral epidémico en la mayoría de los países. Durante este periodo, los virus de influenza predominantes han sido del tipo B/Victoria, seguido del tipo A(H3N2). La actividad de VRS sigue elevada, alcanzando niveles similares a los máximos registrados en temporadas previas, aunque con una tendencia decreciente. La actividad de SARSCoV- 2 se ha mantenido en niveles bajos.

Por países: En Costa Rica, se ha observado un repunte en los casos de ETI e IRAG en las últimas cuatro SE, con la mayoría de los casos atribuibles a VRS y, en menor medida, a SARS-CoV-2. La actividad de SARS-CoV-2 e influenza se encuentra en descenso, manteniéndose en niveles bajos. La actividad de VRS ha mostrado un aumento, aunque en niveles inferiores a los alcanzados en temporadas previas. En El Salvador, la circulación de influenza se mantiene fluctuante en torno al umbral epidémico. La actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos en comparación con olas previas, aunque muestra un ligero incremento. La actividad de VRS también se mantiene en niveles bajos, aunque con una tendencia ascendente. En Guatemala, tras el incremento observado en semanas previas, se

ha detectado un descenso en los casos positivos de ETI, atribuibles a influenza, y de IRAG, mayoritariamente atribuibles a VRS y, en menor medida, a influenza. Este descenso está asociado a la disminución en la actividad de VRS, que, después de alcanzar niveles máximos de positividad similares a los de temporadas anteriores, ha comenzado a disminuir en las últimas cuatro SE. La actividad de influenza ha mostrado un repunte y se mantiene fluctuante en niveles epidémicos. En Honduras, en las últimas cuatro SE, la actividad de ETI e IRAG ha disminuido, situándose en niveles epidémicos para IRAG y por debajo de este umbral en el caso de ETI. La mayoría de los casos positivos son atribuibles a influenza, que actualmente fluctúa en niveles epidémicos, y en menor medida a VRS, cuya actividad también fluctúa en niveles bajos. No se ha detectado actividad de SARS-CoV-2 durante este periodo. En Nicaragua, durante las últimas cuatro SE, los niveles de influenza se han mantenido por debajo del umbral epidémico y la circulación de SARS-CoV-2 continúa en niveles bajos. Sin embargo, los niveles de positividad de VRS, tras alcanzar máximos similares a los observados en temporadas previas, han mostrado un marcado descenso en las dos últimas SE. En Panamá, los casos de ETI e IRAG han continuado en descenso en las últimas cuatro 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 disminuir. En menor medida, se han detectado 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; sin embargo, la proporción de casos atribuibles a influenza ha aumentado. La actividad de influenza se ha mantenido en niveles bajos, aunque con una tendencia al alza, predominando los virus de tipo B/Victoria. La actividad de VRS se ha mantenido en niveles bajos, mientras que la de SARS-CoV-2 se encuentra en descenso tras haber alcanzado niveles medios en comparación con olas previas.

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

Brasil y Cono Sur: La actividad de ETI e IRAG, 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, ha presentado un ligero aumento y se mantiene por debajo del umbral epidémico en la mayoría de los países (excepto Argentina y Chile). Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo B/Victoria, seguidos de influenza A(H1N1)pdm09. La actividad de VRS ha mostrado un marcado descenso hasta alcanzar niveles bajos, mientras que SARS-CoV-2 ha registrado un leve aumento, aunque permanece en niveles bajos en comparación con olas previas.

Por países: En Argentina, la actividad de ETI e IRAG se mantiene en niveles por debajo del umbral epidémico. La actividad de influenza se encuentra en niveles epidémicos, con un ligero repunte en

las últimas cuatro SE. Paralelamente, el VRS ha mostrado una tendencia decreciente, situándose en niveles bajos, mientras que el SARS-CoV-2 ha presentado un marcado incremento, alcanzando niveles intermedios en comparación con los máximos de olas previas. En Brasil, tras el reciente ascenso en los casos de ETI e IRAG asociado a la actividad de SARS-CoV-2 e influenza, se ha observado un descenso en las últimas cuatro SE. La actividad de influenza, aunque en aumento, se mantiene por debajo del umbral epidémico. Por su parte, la actividad de SARS-CoV-2, que había mostrado un ligero incremento en semanas previas, ha comenzado a descender. La actividad de VRS permanece en niveles bajos. En Chile, la actividad de ETI ha mostrado un ligero repunte, manteniéndose en niveles altos, asociados a casos positivos de influenza y, en menor medida, de SARS-CoV-2. Los casos de IRAG continúan en descenso, situándose en niveles epidémicos. La mayoría de los casos positivos de IRAG son atribuibles a VRS, SARS-CoV-2 e influenza. La actividad de VRS, tras alcanzar máximos por debajo de los observados en temporadas previas, ha continuado disminuyendo hasta niveles bajos. La actividad de SARS-CoV-2 e influenza, aunque se mantienen en niveles bajos, han mostrado un ligero incremento en las últimas cuatro SE, superando en el caso de influenza el umbral epidémico. En Paraguay, la actividad de IRAG se mantiene en niveles epidémicos, mostrando una tendencia decreciente. Los casos positivos se atribuyen al VRS, cuya actividad está disminuyendo, y a SARS-CoV-2, que también presenta una tendencia a la baja. La actividad de ETI permanece por debajo del umbral epidémico, con los pocos casos positivos atribuibles a influenza y SARS-CoV-2. En Uruguay, la actividad de ETI e IRAG ha mostrado un descenso progresivo, situándose cerca del umbral epidémico. Los pocos casos positivos se atribuyen a VRS, cuya actividad se encuentra en descenso, así como a influenza y SARS-CoV-2, que se mantienen en niveles bajos.

**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 24 y el 30 de octubre del 2024.

ENFERMEDAD POR VIRUS DE MARBURGO - RUANDA

Desde la última publicación de Noticias sobre Brotes de Enfermedades sobre este evento, el 18 de octubre de 2024, se han notificado dos casos adicionales de enfermedad por el virus de Marburgo (MVD) confirmados por laboratorio en Ruanda el 23 y 24 de octubre. Los nuevos casos incluyen a un trabajador de la salud que había estado tratando casos de MVD desde el inicio del brote y un caso vinculado al sitio donde el caso índice fue expuesto. Ambos casos están actualmente en aislamiento y recibiendo tratamiento. Al 24 de octubre de 2024, se han reportado un total de 64 casos confirmados, incluyendo 15 muertes (tasa de letalidad: 23,4%). Excluyendo los casos recientemente confirmados, el 70% de los 62 casos inicialmente confirmados fueron hombres, y el 48% fueron adultos entre 30 y 39 años. Los trabajadores de la salud de dos instalaciones sanitarias en Kigali representan más del 82% de los casos confirmados. La mayoría de los casos se han reportado en tres distritos de la ciudad de Kigali.

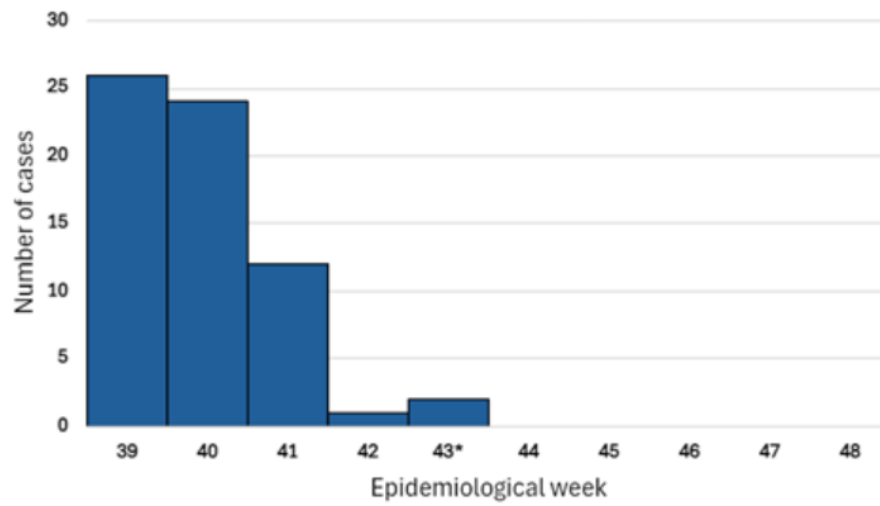
El mayor número de casos confirmados se notificó en las dos primeras semanas epidemiológicas del brote, con 26 casos reportados en la semana epidemiológica 39 (23 a 29 de septiembre de 2024) y 23 casos en la semana 40 (30 de septiembre a 6 de octubre). Esto fue seguido de un marcado descenso en las semanas epidemiológicas 41 (7 a 13 de octubre) y 42 (14 a 20 de octubre), con 12 y un caso reportado respectivamente.

Desde la declaración del brote por el Gobierno de Ruanda el 27 de septiembre y hasta el 23 de octubre, 46 casos confirmados se han recuperado, y tres casos están bajo atención en el centro de tratamiento de Marburgo designado. Los 62 casos confirmados reportados desde el inicio del brote han sido parte de un gran clúster con tres ramas. Al 24 de octubre de 2024, se han realizado un total de 5074 pruebas para el virus de Marburgo, con aproximadamente 100 a 300 muestras analizadas diariamente en el Centro Biomédico de Ruanda.

El rastreo de contactos sigue en curso, con 1146 contactos bajo seguimiento al 20 de octubre de 2024.

La OMS continúa apoyando al Gobierno de Ruanda. Se deben mantener medidas mejoradas de vigilancia, rastreo de contactos y control de infecciones hasta que el brote sea declarado finalizado.

Según las actualizaciones disponibles de la investigación del brote, el caso índice era un hombre entre 20 y 30 años con antecedentes de exposición a murciélagos en una cueva. Los análisis filogenéticos preliminares indican una relación evolutiva cercana con una secuencia viral de Orthomarburgvirus marburgense (virus de Marburgo, MARV) observada en el brote de MVD en África Oriental en 2014.

Figura 1. Casos de MVD por semana de notificación en Ruanda, al 24 de octubre de 2024 (n=64)

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON541>

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA SARAMPIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS - OPS

Resumen a nivel global

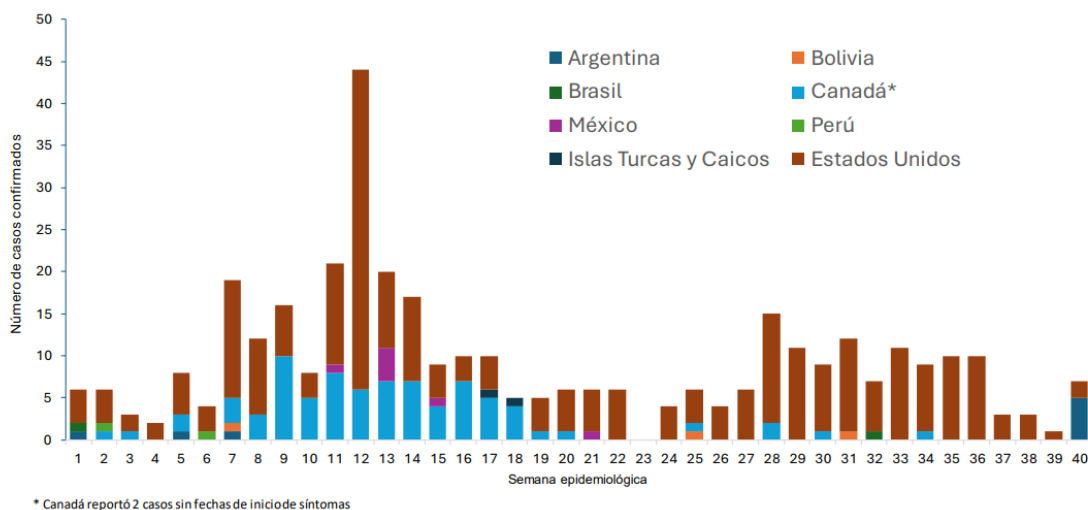
De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2024, hasta el 15 de octubre del 2024 se notificaron 502.657 casos sospechosos de sarampión, en 182 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 283.667 (56%) fueron confirmados. En el año 2023, se informaron 623.410 casos sospechosos de sarampión en 176 Estados Miembros de la OMS, de los cuales 321.922 (52%) fueron confirmados.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

En 2024, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 40, en la Región de las Américas, se notificaron 14.373 casos sospechosos de sarampión de los cuales 376 casos han sido confirmados en Argentina (n= 11), Estado Plurinacional de Bolivia (n= 3), Brasil (n= 2), Canadá (n= 82), los Estados Unidos de América (n= 267), las Islas Turcas y Caicos (n= 2), México (n= 7) y Perú (n= 2).

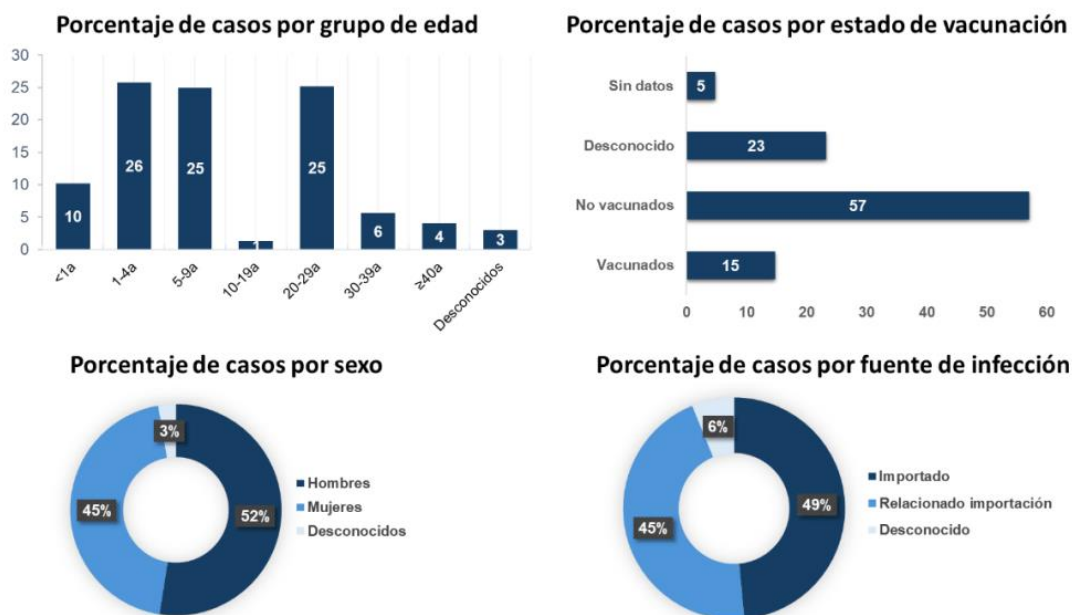
La distribución de los casos confirmados por semana epidemiológica muestra un incremento de casos partir de la SE 7 del 2024, con el número máximo de casos registrado en la SE 12. A partir de la SE 13 se observa una tendencia general al descenso que se ha mantenido hasta la SE 40. De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados, el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 1-4 años, 5-9 años y al de 20-29 años con un 26%, 25% y 25% respectivamente. Con relación al antecedente de vacunación, el 57% de los casos no estaban vacunados y en 28% dicha información era desconocida o ausente.

Figura 1. Casos confirmados de sarampión por semana epidemiológica en la Región de las Américas, 2024.



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informe de los países a CIM/OPS. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 16 de octubre del 2024]. Inédito, y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Casos y brotes de sarampión. Atlanta: CDC; 2024 [consultado el 15 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>

Figura 2. Distribución porcentual de los casos confirmados de sarampión por grupo de edad, sexo, estado de vacunación y fuente de infección en la Región de las Américas, 2024.



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informe de los países a CIM/OPS. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 16 de octubre del 2024]. Inédito

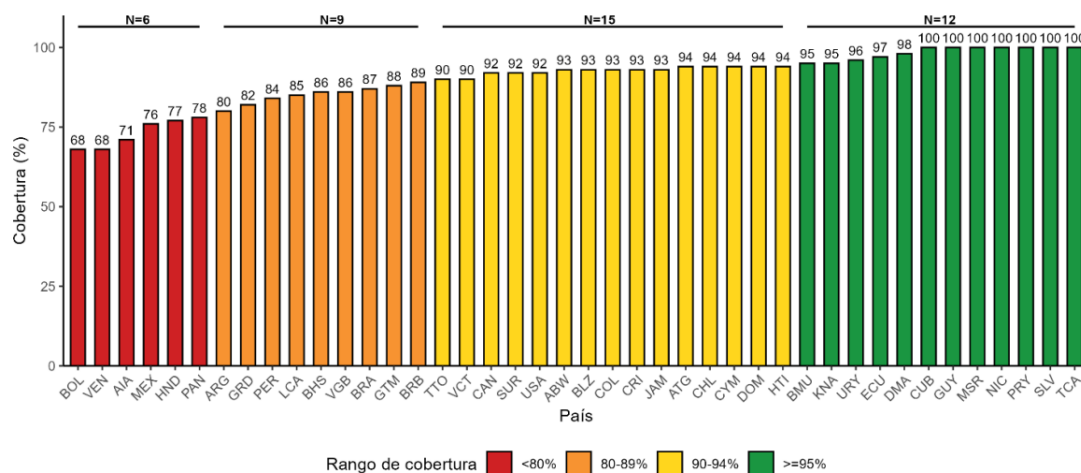
Coberturas de vacunación en la Región de las Américas

Durante el 2024, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), alertó en dos ocasiones (el 29 de enero y el 3 de junio) sobre la disminución de las coberturas de la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP1 y SRP2) y la ocurrencia de casos de sarampión en países y territorios de la Región de las Américas. Los datos de las coberturas de vacunación de sarampión y otras enfermedades en la Región de las Américas se encuentran disponibles en el tablero de la OPS Inmunización a lo largo del curso de vida en las Américas, cuyos datos se encuentran actualizados al 3 de octubre del 2024.

Se presenta un análisis del rango de coberturas de las vacunas SRP1 y SRP2, para el año 2023 en los países y territorios de la Región de las Américas. Frente a la aplicación de la primera dosis SRP1, el 28,6% (12/42) de los países y territorios de la Región presentan coberturas mayores al 95%, el 35,7% (15/42) tienen coberturas entre 90-94%, el 21,4% (9/42) coberturas entre 80-89% y el 14,3% (6/42) coberturas menores al 80% (Figura 3).

En relación con la aplicación de la segunda dosis SRP2, solo el 16,7% de los países y territorios (7/42) presentan un nivel de cobertura mayores al 95%, mientras que el 50,0% (21/42) presentan un nivel de cobertura menor al 80%. La cobertura para la Región de las Américas es del 87% para SRP1 y del 76% para SRP2.

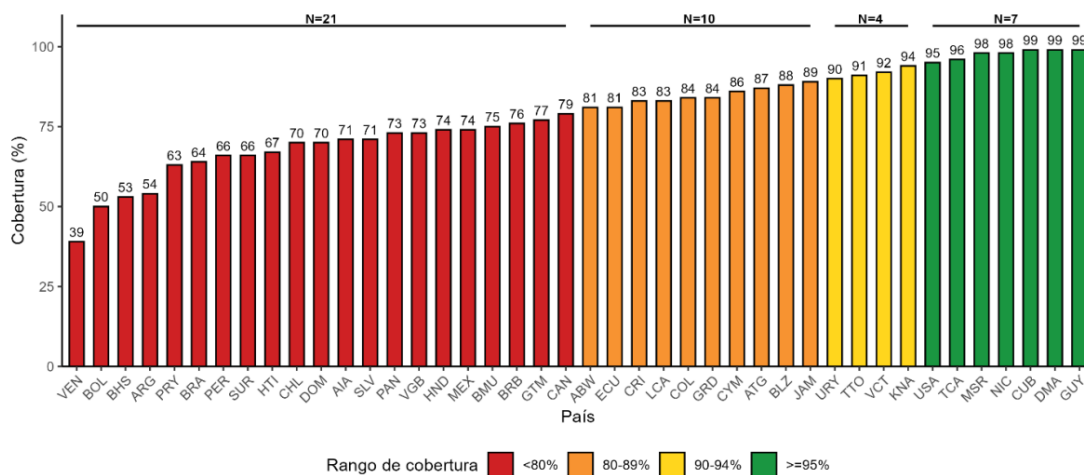
Figura 3. Distribución de países y territorios* según rango de coberturas para la primera dosis de la vacuna SRP (SRP1), Región de las Américas, año 2023.



***Nota – los acrónimos en orden alfabético usados para indicar el país y/o territorio son:** ABW: Aruba; AIA: Anguilla; ARG: Argentina; ATG: Antigua y Barbuda; BHS: Bahamas; BLZ: Belice; BMU: Bermudas; BOL: Bolivia; BRA: Brasil; BRB: Barbados; CAN: Canadá; CHL: Chile; COL: Colombia; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; CYM: Islas Caimán; DMA: Dominica; DOM: República Dominicana; ECU: Ecuador; GRD: Granada; GTM: Guatemala; GUY: Guyana; HND: Honduras; HTI: Haití; JAM: Jamaica; KNA: Saint Kitts y Nevis; LCA: Santa Lucía; MEX: México; MSR: Montserrat; NIC: Nicaragua; PAN: Panamá; PER: Perú; PRY: Paraguay; SLV: El Salvador; SUR: Suriname; TCA: Islas Turcas y Caicos; TTO: Trinidad y Tabago; URY: Uruguay; USA: Estados Unidos de América; VCT: San Vicente y las Granadinas; VEN: Venezuela; VGB: Islas Vírgenes Británicas.

Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informe de los países a CIM/OPS. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 16 de octubre del 2024]. Inédito.

Figura 4. Distribución de países y territorios según rango de coberturas para la segunda dosis de la vacuna SRP (SRP2), Región de las Américas, año 2023.



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informe de los países a CIM/OPS. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 16 de octubre del 2024]. Inédito.

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

En **Argentina**, desde la SE 1 y la SE 40 del 2024, se han confirmado 11 casos de sarampión, ocho de los cuales corresponden a una misma cadena de transmisión familiar. El 8 de octubre, el Ministerio

de Salud de la Nación de Argentina emitió una alerta epidemiológica ante la confirmación de tres casos de sarampión en Lamarque, provincia de Río Negro, en personas sin antecedente de viaje, que habían tenido contacto con personas que habían viajado y a su regreso habían presentado sintomatología compatible. El 4 de octubre del 2024, el equipo de respuesta rápida de la provincia de Río Negro inició la investigación de brote ante un rumor e identificaron casos sintomáticos y personas que al momento no contaban con síntomas pero que referían haberlos tenido. Por este motivo, se procedió a la toma de muestras. Hasta la SE 40 del 2024, en este brote se confirmaron ocho casos, dos de ellos con antecedente de viaje reciente a Colonia Pirai, Santa Cruz de la Sierra, en Bolivia, en la misma zona donde se había notificado un caso confirmado de sarampión en el mes de agosto. Los restantes seis casos son familiares de los dos casos que viajaron. Otros contactos familiares se encuentran en estudio. No se registraron casos sintomáticos fuera de la familia. Según las investigaciones, se trata de un brote a partir de los dos casos importados, donde luego se identificaron los seis casos secundarios relacionados a esta importación. Todos los casos positivos presentaron detección de anticuerpos IgM en el laboratorio de referencia de la provincia y se confirmaron en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI- ANLIS "Carlos G. Malbrán". Dos de ellos presentan además detección de genoma viral del virus del sarampión, por RtgPCR en orina e hisopado nasofaríngeo. Las personas sintomáticas identificadas no contaban con antecedente de vacunación contra sarampión. Los casos confirmados corresponden a personas entre 18 meses y 34 años. El equipo de respuesta rápida a brotes de la provincia de Río Negro continúa con la investigación epidemiológica y las acciones de control de foco correspondientes. En este brote se determinó el genotipo B3 (Sequence ID 8532) que fue reportado previamente por los Estados Unidos en casos de sarampión presentados en el estado de Oregon.

Anteriormente en Argentina, en enero del 2024, se confirmó un caso en un niño de 19 meses sin antecedente de vacunación en la provincia de Salta, detectando el genotipo D8 linaje MVs/Patán.IND/16.19. No se identificó la fuente por lo que el caso se clasificó como fuente de origen desconocido. No se presentaron casos secundarios. En febrero del 2024, se registraron dos casos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: un niño de 6 años (caso importado) y su hermano de 13 meses (relacionado a la importación). Los niños eran residentes de Barcelona, en España, y se encontraban de viaje en Argentina cuando fueron detectados. No estaban vacunados contra el sarampión. El genotipo detectado fue B3, linaje MVs/Manchester.GBR/44.23.

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 41 del 2024, se confirmaron tres casos de sarampión. El 29 de febrero del 2024, el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, confirmó un caso de sarampión residente de la ciudad de Bermejo, Tarija, Bolivia. Se trató de una niña de 7 años que presentó fiebre el 13 de febrero e inició de exantema el 15 de febrero. Las muestras fueron enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia del Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP) donde se confirmó la infección mediante IgM positiva para sarampión. El caso tenía como antecedente de viaje reciente un desplazamiento al interior del país a la ciudad de El Alto en el departamento de la Paz. La niña presentó evolución clínica favorable. Hasta el 15 de octubre del 2024 no se ha identificado la fuente de infección y no se han detectado casos secundarios.

Adicionalmente, el 3 de julio del 2024 el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Bolivia notificó un caso de sarampión, siendo el segundo caso notificado en el 2024. Se trató de un masculino de 2 años residente del departamento de Oruro, con fecha de inicio de síntomas el 20 de junio. La fecha de reporte de laboratorio fue el 1 de julio del 2024 (resultado positivo IgM) en el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud. El paciente presentó como antecedente y lugar probable de exposición un viaje realizado al departamento de La Paz al municipio de Colquiri. El tercer caso de sarampión confirmado en Bolivia fue reportado el 8 de agosto del 2024, por el Ministerio de Salud y Deporte de Bolivia. Se trató de un caso importado en una persona de 42

años que residía en los Estados Unidos, de origen ruso, que fue atendida en un Centro de Salud de la Comunidad Residente, en el municipio de San Pedro, en la colonia rusa Piraiá, departamento de Santa Cruz. El caso refirió contacto reciente con un caso de sarampión en el estado de Oregon, en los Estados Unidos. Hasta la SE 40 del 2024, Bolivia no ha reportado nuevos casos de sarampión relacionados con esta importación, ni otros casos adicionales.

En **Brasil**, entre la SE 1 e la SE 39 del 2024, se confirmaron dos casos de sarampión. El primer caso confirmado fue en el estado de Rio Grande do Sul y el segundo en el estado de Minas Gerais. El caso en Rio Grande do Sul correspondió a un niño de 5 años, sin antecedentes de vacunación, procedente de Pakistán, que ingresó al país el 26 de diciembre de 2023 por el aeropuerto de Guarulhos/São Paulo. Tuvo conexión el mismo día en el aeropuerto de Porto Alegre/Rio Grande do Sul. El 27 de diciembre del 2023 viajó por autobús de Porto Alegre a Rio Grande, iniciando su cuadro clínico con síntomas inespecíficos de sarampión, y debido al empeoramiento, solicitó asistencia en la Unidad de Cuidados de Urgencia el 2 de enero del 2024, donde permaneció aislado. El 4 de enero comenzó un sarpullido y se identificaron manchas de Koplik, características de un caso de sarampión. El caso fue confirmado mediante pruebas serológicas realizadas en el Laboratorio Central de Salud Pública de Rio Grande do Sul (LACEN) y pruebas de biología molecular (rRT-PCR y secuenciación) realizadas en el Laboratorio de Referencia de Fiocruz, en Río de Janeiro, que confirmaron sarampión, genotipo B3. El caso presentó una evolución favorable, sin identificarse casos secundarios de la enfermedad.

Respecto al segundo caso confirmado, el 4 de agosto, el Ministerio de Salud de Brasil recibió información sobre un caso sospechoso de sarampión en el estado de Minas Gerais. El caso correspondió a un joven de 17 años, vacunado, procedente de Inglaterra, que ingresó a Brasil el 31 de agosto del 2024 por el aeropuerto de Guarulhos/São Paulo. El mismo día tomó un taxi para Belo Horizonte, en el estado de Minas Gerais, iniciando cuadro clínico con tos productiva, fiebre, dolor corporal y cefalea. La fecha de la primera consulta fue el 3 de agosto. El 4 de agosto presentó sarpullido. El caso fue confirmado por laboratorio mediante rRT-PCR y la secuenciación fue realizada en el Laboratorio de Referencia de Fiocruz, en Río de Janeiro, confirmando sarampión genotipo D8 y linaje Victória. El caso presentó una evolución favorable, sin identificarse casos secundarios de la enfermedad. En Brasil, el último caso endémico de sarampión se registró en junio del 2022.

En **Canadá**, se notificaron 80 casos de sarampión confirmados por laboratorio más dos casos por nexo epidemiológico, que fueron reportados entre la SE 1 y la SE 41 del 2024, incluido un caso fatal. De los casos confirmados, 30 fueron importados, 45 relacionados con importación y 7 de origen desconocido. El 65% de los casos se notificaron en la provincia de Quebec (n= 53), seguida por el 30% en la provincia de Ontario (n= 25). El 62% de los casos son mayores de 18 años, seguido del 28% de los casos en el grupo de menores de cinco años. El caso fatal reportado fue un niño menor de cinco años, sin antecedentes de vacunación, residente en la provincia de Ontario. Los genotipos B3 y D8 fueron identificados en 53 y 18 de los casos confirmados, respectivamente.

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 42 del 2024, se identificaron 269 casos confirmados de sarampión en 32 jurisdicciones, incluidas la ciudad de Nueva York, el Distrito de Columbia y los estados de Arizona, California, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Indiana, Louisiana, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia y Wisconsin. Se han notificado un total de 15 brotes, el más grande en un albergue para migrantes en Chicago en el estado de Illinois (19). En general, el 71 % de los casos notificados (n= 191) se encuentran asociados a estos 15 brotes. El inicio de la erupción del último caso confirmado en los Estados Unidos es el 13 de octubre. El 41% de los casos se registra en el grupo de menos de cinco años (n= 111), seguido por el grupo de 5 a 19 años y

más con el 31% de los casos (n= 83). Con relación al antecedente de vacunación en los casos confirmados, el 66% no estaban vacunados, en el 22% se desconoce el historial de vacunación, el 7% ha recibido una dosis de la vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) y el 4% ha recibido dos dosis de SRP. El 40% de los casos fueron hospitalizados (n= 108) para aislamiento o manejo de complicaciones. El aislamiento en el hospital fue necesario durante el brote de Chicago, Illinois, debido a la falta de instalaciones de aislamiento, lo que contribuyó a un aumento de la tasa típica de hospitalización anual por sarampión del 20%. De los 211 casos en los Estados Unidos no asociados con el brote de Chicago, Illinois, el 29% (n= 61) fueron hospitalizados. Se identificó el genotipo B3 del virus del sarampión en 54 casos (20%) y el genotipo D8 del virus del sarampión en 152 casos confirmados (78%).

En **México**, entre la SE 1 y la SE 41 del 2024, se han confirmado siete casos de sarampión. El primer caso notificado en 2024 corresponde a un niño de 4 años, quien llegó el 14 de marzo del 2024 a la Ciudad de México proveniente de Londres, Inglaterra, con inicio de exantema en la misma fecha durante el vuelo. El caso fue detectado por la autoridad sanitaria del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México y fue confirmado el 15 de marzo, por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológico (InDRE). Relacionado a este caso se identificaron el segundo, tercero, cuarto y quinto caso, representando cuatro casos adicionales: tres adultos y un niño de 6 meses de edad quienes estuvieron en contacto con el caso índice durante el vuelo y en el aeropuerto en México. Para estos casos, los estudios de secuenciación y genotipificación identificaron el genotipo D8 con linaje MVs/Patan.IND/16.19. El sexto caso corresponde a un niño de 11 años, residente de la Ciudad de México, quien presentó inicio de síntomas el 10 de abril del 2024, sin antecedente vacunal y sin antecedente de viaje fuera de la zona de residencia. En la investigación epidemiológica se concluyó que era un caso secundario al cuarto caso, con fuente de infección asociado a importación.

El 20 de mayo se identificó por los Servicios de Salud del Estado de Guanajuato, México, un caso probable de sarampión en un hombre de 18 años, de nacionalidad turca, con antecedente de viaje a Guatemala y el Salvador. Se confirma como sarampión por laboratorio el 23 de mayo. Los estudios de secuenciación y genotipificación determinaron el genotipo D8 con linaje MVs/Bern.CHE/17.24/2. El seguimiento del paciente se dio únicamente por vía telefónica, sin poder establecer la residencia exacta dentro de México. A través del Instituto Nacional de Migración, se confirmó que el paciente se trasladó a los Estados Unidos el día 25 de mayo del 2024.

En **Perú**, entre la SE 1y la SE 41 del 2024, se confirmaron dos casos de sarampión. El primer caso se trata de un hombre de 21 años, residente del distrito de Surco, Lima, Perú, sin evidencia de vacunación contra el sarampión, con historial de viaje a varios países de Europa, con inicio de síntomas el 2 de enero del 2024; tuvo resultados positivos para las pruebas de IgM y PCR en el Laboratorio de Referencia Nacional el 27 de enero. El segundo caso confirmado en Perú en 2024 correspondió a una niña de 10 meses quien no presentó antecedente de vacunación por la edad, ni antecedente de viaje, era residente del distrito de Surco, Lima, Perú, presentó síntomas el 4 de febrero e inicio de erupción cutánea el 7 de febrero. El caso tuvo resultados positivos para las pruebas de IgM y PCR el 14 de febrero en el Laboratorio de Referencia Nacional de Perú.

En las Islas **Turcas y Caicos**, durante la SE 20 del 2024 se notificaron dos casos de sarampión que fueron confirmados por el laboratorio de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA por sus siglas en inglés). Estos casos son los primeros casos de sarampión reportados en las Islas Turcas y Caicos desde 1991. El primer caso corresponde a un niño de 6 años, residente de la isla de Providenciales, sin historial de vacunación contra el sarampión, sin antecedente de viaje, y que presentó inicio de síntomas el 29 de abril del 2024. El segundo caso corresponde a un hombre de 21 años, sin antecedente de vacunación ni antecedente de viaje, residente en la isla de Providenciales,

que inicio de síntomas el 18 de abril del 2024. Estos dos casos se encuentran relacionados por nexo epidemiológico y al 15 de octubre del 2024 no se ha identificado la fuente de infección y no se han detectado casos secundarios.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-28-octubre-2024>

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA MPOX EN LA REGION DE LAS AMERICAS - OPS

Resumen de la situación

A nivel global, desde enero del 2022 hasta el 30 de septiembre del 2024, se notificaron 109.699 casos confirmados de mpox, incluidas 273 defunciones, en 123 Estados Miembros de las seis Regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En septiembre del 2024, el número de nuevos casos notificados mensualmente aumento en un 8%, en comparación con el mes de agosto. La mayoría de los casos notificados en septiembre fueron reportados en la Región de África (63,6%) y la Región de las Américas (15,5%).

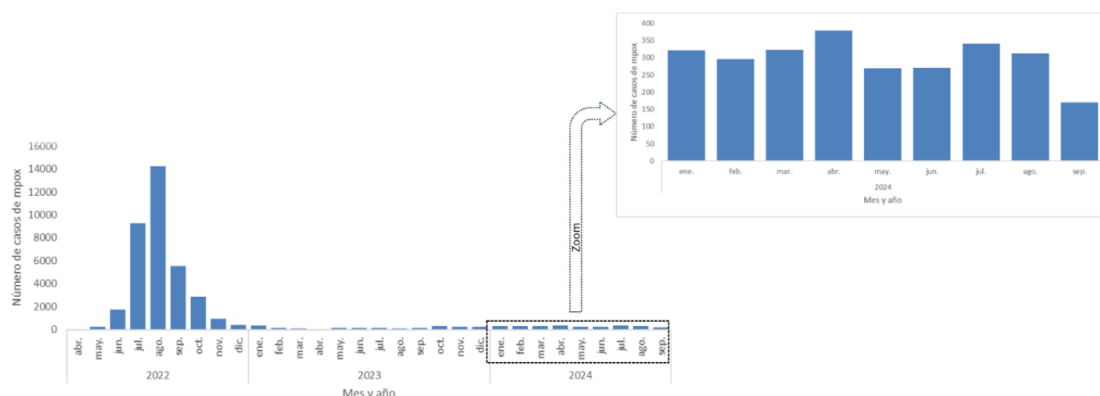
Desde enero y hasta el 6 de octubre del 2024 se notificaron en África 7.535 casos confirmados, incluyendo 32 defunciones, en 16 países. El país más afectado sigue siendo la República Democrática del Congo, seguido de Burundi y Nigeria. Dieciséis países de la Región de África de la OMS han notificado casos de mpox en las últimas seis semanas y se considera que hay brotes activos y en curso. El clado Ib que fue reportado en la República Democrática del Congo, del cual se identificaron casos en Burundi, Kenia, Ruanda y Uganda, y que está relacionado con la declaración del Director General de la OMS de la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), realizada el 14 de agosto del 2024, ha sido identificado en casos confirmados fuera de la Región de África de la OMS en: Alemania (n=1 caso), India (1 caso), Suecia (1 caso) y Tailandia (1 caso) (4-8).

Región de las Américas

Desde mayo del 2022 hasta la semana epidemiológica (SE) 40 del 2024, se notificaron 65.876 casos confirmados de mpox, incluidas 150 defunciones en 31 países y territorios de la Región de las Américas. En total, 57.697 casos y 120 defunciones se registraron en el 2022, 3.966 casos y 24 defunciones en 2023 y 4.213 casos y seis defunciones en lo que va de 2024. Desde la última actualización epidemiológica de mpox de la OPS/OMS del 10 de septiembre del 2024 se notificaron 1.207 casos de mpox adicionales en la Región.

La mayor proporción de casos de mpox se registró durante el año 2022 (88%), con el mayor número de casos notificados en el mes de agosto del 2022. Posteriormente se observó un descenso progresivo de casos que continuó durante el 2023 y el 2024. La vigilancia genómica identificó al clado IIb en todos los casos de mpox analizados, el cual sigue siendo el único clado detectado hasta la fecha en la Región de las Américas.

Figura 1. Casos confirmados de mpox según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Región de las Américas, hasta la semana epidemiológica (SE) 40 del 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Tablero de casos de mpox - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/> y Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2024, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 de octubre del 2024]. Inédito.

En cuanto a la distribución de casos por países y territorios, la mayor proporción de casos confirmados de mpox desde mayo del 2022 a octubre del 2024 corresponde a los Estados Unidos de América (n= 34.067 casos, incluidas 63 defunciones), seguido de Brasil (n= 12.724 casos, incluidas 16 defunciones), Colombia (n= 4.269 casos), México (n= 4.178 casos, incluidas 35 defunciones) y Perú (n= 3.948 casos, incluidas 23 defunciones).

De 61.093 casos de mpox, registrados entre mayo del 2022 y octubre del 2024, con información disponible sobre el sexo y la edad, en la Región de las Américas, el 96% corresponde a hombres (n= 58.565 casos) y el 39% de los casos se encuentra en el grupo de entre 30 a 39 años (n= 24.148 casos) siendo la mediana de edad 33 años, con un rango de edad entre 0 y 95 años. Adicionalmente, se registran 750 casos confirmados en menores de 18 años en 16 países de la Región (1,1% de los casos). De 20.515 casos con información disponible sobre las prácticas sexuales, el 72% se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). De 22.406 casos con información disponible sobre el estado serológico respecto del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el 59% corresponde a personas que vivían con el VIH.

Respecto a las hospitalizaciones de los 51.782 casos de mpox con información disponible, el 8% fueron hospitalizados (n= 4.102 casos), siendo el 23% de estos casos para manejo clínico (n= 944 casos). En el 61% de los casos se desconoce la causa (n= 2.497 casos) de hospitalización.

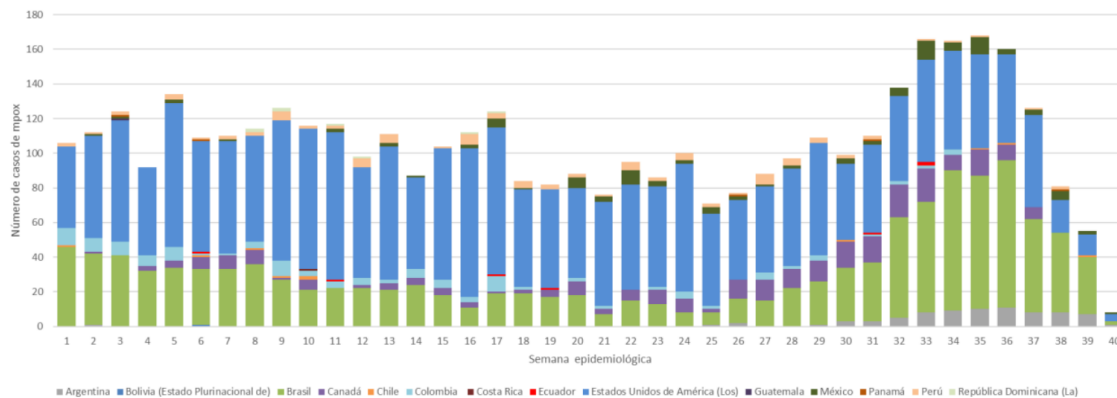
Situación en la Región de las Américas en 2024

En 2024 en la Región de las Américas, 14 países registran un total de 4,213 casos confirmados de mpox incluyendo seis defunciones: Argentina (n= 78 casos), Bolivia (n= 1 caso), Brasil (n= 1.225 casos), Canadá (n= 251 casos), Chile (n= 10 casos), Colombia (n= 121 casos), Costa Rica (n= 1 caso), Ecuador (n= 7 casos), los Estados Unidos (n= 2.317 casos, incluyendo tres defunciones), Guatemala (n= 1 caso), México (n= 99 casos, incluyendo una defunción), Panamá (n=5 casos), Perú (n=89 casos, incluyendo dos defunciones) y la República Dominicana (n= 8 casos).

En 2024, de 3.767 casos de mpox con información disponible sobre el sexo y la edad, en la Región de las Américas, con el 96% de los casos reportando sexo masculino (3.622 casos), siendo son similar a los casos reportados en 2022-2023, y el 46% de los casos se encuentra en el grupo de entre 30 a 39

años (1.722 casos) siendo la mediana de edad 34 años, con un rango de edad entre 0 y 81 años. Adicionalmente, se registran 28 casos confirmados en menores de 18 años en cinco países de la Región (0,6% de los casos). De 709 casos con información disponible sobre las prácticas sexuales, el 75% se identificaron como HSH. De 1.257 casos con información disponible sobre el estado serológico respecto del VIH, el 50% corresponde a personas que vivían con el VIH.

Figura 2. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas/notificación y país*. Región de las Américas, SE 1 a SE 40 del 2024.



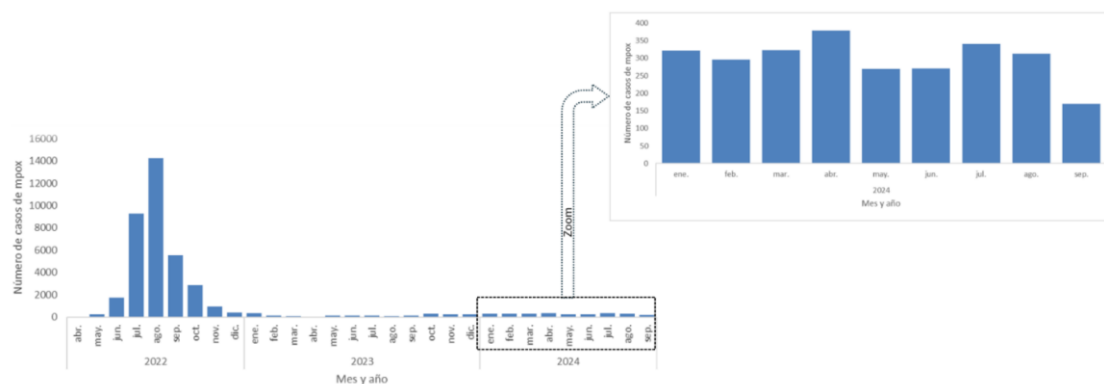
*Nota: Incluye únicamente a los países para los cuales se dispone de información por semana epidemiológica de inicio de síntomas o notificación.

Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2024, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 de octubre del 2024]. Inédito.

Resumen de la situación por subregión y países seleccionados

En la subregión de **América del Norte**, desde el 2022 hasta la SE 40 del 2024, se reportaron 40.045 casos confirmados de mpox, incluidas 98 defunciones. La mayor proporción de casos se registró en los **Estados Unidos** con el 85% de los casos. Durante el 2024, hasta la SE 40, los tres países que conforman esta subregión han notificado casos (n= 2.667 casos incluyendo cuatro defunciones).

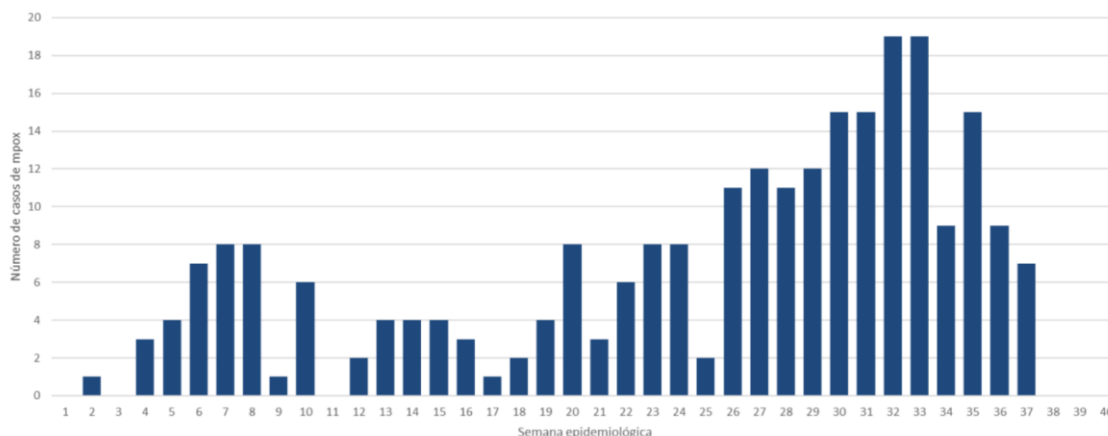
Figura 3. Casos confirmados de mpox según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Subregión de América del Norte, hasta la semana epidemiológica (SE) 40 del 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Tablero de casos de mpox - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/> y Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2024; Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 de octubre del 2024]. Inédito.

En **Canadá**, entre la SE 1 y la SE 40 del 2024, se han reportado 251 casos confirmados de mpox, con un promedio semanal de 6 casos. El 96% de los casos corresponde a hombres (n= 242 casos) y el 38% de los casos se encuentra en el grupo de entre 30 a 39 años (n= 95 casos), no se registran casos en menores de 18 años. De 245 casos con información disponible, el 0,8% de los casos fueron hospitalizados.

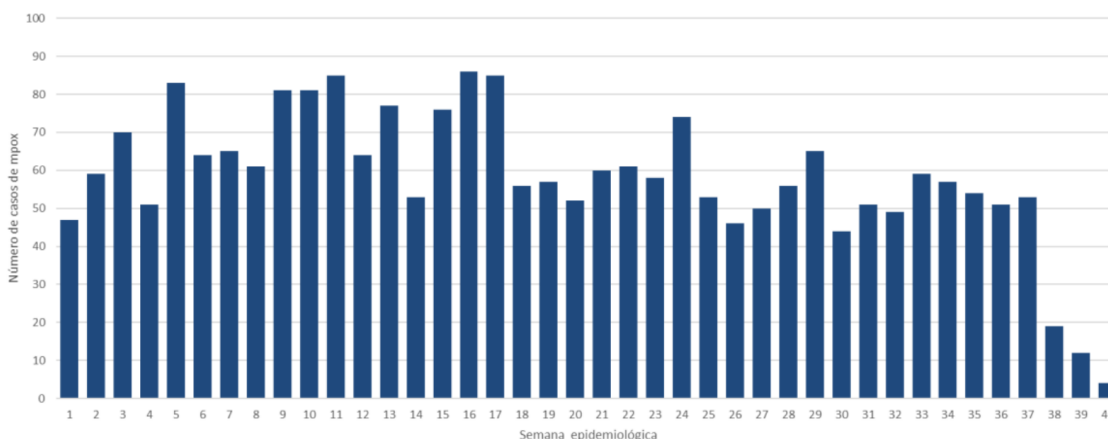
Figura 4. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas/notificación. Canadá, SE 1 a SE 40 del 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2024, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 de octubre del 2024]. Inédito.

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 40 del 2024, se reportaron 2.317 casos confirmados de mpox, incluyendo tres defunciones, con un promedio semanal de 58 casos. El 96% de los casos corresponde a hombres (n= 2.105 casos) y el 41% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años (n= 905 casos). Se registran 8 casos en menores de 18 años. De 1.841 casos con información disponible, el 11% fue hospitalizado.

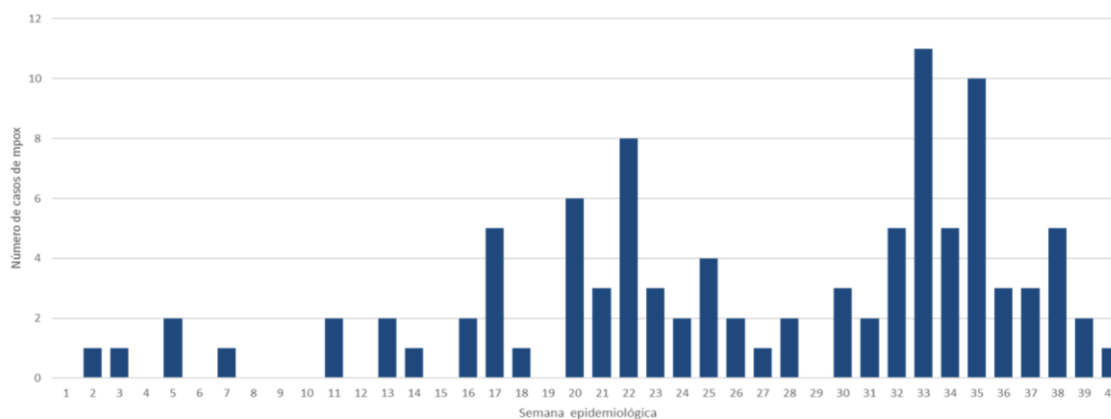
Figura 5. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación. Estados Unidos, SE 1 a SE 40 del 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2024, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 de octubre del 2024]. Inédito.

En **México**, entre la SE 1 y la SE 40 del 2024, se han reportado 99 casos confirmados de mpox, incluyendo una defunción, con un promedio semanal de dos casos. El 90% de los casos corresponde a hombres (n= 89 casos) y el 45% de los casos se encuentra en el grupo de entre 30 a 39 años (n= 47 casos). Se registran tres casos en menores de 18 años. No se reportaron casos hospitalizados.

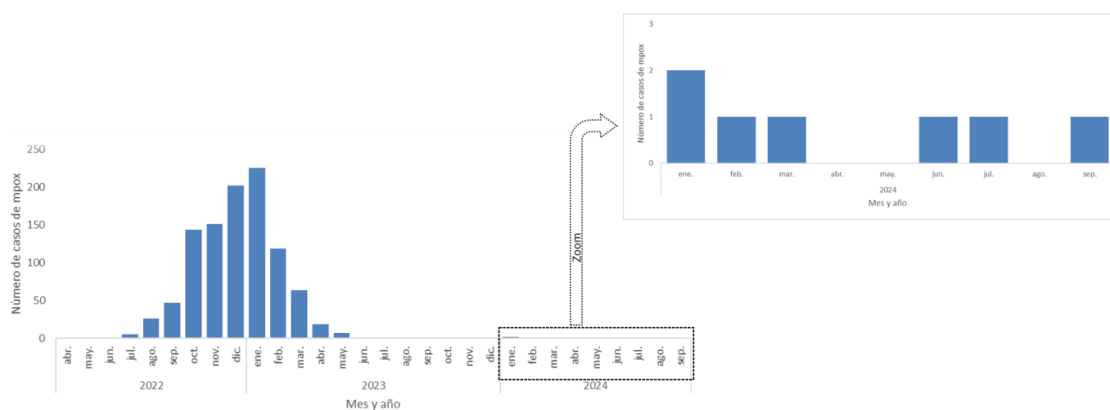
Figura 6. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas/notificación. México, SE 1 a SE 40 del 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2024, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2024. [consultado el 21 de octubre del 2024]. Inédito.

En la subregión de **Centro América**, desde el 2022 hasta la SE 40 del 2024, se notificaron 1.021 casos de mpox, incluidas tres defunciones. La mayor proporción de casos se reportó en **Guatemala** con el 40% de los casos. Dentro de los países que conforman esta subregión **Costa Rica, Guatemala y Panamá** notificaron casos en el 2024.

Figura 7. Casos confirmados de mpox según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Subregión de Centro América, hasta la semana epidemiológica (SE) 40 del 2024.

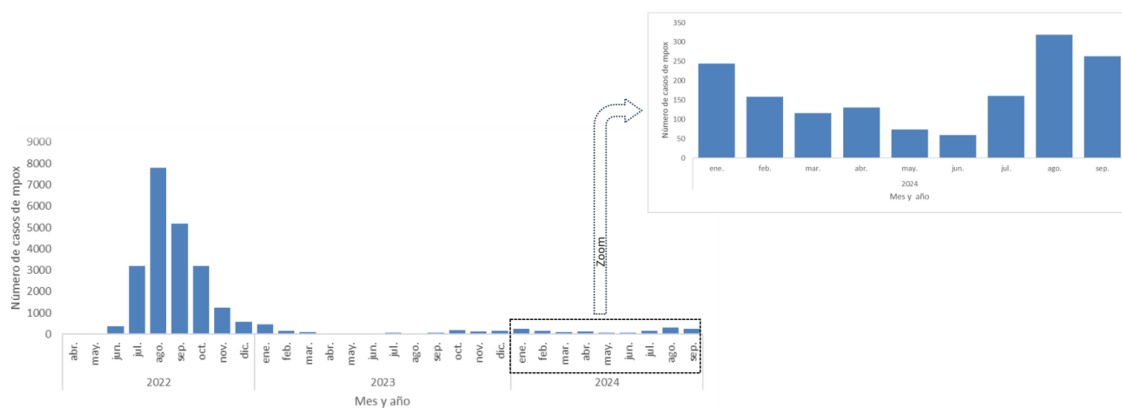


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Tablero de casos de mpox - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/> y Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2024, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 octubre del 2024]. Inédito.

En la subregión de **América del Sur**, diez países han registrado casos, y desde el 2022 hasta la SE 40 del 2024 se reportaron 24.652 casos de mpox, incluidas 47 defunciones. La mayor proporción de casos se registró en **Brasil** con el 52% de los casos, seguido por **Colombia** con el 17% y **Perú** con el

16%. Dentro de los países que conforman esta subregión siete países registran casos en el 2024: **Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú.**

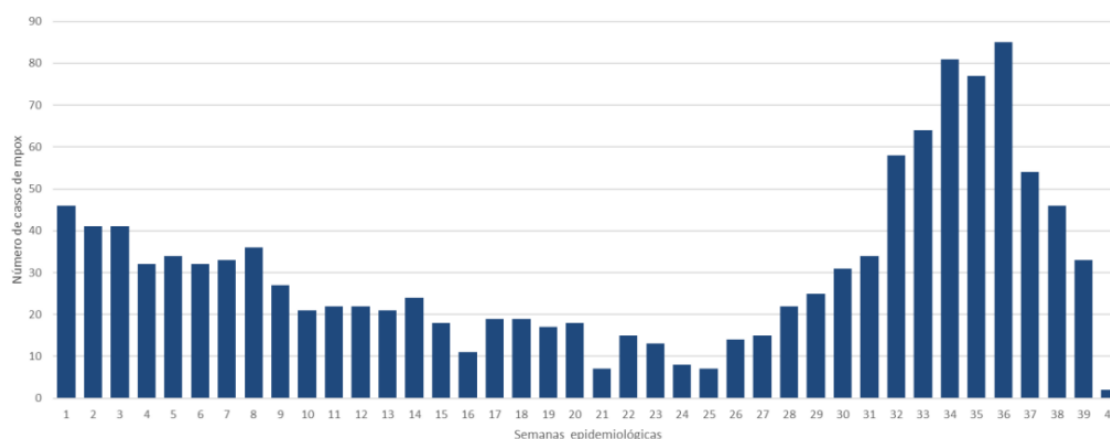
Figura 8. Casos confirmados de mpox según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Subregión de América del Sur, hasta la semana epidemiológica (SE) 40 del 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Tablero de casos de mpox - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/> y Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2024, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 de octubre del 2024]. Inédito.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 40 del 2024, se han reportado 1.225 casos confirmados de mpox, con un promedio semanal de 31 casos, observándose una tendencia al ascenso a partir de la SE 30 de 2024. El 93,5% de los casos corresponde a hombres ($n= 1.145$ casos) y el 47,2% se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años ($n= 540$ casos). Se registran 15 casos en menores de 18 años. De 987 casos con información disponible, el 9,2% de los casos fueron hospitalizados.

Figura 9. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas. Brasil, SE 1 a SE 40 del 2024.

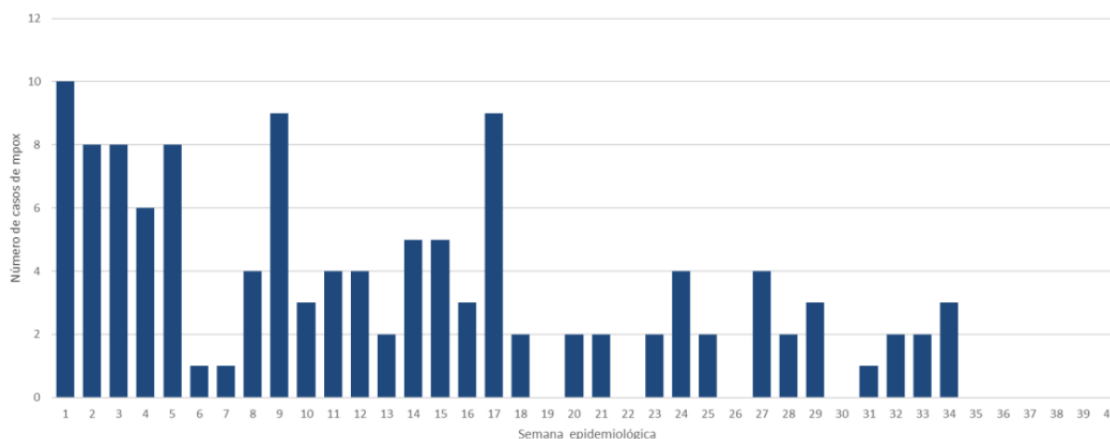


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2024, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 de octubre del 2024]. Inédito.

En **Colombia**, entre la SE 1 la SE 40 del 2024, se han reportado 121 casos confirmados de mpox, con un promedio semanal de tres casos (Figura 11). El 99% de los casos corresponde a hombres ($n= 118$ casos) y el 44% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años ($n= 52$ casos). No se

registran casos en menores de 18 años. De 119 casos con información disponible, el 23% de los casos fueron hospitalizados.

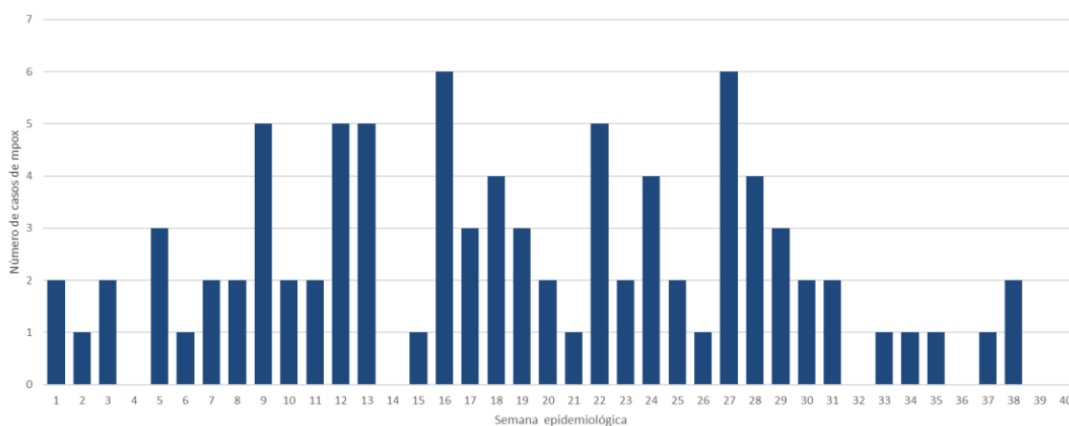
Figura 10. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación Colombia, SE 1 a SE 40 del 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2024, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 de octubre del 2024]. Inédito.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 40 del 2024, se han reportado 89 casos confirmados de mpox, incluyendo dos defunciones, con un promedio semanal de dos casos. El 95% de los casos corresponde a hombres (n= 85 casos) y el 44% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años (n= 45 casos). Se registra un caso en un menor de 18 años.

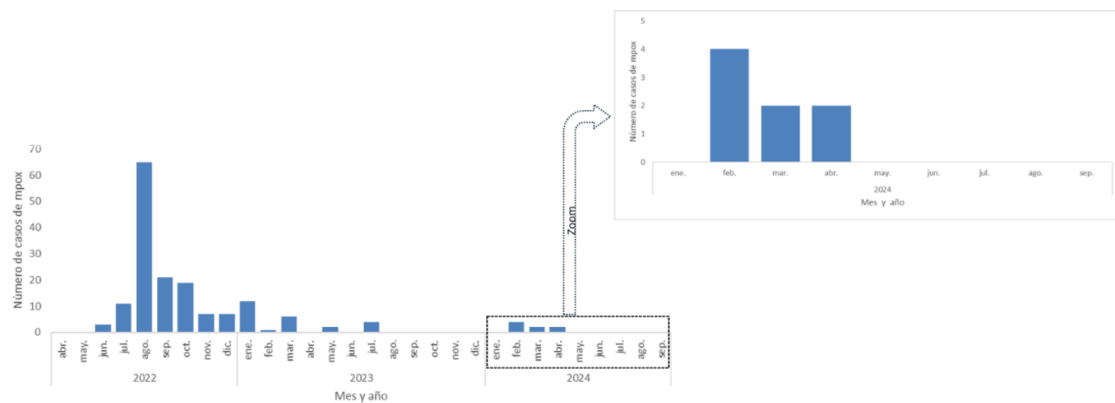
Figura 11. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas/notificación. Perú, SE 1 a SE 40 del 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2024, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 de octubre del 2024]. Inédito.

En la subregión del **Caribe y las Islas del Océano Atlántico**, trece países y territorios han notificado casos. Desde el 2022 hasta la SE 40 del 2024 se notificaron 166 casos de mpox, incluidas dos defunciones. La mayor proporción de casos se registró en la **República Dominicana** con el 66% de los casos, seguido por **Jamaica** con el 13% y Cuba con el 5%. La **República Dominicana** es el único país de esta subregión, que ha reportado casos durante el 2024.

Figura 13. Casos confirmados de mpox según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Subregión del Caribe y las Islas del Océano Atlántico, hasta la semana epidemiológica (SE) 40 del 2024.



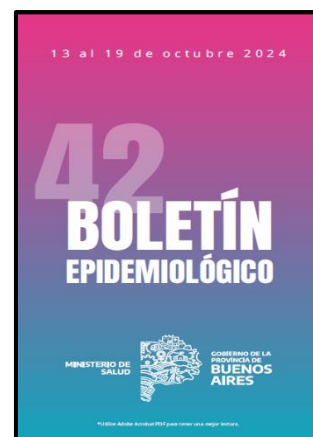
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Tablero de casos de mpox - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/> y Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región de las Américas 2022-2024, Información enviada por los Centros Nacionales de Enlace (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o extraído de fuentes oficiales disponibles públicamente. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 21 de octubre del 2024]. Inédito.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-mpox-region-americas-29-octubre-2024>

**DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES**

BUENOS AIRES: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Se presenta el número de casos acumulados entre el 1ro de enero y el 12 de octubre de 2024 (SE 1-41).



Casos acumulados a SE 41. Años 2021-2024. Incremento de casos entre SE 40 y SE 41.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Eventos seleccionados	2021	2022	2023	2024	Incremento	
					semanal	% Incremento relativo
Enfermedad tipo influenza (ETI)	133.418	358.149	372.173	370.498	10.053	2,8%
Bronquiolitis en menores de dos años	34.788	79.416	98.493	76.173	1.613	2,2%
Neumonía	38.949	47.686	68.895	50.406	1.366	2,8%

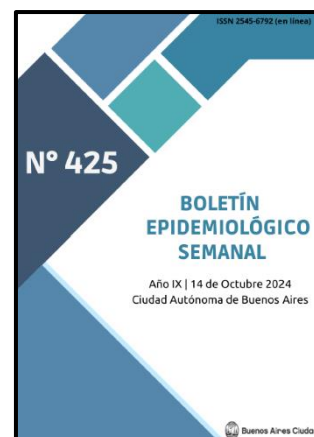
Fuente: SNVS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

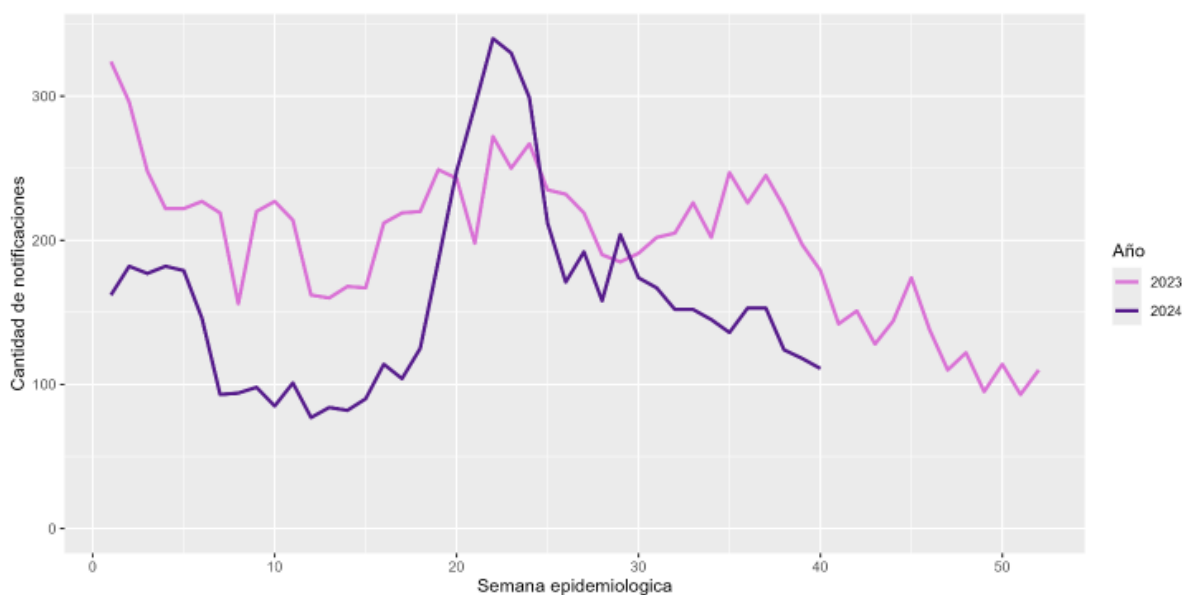
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

CABA: EVENTOS RESPIRATORIOS DE ABORDAJE EN INTERNACIÓN

Se observa que el año 2024 así como el 2023 ha iniciado con un incremento de la notificación de eventos respiratorios 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=16680).



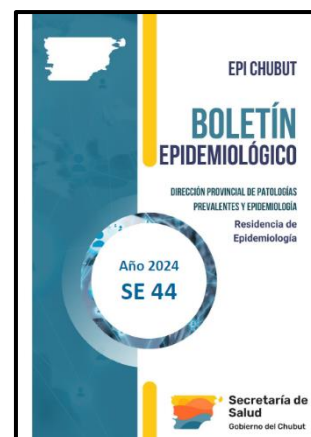
Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

Para más información:

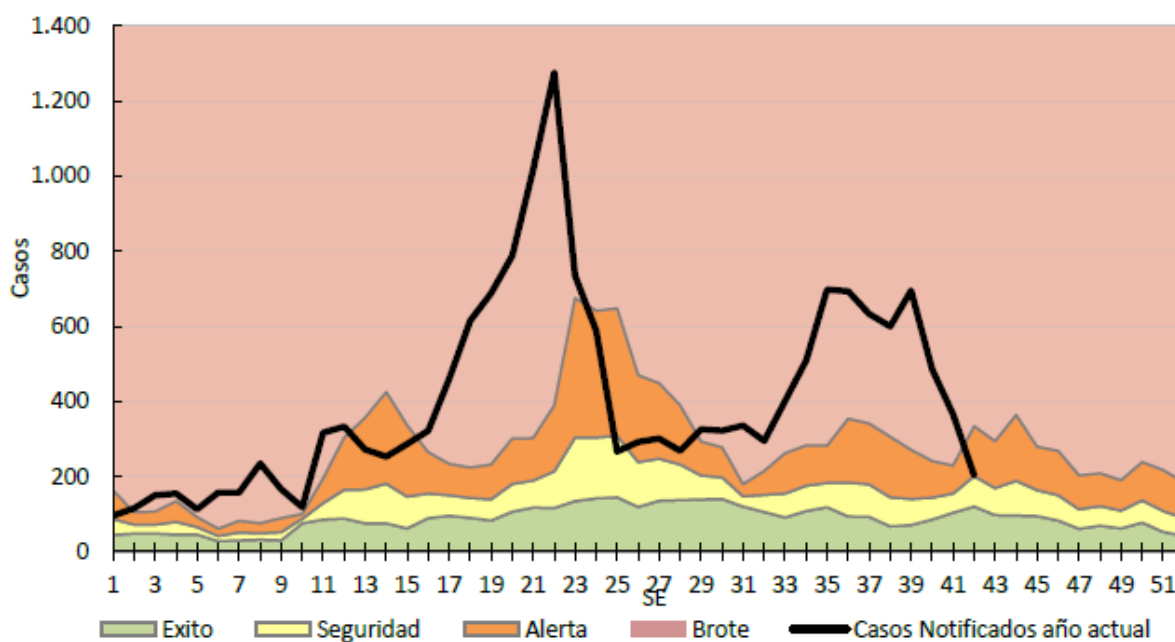
<https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2024>

CHUBUT: ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

El corredor endémico de ETI en las últimas tres semanas del 2024 se encuentra en zona de brote.



Corredor endémico semanal de ETI. Provincia de Chubut. SE 1-42 Año 2024. (N=17108).



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

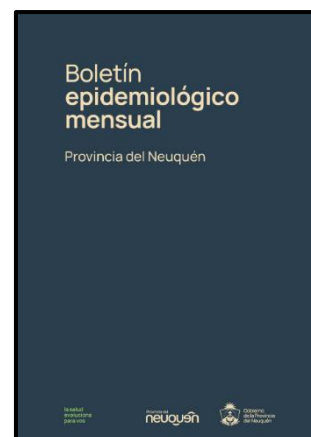
Fuente: Elaboración propia de Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0

Para más información:

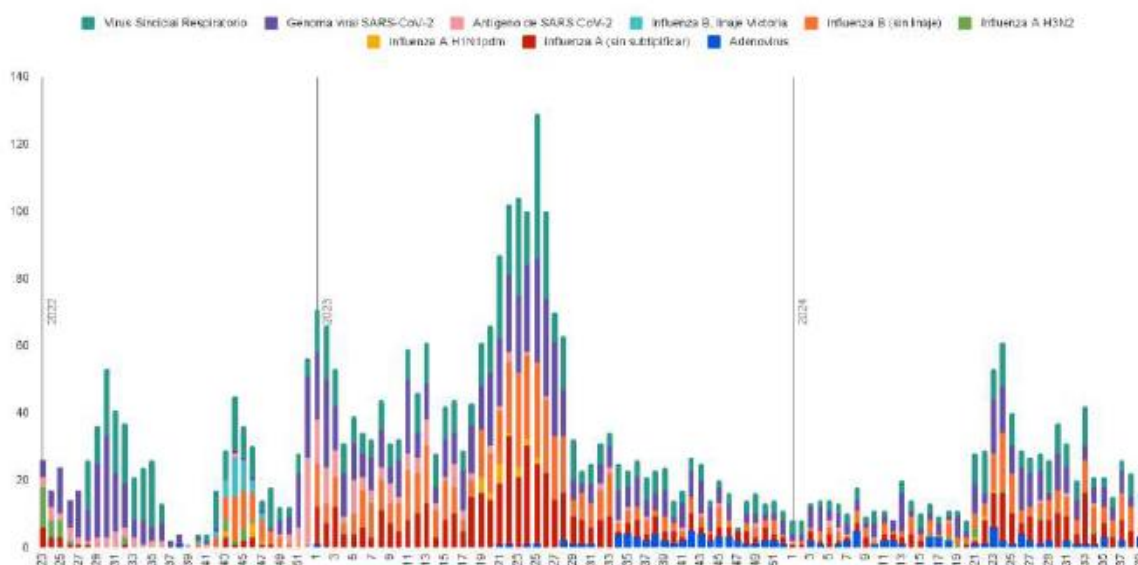
http://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

NEUQUÉN: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES (IRAG)

La distribución temporal de las muestras analizadas de virus respiratorios en pacientes hospitalizados durante las primeras semanas de 2023, se observa que el porcentaje de positividad se mantuvo por debajo del 10% hasta la SE 11/2023, momento en el cual se registró un aumento por encima del 10%. Posteriormente, en la SE 14/2023, la positividad volvió a situarse por debajo del 10% y se mantuvo así hasta la SE 34/2024 y 36/2024, donde alcanzó un 20% y hasta la SE 39/2024 desciende paulatinamente.



Distribución temporal de determinaciones positivas en pacientes internados y/o fallecidos según agente etiológico por semana epidemiológica. Desde SE 23 del año 2022 hasta SE 39 del año 2024. Provincia Neuquén (n= 3654).

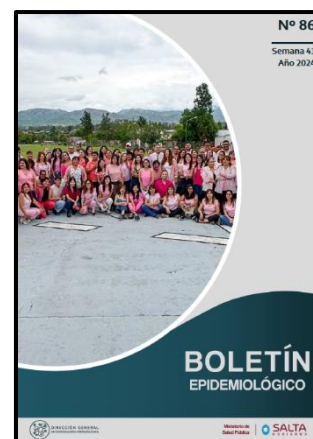


Para más información:

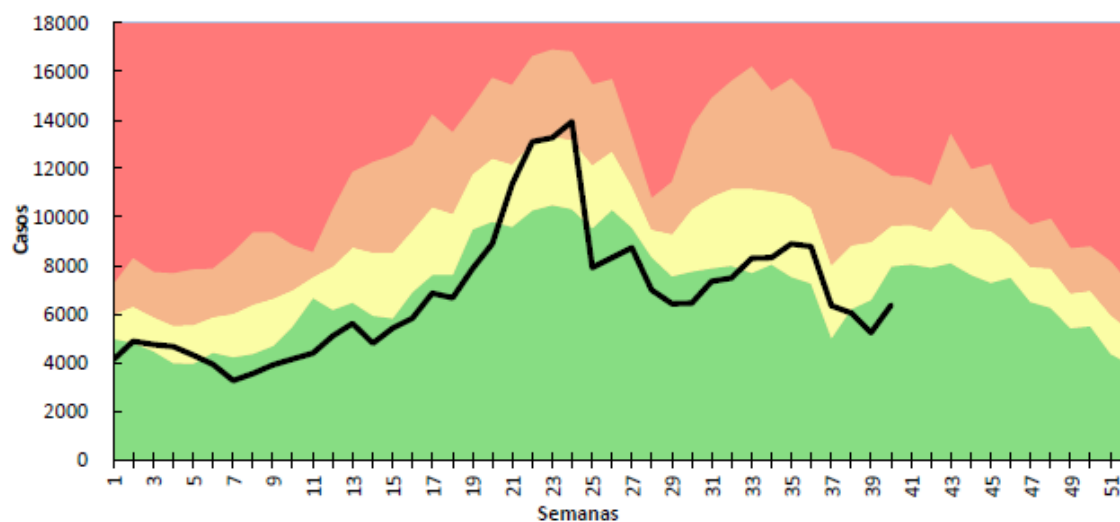
<https://www.saludneuquen.gob.ar/informacion-sanitaria/epidemiologia/boletines-epidemiologicos/>

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 01-40 de 2024. Provincia de Salta. (N=272682).



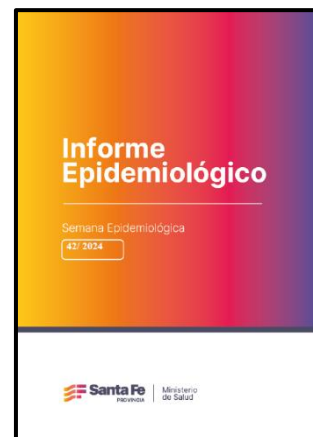
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Para más información:

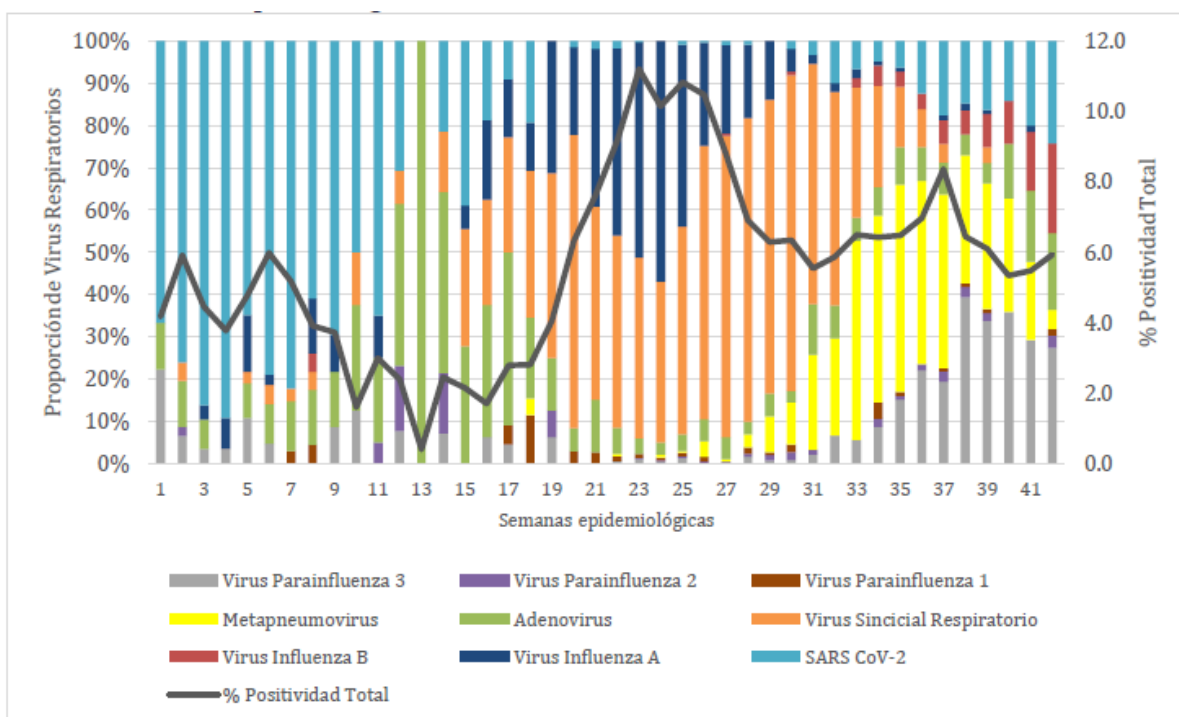
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

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

A partir de la SE 33 se registra mayor diversidad en los virus respiratorios detectados, entre ellos Metapneumovirus, Parainfluenza 3, Sars-CoV-2 e Influenza B. En la última semana epidemiológica (SE42) se registra un mayor número de casos de Virus Parainfluenza 3 con un IP 18.2 %, seguido de Sars-CoV-2 (IP 11.4%).



Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados con IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 42 - Año 2024. (N=3716).



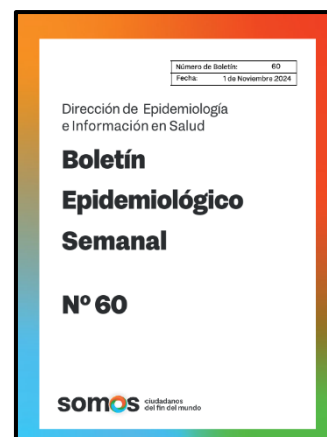
Fuente: Elaboración propia de la Dirección Provincial de Red de Laboratorios en base a datos extraídos del SNVS 2.0 – Notificación agrupada: Infecciones respiratorias virales – Internados.

Para más información:

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

TIERRA DEL FUEGO: DIARREAS

Hasta la SE 43 de 2024 se notificaron 7.363 casos de diarreas aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. En el total de casos hasta la SE 43 de 2024 con respecto al mismo periodo del año 2023 se observa un aumento del 30,6% de los casos registrados a nivel provincial.



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

	SE 43 / Año 2023	SE 43 / Año 2024	% Variación interanual
Río Grande	2575	2833	↑ 10.0
Tolhuin	363	238	↓ -34.4
Ushuaia	2699	4292	↑ 59.0
Tierra del Fuego	5637	7363	↑ 30.6

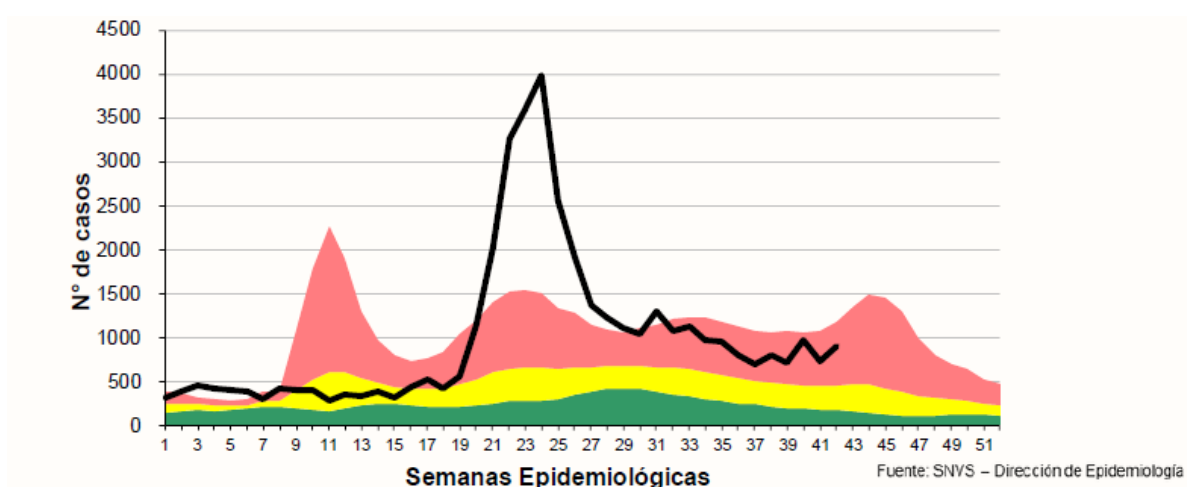
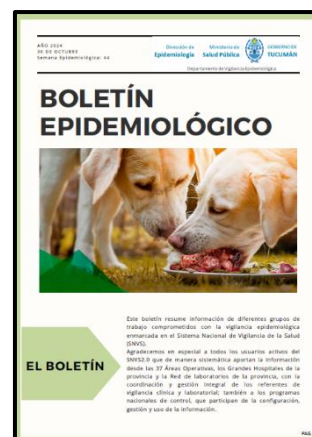
Fuente: SNVS 2.0 D.E.I.S. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

Para más información:

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

TUCUMÁN: 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 42 se registraron 907 casos para este evento.



Fuente: Dirección de Epidemiología. Laboratorio de Salud Pública.

Para más información: direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, LA PREVENCIÓN Y LA RESPUESTA

LISTADO DE MODIFICACIONES EN CODIFICACIONES AUXILIARES EN EL SNVS 2.0

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

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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del Evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
NOVIEMBRE	Dengue durante la gestación			El evento se encuentra configurado en su totalidad
NOVIEMBRE	Leucinosis (Enfermedad de orina con olor a Jarabe de Arce o MSUD)			El evento se encuentra configurado en su totalidad

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

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

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

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

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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

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

INSCRIPCIONES EN:



Consultas: cursos.direpacion@gmail.com

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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

Inicia el 7 de octubre de 2024

(abierto hasta el 13 de diciembre)

INSCRIPCIONES EN:



Consultas: cursos.direpinacion@gmail.com