



BOLETÍN EPIDEMIO LÓGICO

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

SEMANA
EPIDEMIOLOGICA

46

NÚMERO 731 AÑO 2024
DESDE 10/11 AL 16/11
FECHA DE PUBLICACIÓN:
25/11/2024



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 especial Triquinosis: Celeste Castillo⁴, Belén amato¹, Martina Ponce, Paula Rosín¹, Dalila Rueda¹.

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 Pontoriero⁵, Tomás Poklepovich⁶.

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.

Compilación: Sebastián Riera¹

Edición: Carlos Giovacchini²

Coordinación General: Cecilia Gonzalez Lebrero¹

1 Dirección de Epidemiología

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

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

4 Coordinación de Zoonosis – Ministerio de Salud de la Nación
5 Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios, INEI-ANLIS.

6 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:

Participantes en la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana (La Habana, Cuba, 1924), en la que se el Código Sanitario Panamericano. Foto aportada por la Dra. Mirta Roses, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

CÓMO CITAR ESTE BOLETÍN: Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2024). Boletín Epidemiológico Nacional N°731, SE 46.

CONTENIDO

Editorial. EL CÓDIGO SANITARIO PANAMERICANO: 100 AÑOS DE COLABORACIÓN EN SALUD ...	5
Situaciones epidemiológicas emergentes	7
Situación epidemiológica de MPOX	8
Eventos priorizados	18
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	19
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	27
Informes especiales	48
Triquinosis	49
Alertas y comunicaciones epidemiológicas internacionales.....	56
Alerta Epidemiológica Detección del clado I de mpox en la Región de las Américas 19 de noviembre del 2024	58
Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas 15 de noviembre del 2024	61
Destacados en boletines jurisdiccionales	63
Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA).....	64
CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación.....	65
Chubut: Enfermedad tipo influenza (ETI).....	66
La Pampa: Neumonía	67
Salta: Bronquiolitis	68
Santa Fe: Virus respiratorios en pacientes internados con infecciones respiratorias agudas.....	69
Tierra del Fuego: Diarreas.....	70
Herramientas para la vigilancia, la prevención y la respuesta	72
1° Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue	73
3° Edición del Curso: “Sistema Nacional de Vigilancia de Salud SNVS 2.0”	74
6° Edición del Curso: “Herramientas básicas para la Implementación de Salas de Situación de Salud”	75
Vigilancia epidemiológica, prevención y control de casos de pandrogoresistencia	76
Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	78

EDITORIAL. EL CÓDIGO SANITARIO PANAMERICANO: 100 AÑOS DE COLABORACIÓN EN SALUD

EL 14 de noviembre de 1924 se firmó el primer Código Sanitario Panamericano (1), durante la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana. La misma tuvo lugar en La Habana del 5 al 15 de noviembre de 1924, y contó con la presencia de 28 delegados de 18 países: Argentina (por la que participaron el Dr. Gregorio Araoz Alfaro y el Dr. Joaquín Llambías), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Haití, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (2).

El Código Sanitario Panamericano (CSP) es el primer tratado multilateral de este tipo (3) que se dictó con los objetivos de “prevenir la propagación internacional de enfermedades; adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la propagación de enfermedades; uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad y la mortalidad; estimular el intercambio de informes que puedan ser valiosos para mejorar la Sanidad Pública; uniformar las medidas empleadas en los lugares de entrada para impedir la introducción de enfermedades transmisibles”. En dicho documento se normatiza la notificación regular internacional de enfermedades, incluyendo la peste, el cólera, la fiebre amarilla, la viruela, el tifus exantemático, la poliomielitis epidémica, la meningitis epidémica, la Influenza, la fiebre tifoidea y paratifoidea.



El CSP sentó las bases de un enfoque unificado en la región para proteger y promover la salud y el bienestar de sus poblaciones (3), reconociendo la importancia de la cooperación sanitaria para el desarrollo del comercio internacional.

La firma hace 100 años del Código Sanitario Panamericano constituye un hecho histórico que promovió una visión de la salud pública como una materia de importancia internacional, reconociendo su interés para el propio sector salud pero también para las diferentes esferas de la vida social como el comercio y el tránsito internacional de personas. Fue un antecedente sobre el cual la OMS lanzó en 1969 el Reglamento Sanitario Internacional⁷ (4)(el que fuera revisado, actualizado y reemplazado por el RSI 2005⁸ (4)).

La vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de enfermedades son funciones esenciales de la salud pública que requieren del trabajo articulado, multisectorial y en todos los niveles. Por eso festejamos junto a la Organización Panamericana de la Salud, en este mes de noviembre, el centenario

⁷ Véase Actas Oficiales de la OMS, N° 176, 1969, resolución WHA22.46 y anexo 1.

⁸ El RSI (2005) fue adoptado por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud el 23 de mayo de 2005 e introdujo como una de sus novedades el establecimiento de los Centros Nacionales de Enlace. Por Decisión Administrativa N°891/22, la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación tiene entre sus responsabilidades Coordinar las funciones del Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

del Código Sanitario Panamericano, reconociendo en él un compromiso que este Boletín pretende honrar, brindando información epidemiológica actualizada, periódica y de calidad para la acción de los diferentes actores nacionales e internacionales.

La Dra. Mirta Roses, médica epidemióloga argentina que fuera elegida por los países de América en 2003 como Directora de la Organización Panamericana de la Salud y reelecta por otros 5 años en 2007, y hoy Directora Emérita de la OPS, brindó un recorrido histórico sobre el contexto y significado del CSP a la que puede accederse a través del siguiente link: <https://www.youtube.com/watch?v=yO9D2x31O38>

Queremos agradecer a la Dra. Roses, quien nos acercó información y material sobre este evento.

Referencias:

- 1) Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana. *Código Sanitario Panamericano*. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/30865>
- 2) Delgado García, G, Estrella E., Navarro, J: El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8887/0960.pdf;sequence=1>
- 3) Organización Panamericana de la Salud. El Código Sanitario Panamericano: 100 años de colaboración en salud, disponible en <https://www.paho.org/es/codigo-sanitario-panamericano-100-anos-colaboracion-salud>
- 4) Organización Mundial de la Salud. Reglamento sanitario internacional (1969) : 3ª edición. Ginebra, Suiza. 1983 Disponible en <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/96617/9243580078.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 5) Organización Mundial de la Salud. Reglamento sanitario internacional (2005) : 2ª edición. 2008. Ginebra, Suiza, 2008. Disponible en https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43983/9789243580418_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 6) Organización Panamericana de la Salud. Dra. Mirta Roses – 100 años del Código Sanitario Panamericano. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=yO9D2x31O38>

**SITUACIONES
EPIDEMIOLOGICAS
EMERGENTES**

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MPOX

INTRODUCCIÓN

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

SITUACIÓN INTERNACIONAL

Situación en África⁹

Desde el 1 de enero de 2022, 23 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpxo. Hasta el 17 de noviembre de 2024, se habían notificado a la OMS un total de 16.023 casos confirmados por laboratorio, incluidas 77 muertes.

En 2024, hasta el 17 de noviembre, 20 países habían notificado 13.619 casos confirmados, incluidas 54 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos en 2024 son la República Democrática del Congo (n = 10.587), Burundi (n = 2.050) y Uganda (n = 521).

Este indicador debe interpretarse con cautela, ya que los casos sospechosos de mpxo se registran según distintas definiciones de casos nacionales. Además, no todos los países cuentan con sistemas de vigilancia sólidos para mpxo, 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.

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

⁹ Brote de Mpxo 2022-24: tendencias mundiales. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

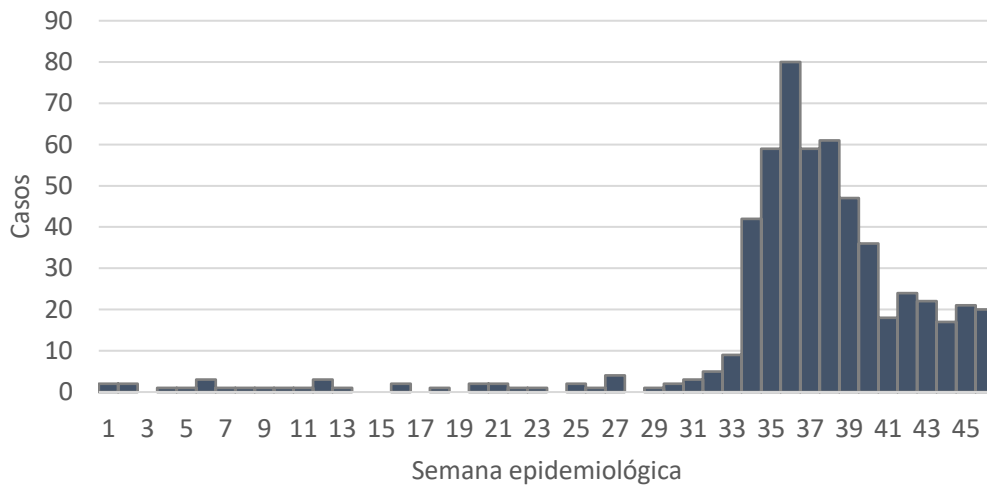
humanos desde al menos 2016 y ha provocado el brote multipaís en curso desde 2022 hasta la actualidad.

Respecto de la **situación regional** ver en este mismo Boletín: [Alerta Epidemiológica Detección del clado I de mpox en la Región de las Américas 19 de noviembre del 2024](#)

SITUACIÓN EN ARGENTINA

En 2024, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 46 se identificaron hasta el momento 97 casos confirmados de mpox de un total de 560 casos sospechosos notificados. La curva epidémica de casos confirmados por fecha mínima¹⁰ 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. En las últimas 4 semanas se detectaron nuevos casos confirmados, en promedio de 3 casos por semana, con el mayor número en la SE 45 (6 casos).

Gráfico 2. Casos notificados de Mpox por semana epidemiológica de notificación. Argentina, SE1/2024 a SE46/2024. (N= 560)



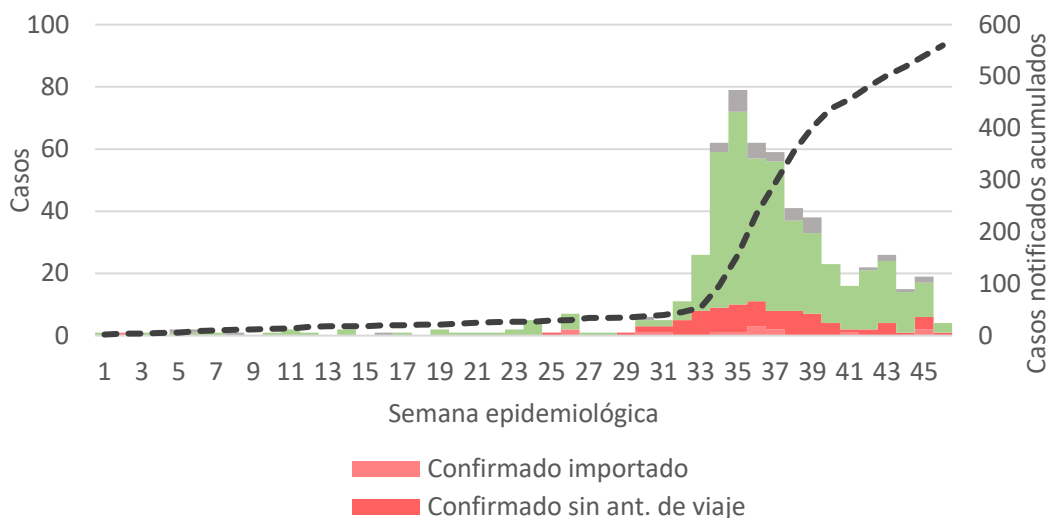
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

Luego del Alerta emitido en la SE33 aumentó la sensibilidad del sistema de vigilancia, llegando a 506 notificaciones de casos sospechosos en las semanas posteriores (90% del total de notificaciones registradas durante el año).

El mayor número de notificaciones se registró en la SE36 con 80 casos reportados. En la semana 46 se registraron 20 notificaciones, un 75% inferior a dicha semana. Del total de casos confirmados del periodo (97), el 87% (n=84) se notificó a partir de la SE34 (11 de ellos correspondían por fecha mínima a semanas previas pero se notificaron luego del alerta). La sensibilización del sistema se verifica, asimismo, en la disminución de la positividad concomitante al aumento de casos estudiados, la cual pasó del 50% en las SE 32-33 (n=14) a 11% en las SE 44-45 (n=38). En las SE 45-46 la positividad aumentó a 24% (n=41).

¹⁰ La fecha de inicio de síntomas mínima se construye según una jerarquía que prioriza la mayor cercanía al momento de inicio de la enfermedad: con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra, y, por último, la de notificación si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

Gráfico 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 SE46/2024. (N= 560)



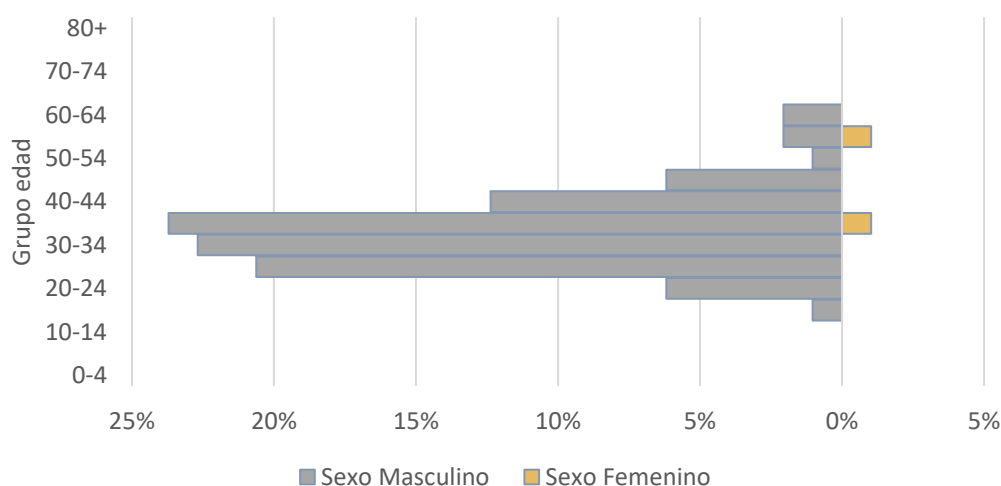
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS “Carlos Malbrán” en 66 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

Ocho de los casos requirieron internación, ninguno de ellos en cuidados intensivos. No se registraron casos fallecidos en el presente año. Quince 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 (68%) y Buenos Aires (22%).

Gráfico 3. Mpox: Distribución proporcional por edad y sexo. Argentina, SE1/2024 a SE46/2024. (N=97)



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

Tabla 1. Mpox: casos confirmados y total de notificaciones acumuladas según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1/2024 a SE46/2024.

Provincia	Confirmados SE 1 a 46 2024	Confirmados notificados en la última semana	Confirmados notificados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2024
Buenos Aires	21	3	5	204
CABA	66	4	7	203
Córdoba	2	0	0	19
Entre Ríos	0	0	0	2
Santa Fe	3	0	0	32
Centro	92	7	12	460
Mendoza	1	0	0	8
San Juan	0	0	0	5
San Luis	0	0	0	5
Cuyo	1	0	0	18
Chaco	0	0	0	7
Corrientes	1	0	0	7
Formosa	0	0	0	14
Misiones	0	0	0	1
NEA	1	0	0	29
Catamarca	0	0	0	1
Jujuy	0	0	0	1
La Rioja	0	0	0	4
Salta	0	0	0	3
Santiago del Estero	0	0	0	8
Tucumán	0	0	0	10
NOA	0	0	0	27
Chubut	0	0	0	5
La Pampa	1	1	1	2
Neuquén	1	0	0	9
Río Negro	1	0	0	7
Santa Cruz	0	0	0	2
Tierra del Fuego	0	0	0	1
SUR	3	1	1	26
Total PAIS	97	8	13	560

Jurisdicciones con casos confirmados de mpox

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

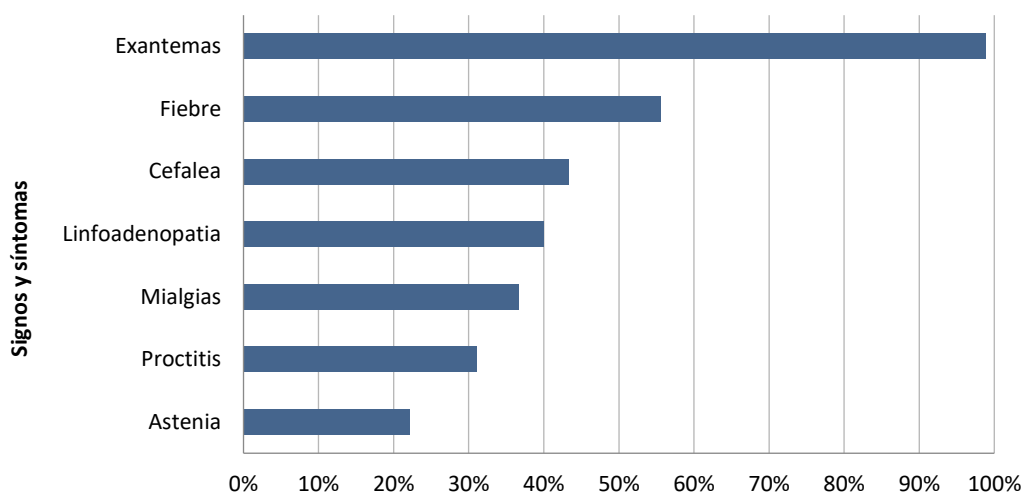
De los 97 casos confirmados, 95 corresponden a personas de sexo masculino y dos al sexo femenino, mientras que la mediana de edad es de 34 años.

Con los datos disponibles hasta el momento, las poblaciones más afectadas son la de hombres que tienen sexo con hombres (63% de 62 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 45 casos que cuentan con el dato referido a la condición de VIH, 37 registran coinfección con VIH¹¹.

En el 99% de los 90 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.

¹¹ Este dato puede estar sesgado por la frecuencia en la consulta de esta población y por contar con datos solo para el 46% de los casos confirmados hasta el momento.

Gráfico 4. Signos y síntomas en casos confirmados (en porcentaje). Argentina, SE1/2024 a SE46/2024. (n=90)



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.

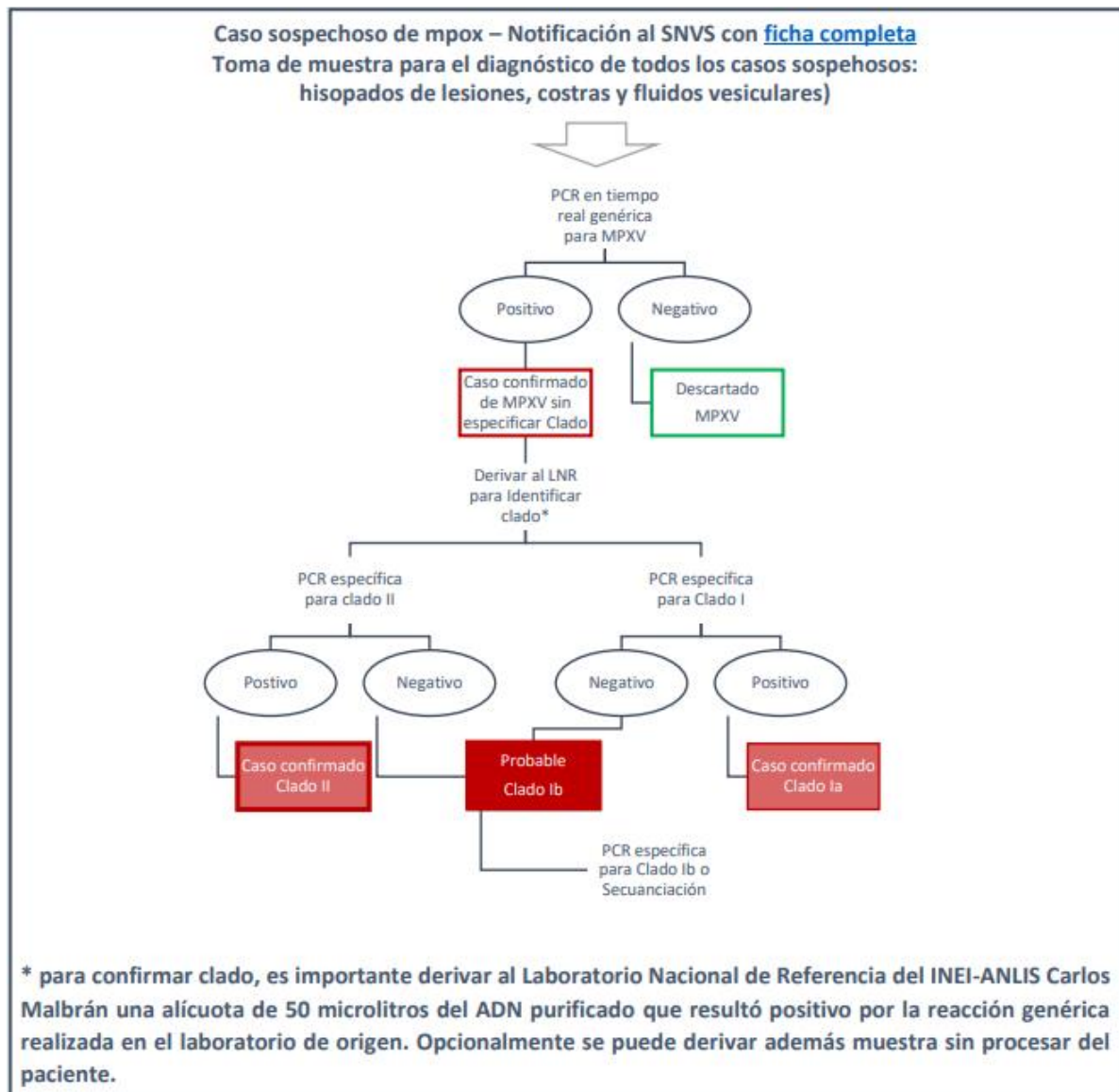
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión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

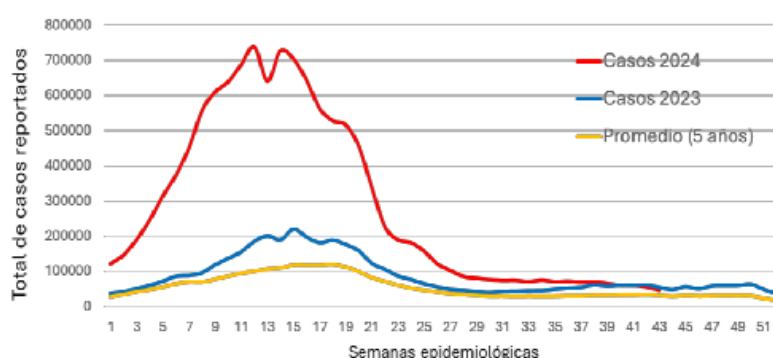
VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

SITUACIÓN REGIONAL DE DENGUE

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de situación No 43. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 43, 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 15 de noviembre.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 43 del 2024, se reportaron en la Región de las Américas un total de 12.326.882 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 1291 casos por 100.000 hab.). Esta cifra representa un incremento de 204% en comparación al mismo periodo del 2023 y 381% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 43 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 12.326.882 casos de dengue reportados en las Américas, 6.597.366 casos (53%) fueron confirmados por laboratorio y 20.294 (0.16%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total 7453 muertes por dengue, para una letalidad del 0.060%.

Dieciséis países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 43. Estos países registran en conjunto 47.466 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 43.

Subregión Centroamérica y México.

Un total de 23.098 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 43. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 81% en comparación con el mismo periodo del 2023 y de 190% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 43 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Centro América y México.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Subregión Caribe.

Se notificaron 805 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 43. Hasta esta semana la subregión presenta una disminución de 36% en comparación con el mismo periodo del 2023 y un incremento de 29% con respecto al promedio de los últimos 5 años

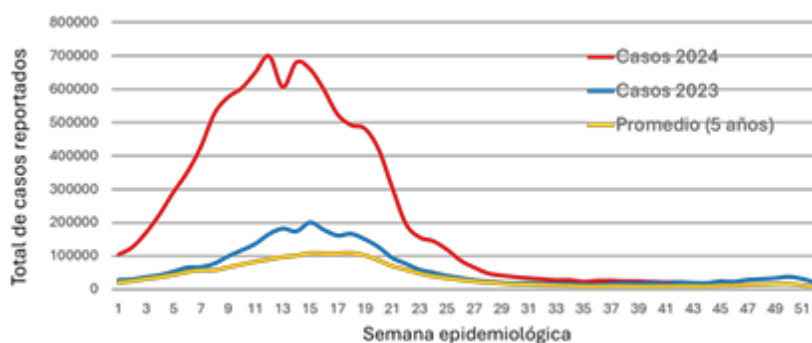
Subregión Andina.

Durante la SE 43 se notificaron 5673 nuevos casos sospechosos de dengue. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 23% en comparación con el mismo periodo del 2023 y un incremento de 182% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Ecuador presentan un incremento de 12% y Perú de 59% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

Subregión Cono Sur.

Se notificaron 17.890 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 43. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta un incremento de 261% en comparación con la misma semana del 2023 y de 439% con respecto al promedio de los últimos 5 años

Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 43 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 21/11/2024 en países regionales seleccionados¹².

Brasil: Hasta la SE 46/2024 se reportaron 9.928.169 casos de dengue, 3,4 veces el número registrado en el mismo período del 2023, y 5.815 fallecidos. A la misma semana, se registraron 407.250 casos de chikungunya, 63% más que lo reportado hasta dicha semana del año 2023, y 203 fallecidos. Por último, entre la SE1/2024 y la SE 45/2024 se reportaron 39.820 casos de zika, representando un aumento de 16% respecto a lo notificado hasta esa semana en el 2023. No se registraron fallecidos de zika durante 2024.

Bolivia: Entre la SE 1 y la 45/2024, se registraron 45.997 casos de dengue, un 70% menos que lo reportado a la misma semana del 2023, y 27 fallecidos. Con respecto a chikungunya, hasta la misma semana se reportaron 451 casos, 68% menos respecto al año anterior. Hasta esa semana se

¹² Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

reportaron 220 casos de zika, lo que representa una reducción del 72% 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 45/2024 se notificaron 289.369 casos de dengue, lo cual representa aproximadamente 12 veces más de lo registrado durante el mismo período en 2023. Los fallecidos para el período correspondiente a 2024 fueron 128. Asimismo, hasta la misma semana, se registraron 3.086 casos de chikungunya, una disminución del 98% respecto de lo reportado para el mismo período del año anterior. Con respecto al zika, hasta la semana 45/24 se registraron 7 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 45/2024 se notificaron 272.355 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 45 se registraron 81 casos, 40% menos que lo reportado a la misma semana de 2023, y 1 fallecido. Asimismo, hasta la SE 45 se registraron 9 casos de zika, 63% menos que en el mencionado período del año previo. Se reportó un fallecido para este evento.

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

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

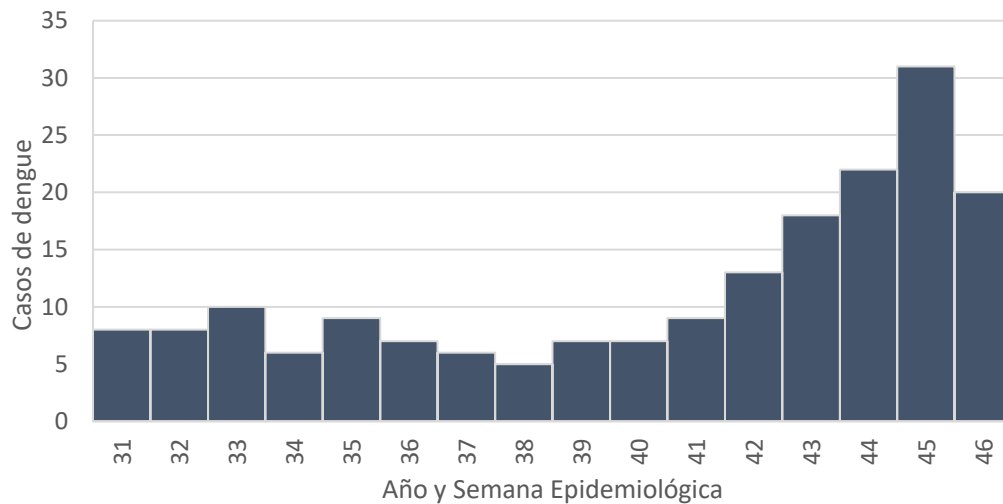
SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE46/2024), se registraron 10.208 casos sospechosos de dengue en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0) de los cuales 176 fueron confirmados (164 sin antecedentes de viaje, 7 con antecedentes de viaje y 5 por trasplante).

Durante la SE46, se notificaron 1516 casos sospechosos de los cuales 25 se confirmaron y 59 fueron clasificados como casos probables aún en investigación¹³.

Desde la SE42 se registra un aumento progresivo en la detección de casos confirmados de dengue

Gráfico 4. Dengue: Casos confirmados¹⁴ por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31 a SE46/2024. 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).

¹³ Los casos notificados en esa semana pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

¹⁴ Incluye casos confirmados autóctonos, importados y no vectoriales y la ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o "fecha mínima".

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE46/2024. Argentina.

Jurisdicción	Dengue vectorial						Dengue en situaciones especiales		Total notificados
	Confirmados		Probables		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Con antecedente de vacunación	Trasplantados	
	SAV	CAV	SAV	CAV					
Buenos Aires	3	2	41	2	742	433	1	3	1227
CABA	1	1	17	0	417	337	3	0	776
Córdoba	25	2	111	0	1078	151	4	0	1371
Entre Ríos	2	0	13	2	161	10	0	0	188
Santa Fe	4	0	14	0	367	106	1	1	493
Total Centro	35	5	196	4	2765	1037	9	4	4055
Mendoza	4	2	16	2	326	37	0	0	387
San Juan	0	0	1	0	51	13	11	0	76
San Luis	0	0	0	0	24	4	0	0	28
Total Cuyo	4	2	17	2	401	54	11	0	491
Chaco	2	0	89	0	655	86	0	0	832
Corrientes	1	0	18	0	124	80	0	0	223
Formosa	119	0	2	0	1447	0	0	0	1568
Misiones	0	0	1	0	72	1	1	0	75
Total NEA	122	0	110	0	2298	167	1	0	2698
Catamarca	0	0	3	0	192	8	1	0	204
Jujuy	0	0	0	0	362	21	0	0	383
La Rioja	0	0	14	0	92	19	0	0	125
Salta	1	0	18	0	469	104	1	1	594
Santiago del Estero	0	0	20	1	268	164	2	0	455
Tucumán	2	0	65	0	756	308	1	0	1132
Total NOA	3	0	120	1	2139	624	5	1	2893
Chubut	0	0	0	0	4	2	0	0	6
La Pampa	0	0	0	0	44	1	0	0	45
Neuquén	0	0	0	0	4	1	0	0	5
Río Negro	0	0	1	0	2	0	0	0	3
Santa Cruz	0	0	0	0	8	1	0	0	9
Tierra del Fuego	0	0	0	0	3	0	0	0	3
Total Sur	0	0	1	0	65	5	0	0	71
Total País	164	7	444	7	7668	1887	26	5	10208

SAV: Sin antecedente de viaje (autóctonos/en investigación)

CAV: Con antecedente de viaje

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

Los casos se presentaron durante todas las semanas a expensas fundamentalmente de las notificaciones aportadas por las provincias de Formosa (119 casos, de los cuales en 44 pudo identificarse el serotipo DEN-2 y en 6 DEN-1 y con residencia en los departamentos Capital, Patiño, Pilagás, Pirane y Pilcomayo) y de Chaco (91 casos en total -en su mayoría casos probables- donde el 48% cuentan con residencia en San Fernando, el resto se distribuyen en otros 14 departamentos de la provincia). Ambas provincias notificaron casos durante todas las semanas de la temporada.

Desde la SE42, se notificaron los primeros casos sin antecedente de viaje correspondiente a la provincia de Córdoba pertenecientes al departamento Capital, observándose un aumento progresivo de los casos sin interrupción de la notificación desde ese momento.

Además, se notificaron casos aislados sin antecedente de viaje en las provincias de Mendoza (Luján de Cuyo), Tucumán (Cruz Alta y Chicligasta), CABA (Comuna 3), Buenos Aires (La Matanza y Esteban Echeverría), Entre Ríos (Concordia), Salta (Capital) y Santa Fe (Castellanos, San Jerónimo y General López).

Adicionalmente, se confirmaron 7 casos importados: 2 residentes de la provincia de Buenos Aires, uno con antecedentes de viaje a Brasil y otro a Cuba; 2 casos residentes en Córdoba, los dos con antecedentes de viaje a Cuba; 1 caso residente en CABA con antecedente de viaje a India y 2 casos correspondientes a la provincia de Mendoza que cuentan con viaje a Perú.

Se confirmaron además 5 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, Santa Fe y Salta y se confirmaron 8 casos con antecedente reciente de vacunación contra el dengue en las jurisdicciones de CABA, Córdoba, Santa Fe, Misiones y Tucumán.

Tabla 2. Dengue: Número de casos identificados con serotipo antecedente de viaje según jurisdicción. Temporada 2024/2025. SE31 a SE46/2024. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje				Con antecedente de viaje			
	DEN-1	DEN-2	DEN-3	DEN-4	DEN-1	DEN-2	DEN-3	DEN-4
Buenos Aires	1	0	0	0	0	1	0	0
CABA	1	0	0	0	0	1	0	0
Córdoba	7	9	0	0	0	0	1	1
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Fe	3	1	0	0	0	0	0	0
Total Centro	12	10	0	0	0	2	1	1
Mendoza	0	0	0	0	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Cuyo	0	0	0	0	0	0	0	0
Chaco	0	0	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	6	44	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0
Total NEA	6	44	0	0	0	0	0	0
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	0	1	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0
Tucumán	1	1	0	0	0	0	0	0
Total NOA	1	2	0	0	0	0	0	0
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	0	0	0	0	0
Total País	19	56	0	0	0	2	1	1

Jurisdicciones con serotipo confirmado

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

En Argentina desde la SE1 a la SE46 de 2024 se registraron hasta el momento 580.495 casos de dengue de un total de 767.341 casos notificados investigados.

Tabla 3. Casos de dengue y casos con laboratorio positivo según jurisdicción SE1 a SE46/2024. Argentina.

Jurisdicción	Casos de dengue	Casos con laboratorio positivo	Notificaciones totales
Buenos Aires	109793	32251	146680
CABA	25558	24558	56741
Córdoba	127817	10843	148675
Entre Ríos	19469	4735	24445
Santa Fe	61533	19368	73266
Total Centro	344.170	91.755	449.807
Mendoza	4807	1750	9067
San Juan	2169	674	3182
San Luis	3863	764	4490
Total Cuyo	10.839	3.188	16.739
Chaco	21614	15197	31544
Corrientes	10781	7286	15058
Formosa	10651	10518	24102
Misiones	16747	7464	21724
Total NEA	59.793	40.465	92.428
Catamarca	11077	6572	15458
Jujuy	14155	3864	20005
La Rioja	11936	1409	14659
Salta	24172	7455	34519
Santiago del Estero	18936	4127	25013
Tucumán	84137	28847	95802
Total NOA	164.413	52.274	205.456
Chubut	63	31	151
La Pampa	553	474	1460
Neuquén	178	128	378
Río Negro	99	24	156
Santa Cruz	226	128	498
Tierra del Fuego	161	117	268
Total Sur	1.280	902	2.911
Total País	580.495	188.584	767.341

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

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE OTROS ARBOVIRUS

En el siguiente cuadro, se presentan la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2024-2025 (SE31 a SE46).

La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue; durante el 2024 se han investigado hasta el momento 1214 casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas para Otros arbovirus. SE31 a SE46/2024. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
	Posit	Estudiadas	Posit	Estudiadas	Posit	Estudiadas	Posit	Estudiadas	Posit	Estudiadas
Buenos Aires	0	14	0	11	0	0	1	16	0	2
CABA	0	4	0	1	0	1	0	1	0	0
Córdoba	0	13	0	4	0	0	2	123	0	0
Entre Ríos	0	13	0	0	0	1	3	16	0	1
Santa Fe	0	51	0	5	0	0	0	3	0	1
Total Centro	0	95	0	21	0	2	6	159	0	4
Mendoza	0	36	0	31	0	3	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Total Cuyo	0	36	0	31	0	3	0	5	0	0
Chaco	8	188	0	90	0	0	0	1	0	1
Corrientes	0	5	0	0	0	4	0	1	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Total NEA	8	195	0	90	0	4	0	2	0	1
Catamarca	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	13	0	3	0	1	0	0	0	0
La Rioja	0	2	0	2	0	30	0	0	0	0
Salta	0	121	0	80	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	10	0	4	0	0	0	2	0	0
Tucumán	0	1	0	5	0	7	0	0	0	0
Total NOA	0	148	0	94	0	38	0	2	0	0
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total País	8	474	0	236	0	47	6	168	0	5

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

Los 8 casos positivos de Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; un caso en la semana 35, uno en la 39, dos en la SE40 y cuatro en la SE42 en distintos departamentos de la provincia, la mayoría en Quitilipi.

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE SE 46/2024

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

- Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 45 de 2024 se registraron 1.113.006 casos de ETI, 161.433 casos de Neumonía y 170.379 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un aumento de las notificaciones de ETI del 4,14% y una disminución de neumonías de 9,57% y de bronquiolitis 23,55%, respecto al mismo período del 2023.

Vigilancia de virus respiratorios priorizados en Unidades de Monitoreo Ambulatorio:

- Virus Influenza: en el momento actual y desde la SE31 se registra un ligero ascenso de casos de Influenza B. A lo largo del año se registraron casos durante todas las semanas y el mayor número se experimentó entre las SE21 y SE24 (máximo en SE23- 166 casos). El aumento estacional experimentado a partir de la SE16 y hasta la SE28 estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el mayor descenso de casos de Influenza A, aumenta la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En las SE 45 y 46 se notificaron 27 detecciones de influenza entre las 127 muestras estudiadas.
- VSR: aproximadamente el 75% de los casos se registraron entre las SE24 y SE34. Desde SE35, se registra un menor número de casos semanales, sin detecciones en las últimas dos semanas.
- SARS-CoV-2: alrededor del 72% 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 SE46/2024 se registraron 49 detecciones de SARS-CoV-2, 10 casos de influenza y 3 de VSR.
- Virus Influenza: Desde la SE31 se registra un menor número de casos, con 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 81% de los casos del año concentrados entre las SE18 y SE30, fundamentalmente a expensas de Influenza A. Durante 2024, se notificaron 182 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.
- VSR: El 92% de los casos detectados hasta el momento durante 2024 se registran entre las SE20 y SE36, con el mayor número de detecciones entre las SE23 y SE30.
- SARS-CoV-2: alrededor del 58% 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 125 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 84% de lo reportado corresponde al periodo comprendido entre SE18 y SE30 (la tendencia al ascenso comenzó en la SE16 y el mayor número de detecciones se registró en SE23, con 2146 casos). En este período predominó el tipo A. Entre las SE31 y SE45 se observa una disminución en el número de casos respecto al período previo, con una estabilización en torno a un promedio de 110 casos semanales. Durante este tiempo, se identifica un cambio en el tipo predominante, siendo casi exclusivamente del tipo B (linaje Victoria), acompañado de un leve aumento en las semanas más recientes.
- **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 84% de los casos entre las SE1 a SE12, con el periodo de mayor detección entre las SE03 y SE06 (promedio 7113 casos). Entre las SE17 y SE31 los casos se mantuvieron por debajo de 130 semanales. A partir de la SE32 se verifica un paulatino ascenso de las detecciones, con un máximo de 793 casos en la SE44.
- **Otros virus respiratorios:** en el momento actual se registra circulación de parainfluenza (tercero en frecuencia luego de SARS CoV-2 e influenza), y en menor medida metapneumovirus y adenovirus.

Vigilancia universal de COVID-19:

- Desde la SE29 se registra un ascenso paulatino de las detecciones semanales de SARS-CoV-2, aunque los casos permanecen en valores bajos. En la SE46 de 2024 se registraron 353 casos confirmados y 5 fallecimientos con este diagnóstico.¹⁵
- **Variantes de SARS CoV-2:** entre las SE5 y 12 de 2024, JN.1 se identificó en un 78,63% (n= 276), seguida de BA.2.86* en un 10,26% (n=36). En relación a las VUM, se registraron en ese periodo 9 detecciones de JN.1.7 (2,56%) (*Indica la inclusión de linajes descendientes).¹⁶

¹⁵ Como parámetro temporal, para los casos confirmados de COVID-19 se considera la fecha de inicio del caso construida a partir de la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

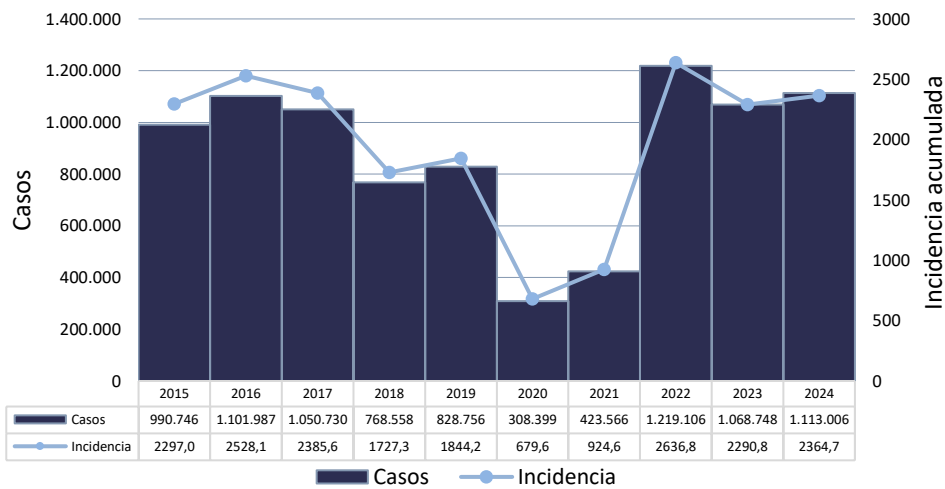
¹⁶ La información de vigilancia genómica de SARS-CoV-2 fue actualizada el 6 de noviembre de 2024.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre las SE 1 y 45 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.113.006 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2364,7 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en el período 2015-2024, se observa que el número de notificaciones de ETI correspondiente a las SE1-45 de 2024 es menor respecto del año 2022 (cuando se registraron un total de 1.219.106 casos), y mayor en comparación con los restantes años históricos analizados.

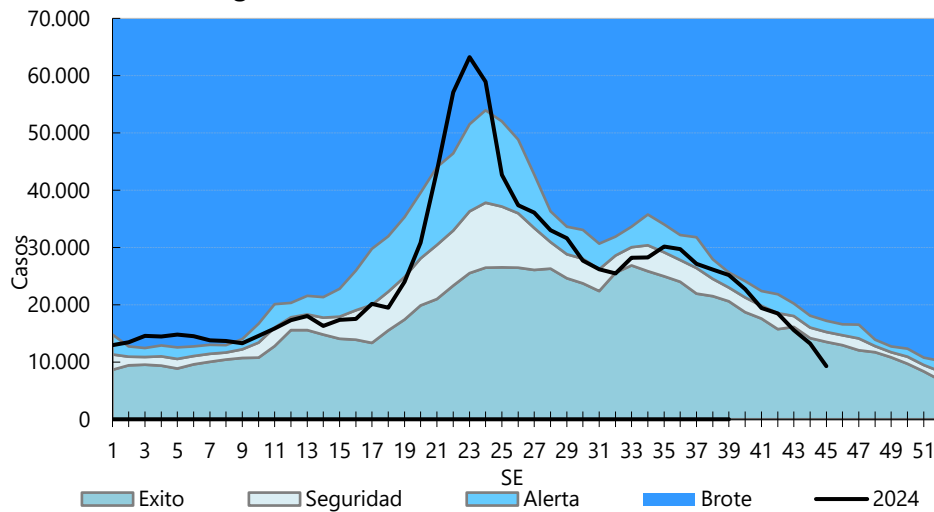
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE45. Total país.



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

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

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023¹⁷. SE 1 a 45 de 2024. Argentina.



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

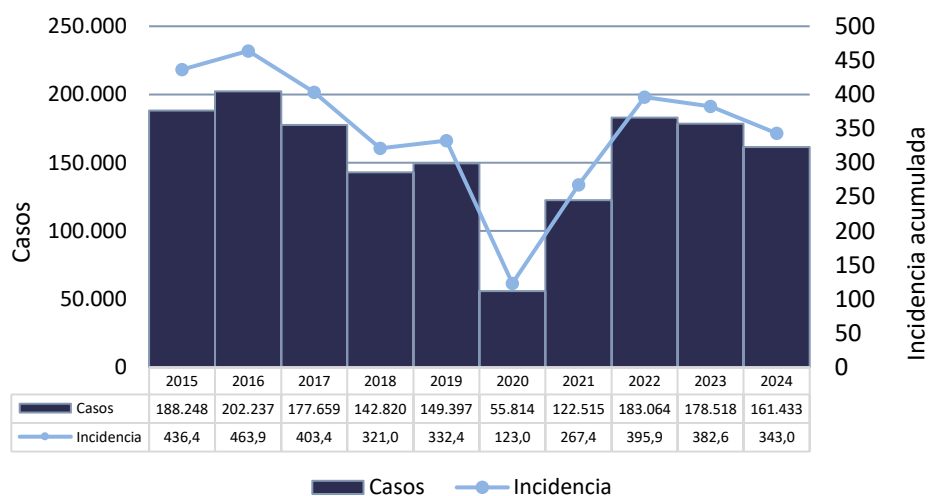
NEUMONÍA

Entre las SE 1 y 45 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 161.433 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 343,0 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías entre las SE1 a 45 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.

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

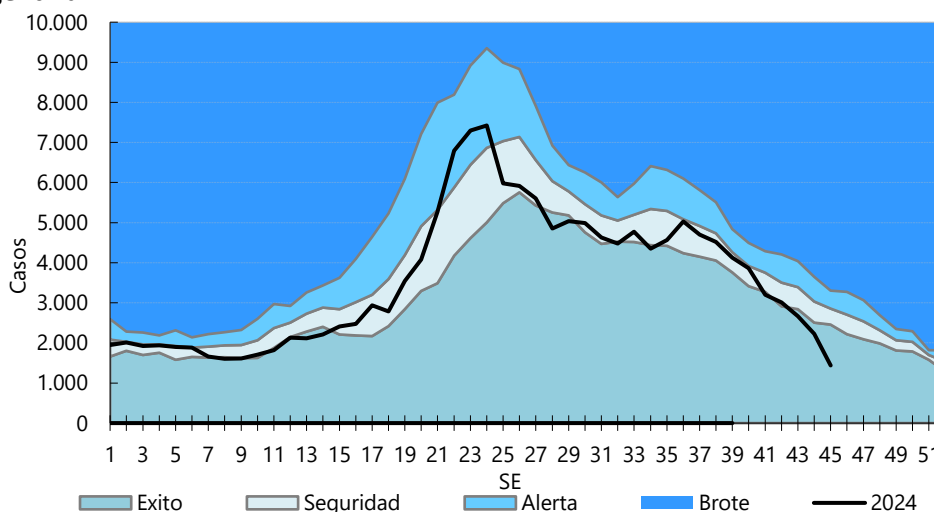
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE45. Total país.¹⁸



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

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

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.¹⁹ SE 1 a 45 de 2024. Argentina.



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

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

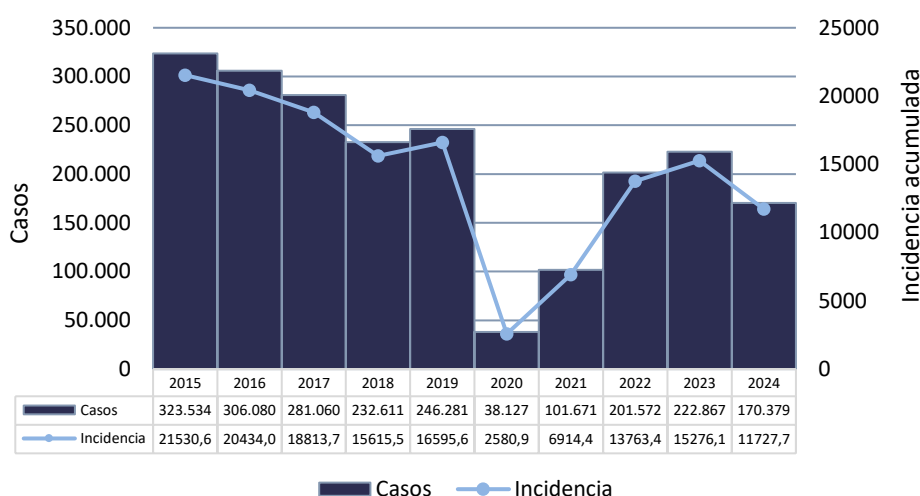
¹⁹ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

BRONQUIOLITIS

Entre las SE 1 y 45 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 170.379 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 11.727,7 casos/100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en los nueve años previos (2015-2023) muestra que el año con mayor número de casos entre SE1-45 fue 2015, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019, con un nuevo descenso y valores inusualmente bajos en 2020 y 2021. Para los años 2022 y 2023 se registra un aumento de las notificaciones de bronquiolitis. En el corriente año 2024 se observa que las notificaciones son menores respecto a registros históricos, superando únicamente las notificaciones de 2020 y 2021.

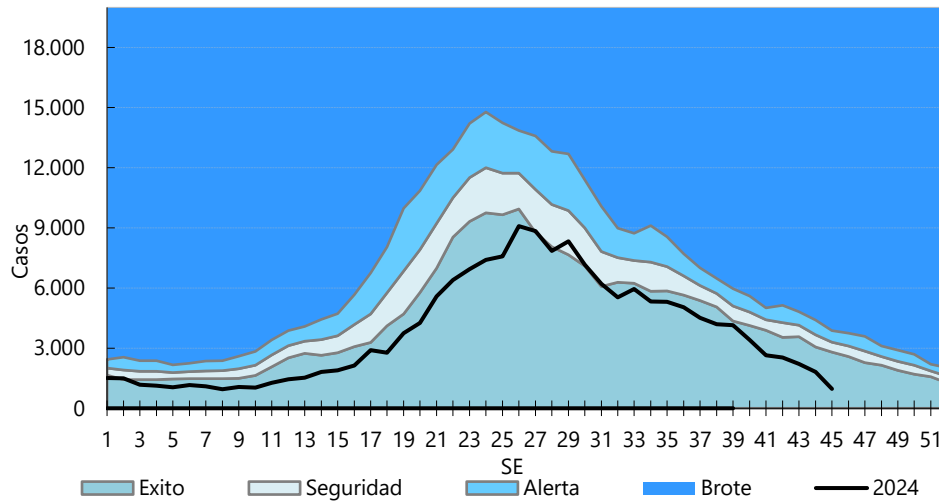
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE45. Total país²⁰.



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

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

²⁰ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 de 2022. A partir de la SE23/2022 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las Bronquiolitis en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las Bronquiolitis en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

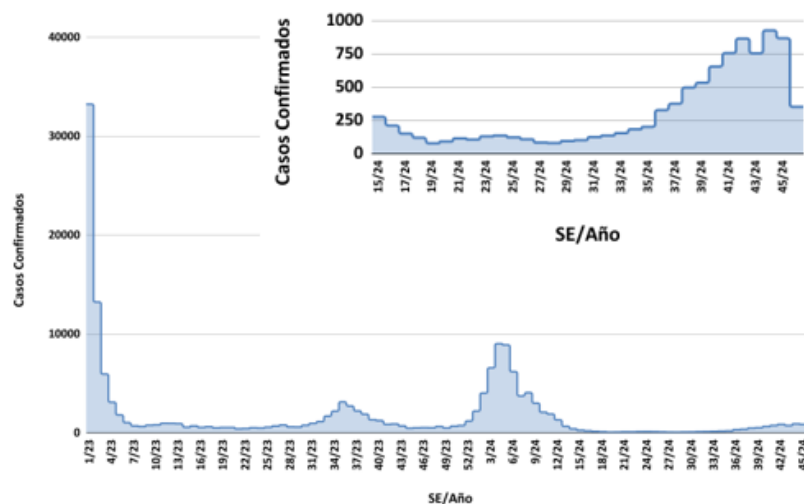
Gráfico 6: Bronquiolitis: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.²¹ SE 1 a 45 de 2024. Argentina.

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

COVID-19

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 46/2024. Argentina.

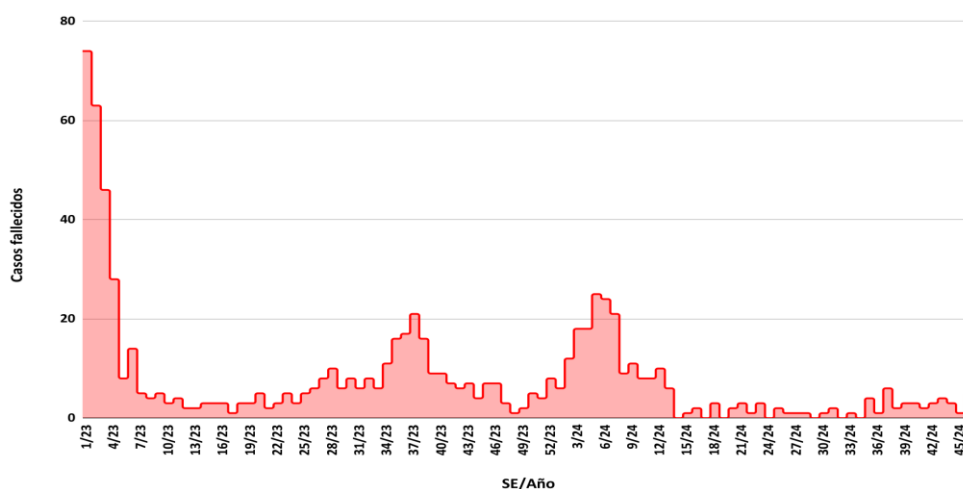
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS^{2.0}.

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

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

máximo en la SE5 de 2024 y posteriormente presentó una tendencia descendente. Durante la SE46/2024, se registran 5 personas fallecidas con diagnóstico de COVID-19²².

Gráfico 8: COVID-19: Casos fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 46/2024. Argentina.



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

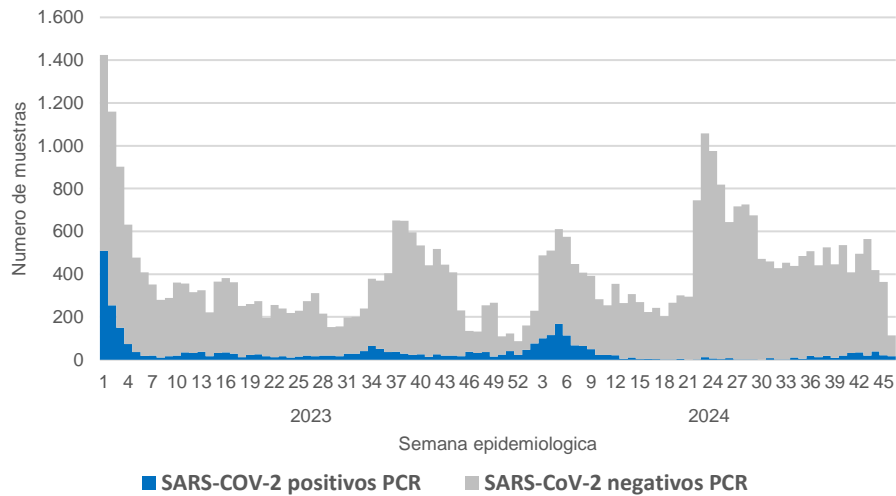
VIGILANCIA DE COVID-19, INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EN UNIDADES DE MONITOREO DE PACIENTES AMBULATORIOS (UMAS)

Desde el inicio del año 2024 hasta la SE46, se registraron en el SNVS2.0, en el evento “Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios”, un total de 20.993 muestras estudiadas por rt-PCR para SARS-COV-2, de las cuales 1198 fueron positivas. Esto representa un ascenso de 16,38% respecto a las muestras estudiadas registradas para el mismo periodo de 2023, aunque con un descenso de 41,25% en las detecciones. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 5,71%.

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 72% 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 SE46/2024, se notificaron 17 casos positivos entre las 113 muestras analizadas por PCR para este agente etiológico.

²² De acuerdo a la estrategia de vigilancia epidemiológica vigente, para el análisis de fallecimientos por COVID-19 se consideran los casos en los que se registre tanto el fallecimiento, así como el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 por las técnicas de laboratorio disponibles en alguno de los eventos para la notificación de IRAs en el SNVS.

Gráfico 9. Muestras positivas y negativas para SARS-COV-2 por técnica PCR, por SE. SE1/2023 a SE46/2024. Estrategia UMA. Argentina.



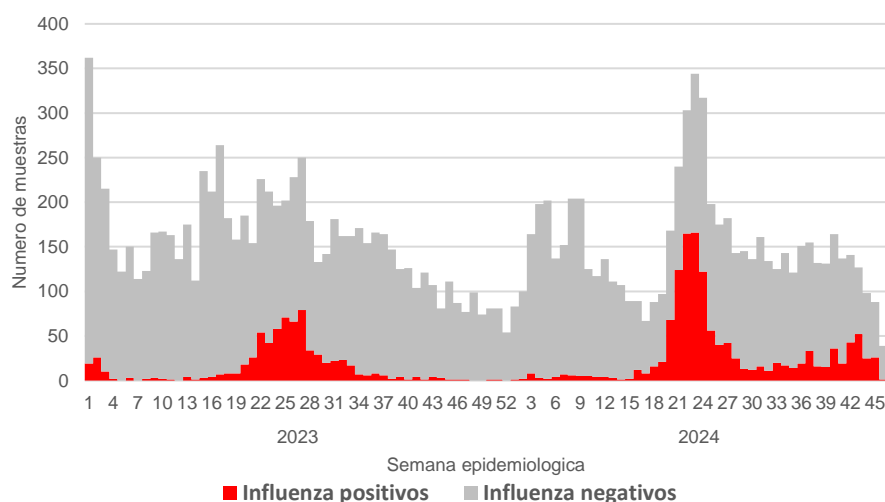
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

Además, desde el inicio de 2024 se estudiaron un total de 6.868 muestras para influenza, de las cuales 1310 resultaron positivas. Si bien las muestras estudiadas para este agente en esta estrategia registran un descenso de aproximadamente el 11,14% en 2024 respecto al mismo período de 2023, se verifica un 84,51% más detecciones de influenza, lo que evidencia la mayor circulación durante el año en curso en el período analizado. La positividad acumulada durante 2024 es de 19,07% 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 45 y 46 se notificaron 27 detecciones de influenza entre las 127 muestras estudiadas.

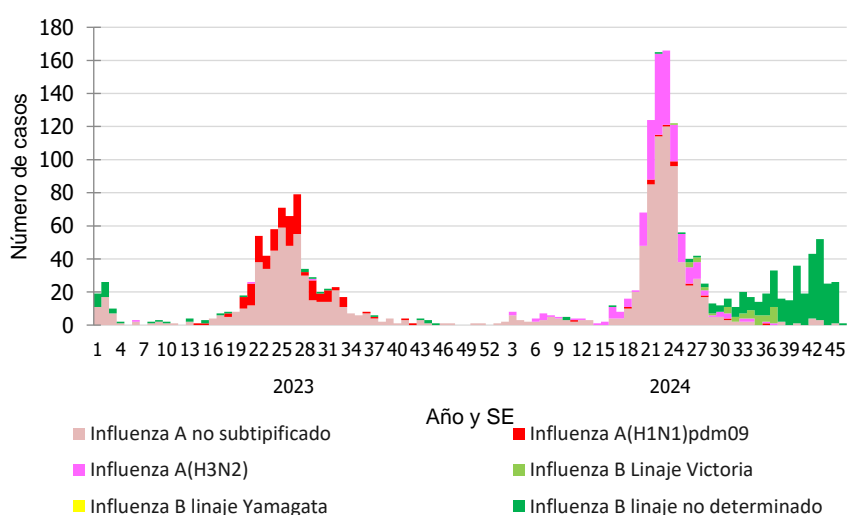
Gráfico 10. Muestras positivas y negativas para influenza, por SE. SE1/2023 a SE46/2024. Estrategia UMA. Argentina.



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= 1310), la mayoría correspondieron a Influenza A (n= 948, 72,37%), mientras que Influenza B se identificó en los 362 casos restantes. Respecto de los virus Influenza A, 271 muestras cuentan con subtipificación, detectándose predominantemente Influenza A (H3N2) (n= 257) y algunos casos de Influenza A (H1N1) pdm09 (n= 14). Entre los casos de influenza B detectados en la estrategia UMA en el periodo analizado, 45 fueron identificados como Influenza B Victoria, el resto correspondieron a Influenza B sin identificación de linaje.

Gráfico 11. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica – SE1/2023 a SE46/2024. Estrategia UMA. Argentina.

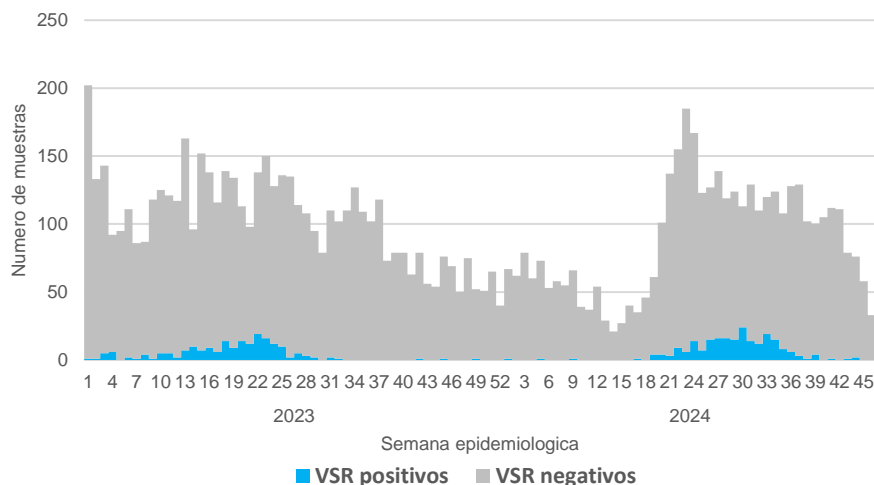


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En cuanto a VSR, se registraron 4.076 muestras estudiadas en lo que va de 2024, con un total de 223 positivos para VSR durante 2024 en UMAs y una positividad acumulada de 5,47%. Se verifica un ascenso de las detecciones de VSR a partir de la SE19, con aproximadamente el 75% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En las

dos últimas semanas analizadas (SE45 y 46), no se notificaron casos de VSR entre las 91 muestras estudiadas.

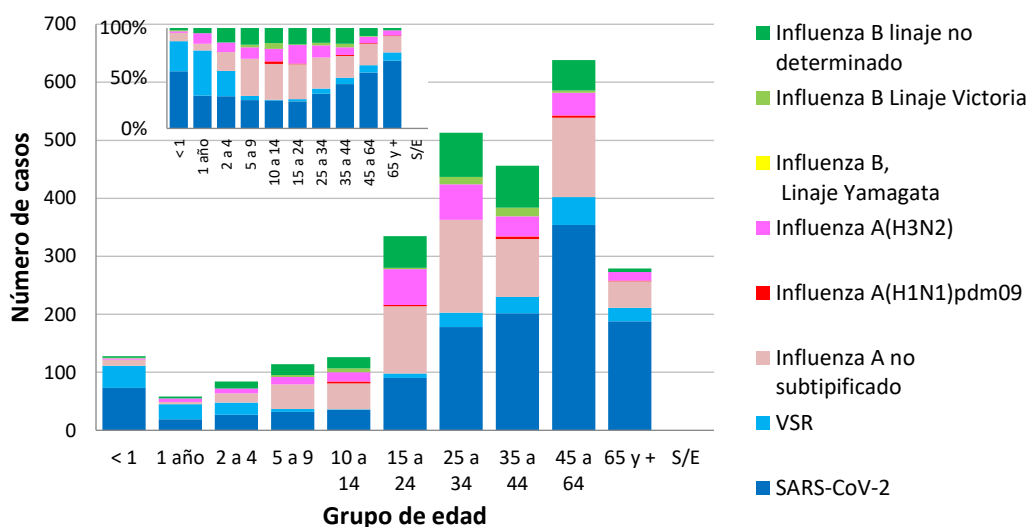
Gráfico 12. Muestras positivas y negativas para VSR por SE. SE1/2023 a SE46/2024. Estrategia UMA. Argentina.



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 SE46/2024. Estrategia UMA. Argentina.



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

VIGILANCIA DE SARS COV-2, INFLUENZA Y VSR EN PERSONAS INTERNADAS

Entre SE01 y SE46 de 2024, en términos acumulados, se notificaron 6026 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. **Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 14,14% 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 58% 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 125 casos semanales en las últimas 5 semanas analizadas (49 casos notificados en hospitalizados para la SE46).

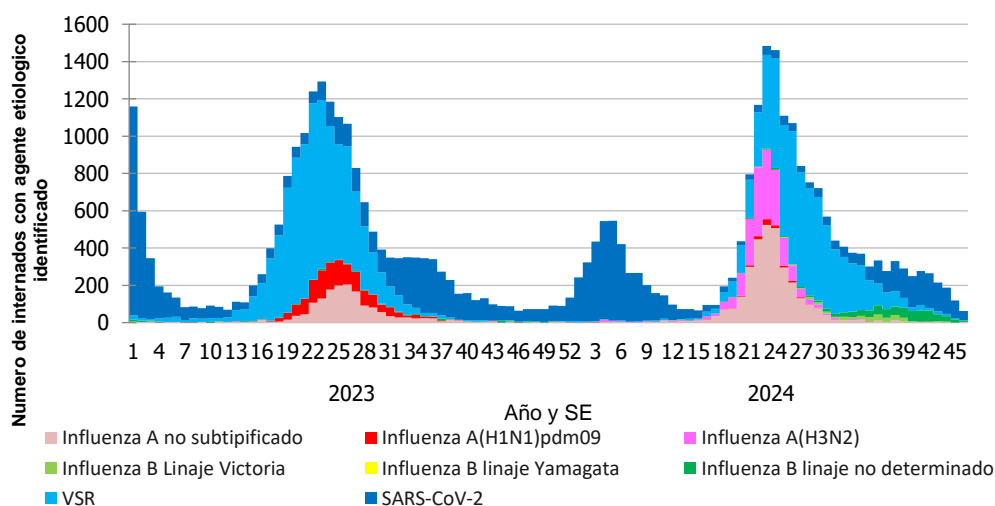
Adicionalmente, en lo que va de 2024, se registraron 6133 detecciones positivas para virus **influenza** en internados. Esto representa un ascenso del 101,35% respecto de las notificaciones registradas para el mismo período de 2023.

A partir de la SE16 se registra un incremento de las detecciones semanales de influenza en hospitalizados, que alcanzan su máximo en SE23 (con 934 casos) y posteriormente descienden. El 81% 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 detecciones tanto de Influenza A como B, aunque con predominio de influenza B desde la SE32 en adelante. En la SE46/2024 se registraron 10 casos de influenza en personas hospitalizadas.

Respecto a **VSR**, desde SE1/2024 a SE46/2024 se notificaron 7223 casos hospitalizados positivos para VSR, con un **descenso del 20,57% 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 (SE46), se registraron 3 casos de VSR en hospitalizados.

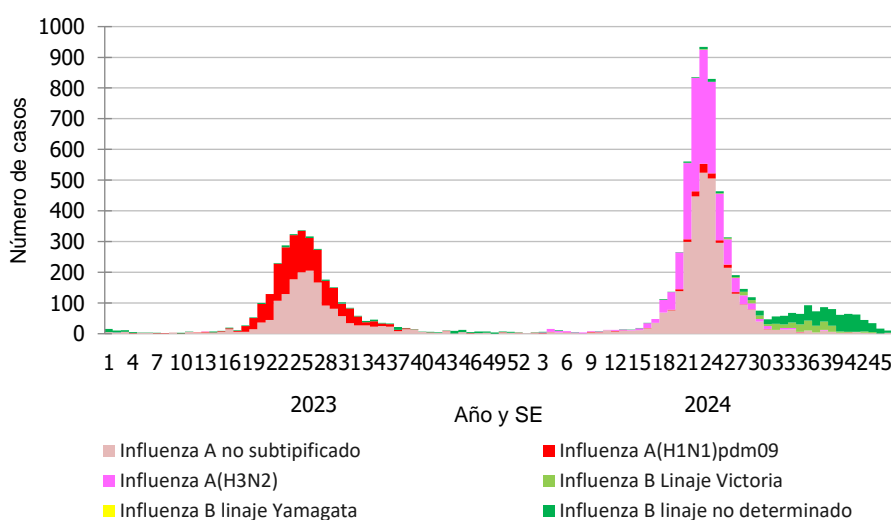
Gráfico 14. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2023 a SE46/2024. Argentina.



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 6133 detecciones de influenza, 5210 fueron influenza A (84,95%) y 923 influenza B (15,05%). Respecto de los virus Influenza A, 2057 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales la mayoría correspondieron a **influenza A (H3N2) (n= 1938, 94,21%)**, mientras que las 119 muestras restantes fueron identificadas como influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 243 muestras fueron identificadas como Influenza B Victoria, en tanto que las demás muestras permanecen como Influenza B sin linaje.

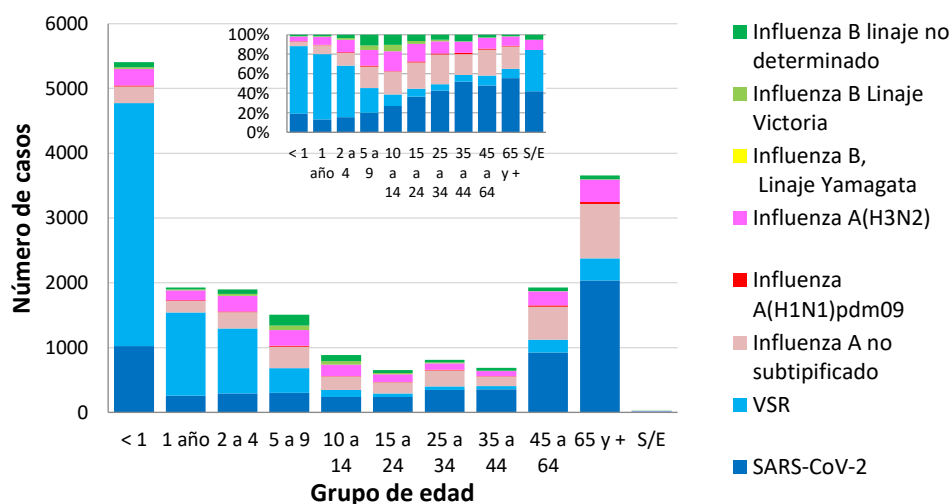
Gráfico 15. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE1/2023 a SE46/2024. Argentina.



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 SE46/2024.



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 01-46 del año 2024, se notificaron al SNVS 2.0 182 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.²³

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, con un descenso posterior.

Si bien el número de casos de SARS-CoV-2 por SE en lo que va de 2024 es menor en comparación con años previos, se observó un ascenso de las detecciones durante las primeras semanas del año, con el 84% de los casos registrados en el año concentrados entre las SE1 a SE12. Durante ese aumento de casos, el periodo de mayor detección se dio entre las SE03 y SE06, con un promedio de 7113 casos y un máximo de 8460 en la SE04. Posteriormente, se registró un descenso de las detecciones, que se mantuvieron por debajo de los 130 casos semanales entre las SE17 y SE31 (mínimo de 70 en la SE19 y un máximo de 126 en la SE24). A partir de la SE32 y hasta la última semana analizada, las detecciones de SARS-CoV-2 presentan un ascenso, con un máximo de 793 casos en la SE44.

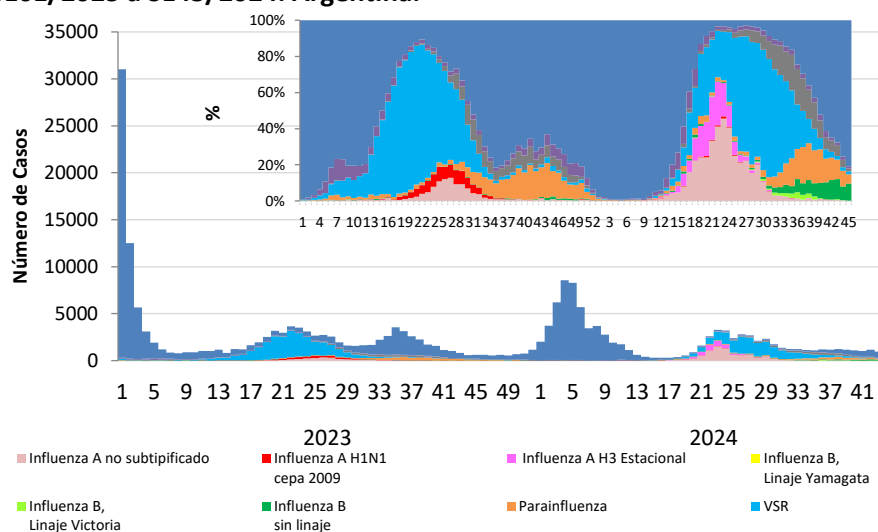
Para el año 2024, se destaca un ascenso pronunciado de las notificaciones de influenza desde SE16 a 23 (máximo de 2146 casos), registrándose predominantemente casos de influenza A sin subtipificar/A H3N2, con un menor número de detecciones semanales en las siguientes semanas. Si bien se detectaron casos durante todas las semanas del año, aproximadamente el 84% de lo reportado corresponde al periodo comprendido entre SE18 y SE30. Entre las SE 31 y 45 se observa una disminución en el número de casos en comparación con el período previo, con una estabilidad promedio de alrededor de 110 casos semanales. Sin embargo, se registra un cambio en el tipo identificado, predominando el tipo B (linaje Victoria), el cual muestra un aumento 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 SE45 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.

²³ 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.

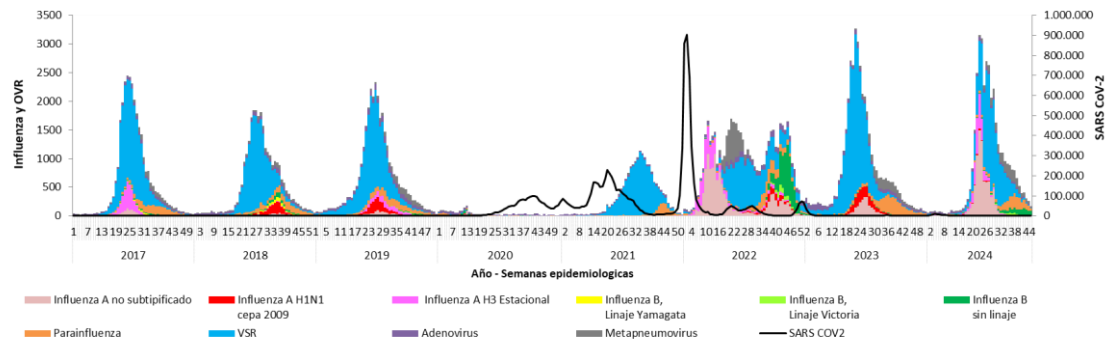
Gráfico 17. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2023 a SE45/2024. Argentina.

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

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.

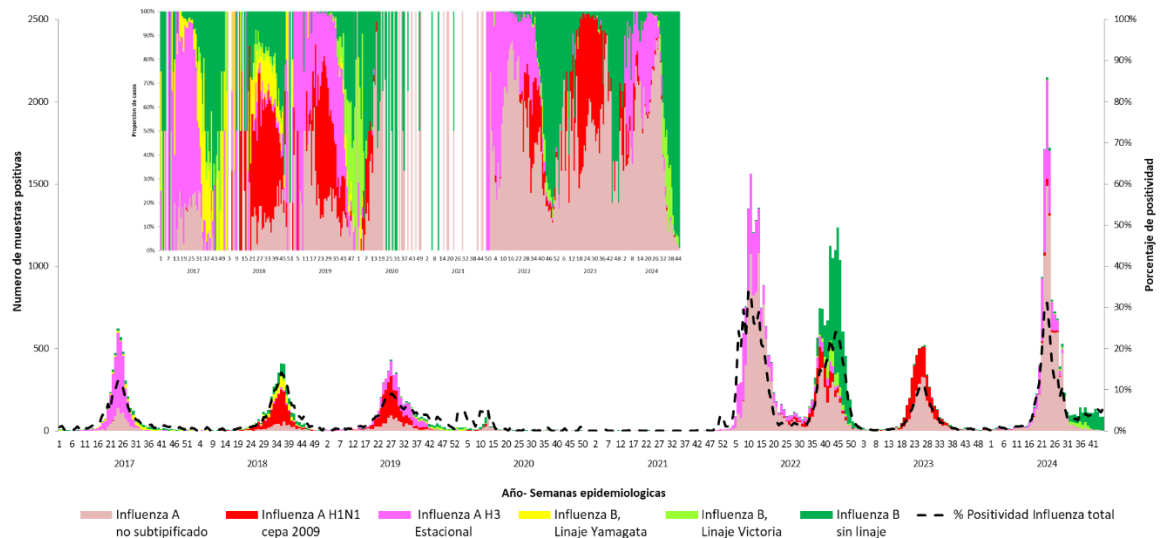
Durante el año 2023, el VSR presentó una actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22. El número de detecciones positivas para parainfluenza fue mayor al de todos los años históricos 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- SE45/2024. Argentina.



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

Gráfico 19. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE45/2024. Argentina.



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

VARIANTES DE SARS-COV-2

Situación mundial

A nivel mundial, durante el periodo de 28 días comprendido entre el 16 de septiembre y el 13 de octubre de 2024, se compartieron 24.694 secuencias de SARS-CoV-2 a través de GISAID. En comparación, en los dos periodos anteriores de 28 días, se compartieron 39.101 y 46.631 secuencias, respectivamente.²⁴

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) designa 2 variantes de interés (VOI), BA.2.86

²⁴ COVID-19 epidemiological update – 6 de noviembre de 2024. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

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^{25,26}.

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

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

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

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

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

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

Situación nacional

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

Entre las SE5 y 12 de 2024, se notificaron al SNVS 351 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales JN.1 se identificó en un 78,63% (n= 276), seguida de BA.2.86* en un 10,26% (n=36). En relación a las VUM, en ese periodo se registraron 9 detecciones de JN.1.7 (2,56% de las muestras) (*Indica la inclusión de linajes descendientes)^{27,28}

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

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

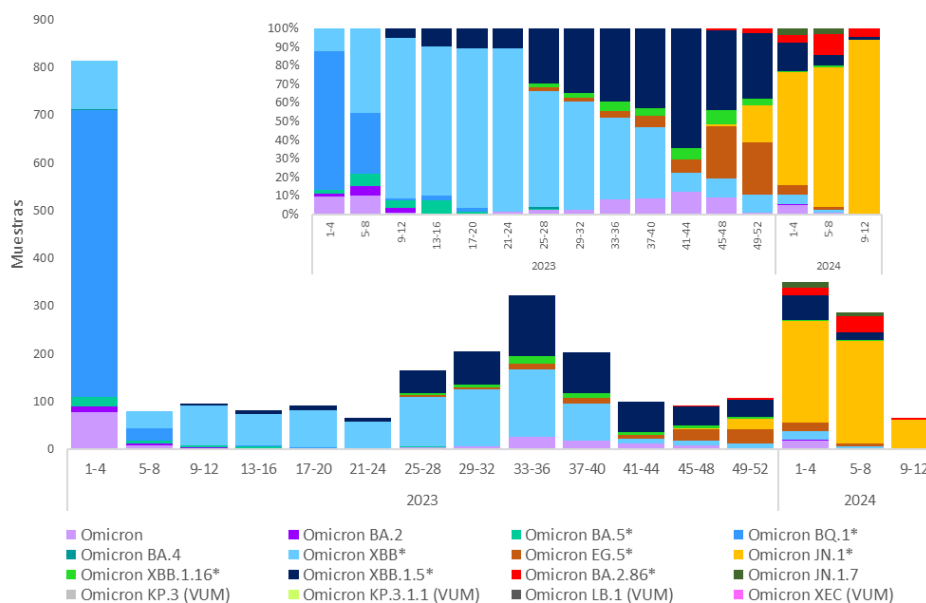
²⁵ OMS- Tracking SARS-CoV-2 variants-. <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

²⁶ Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for-sars-cov-2-variants>

²⁷ 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.

²⁸ Información nacional actualizada el 6 de noviembre de 2024

Gráfico 20: Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrisesmanas. SE01/2023- SE12/2024.Total país²⁹.



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

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

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

- 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)

²⁹ Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS³⁰

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

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

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

Por países: En Canadá, la actividad del SARS-CoV-2 se mantiene en niveles elevados en comparación con olas previas, aunque con una tendencia decreciente. La actividad de la influenza sigue por debajo del umbral epidémico, mientras que la actividad del VRS se mantiene en niveles bajos, con un ligero ascenso. En México, los casos de ETI e IRAG han continuado en descenso durante las últimas cuatro SE, manteniéndose en niveles epidémicos. La mayoría de los casos positivos se atribuyen a SARS-CoV-2, que muestra una tendencia descendente, seguido por influenza que se mantiene fluctuante por debajo del umbral epidémico. La actividad del VRS ha mostrado un pronunciado ascenso aunque con niveles por debajo de los máximos observados en olas previas. En Estados Unidos, la tasa de hospitalizaciones asociadas a SARS-CoV-2 por cada 100,000 habitantes ha disminuido en las últimas cuatro SE. Los casos de ETI, aunque en niveles bajos, han mostrado una tendencia creciente. Los niveles de positividad para SARS-CoV-2, tras alcanzar valores similares a los picos observados en la temporada 2023-2024, han mostrado una tendencia descendente en las últimas cuatro SE, situándose en niveles bajos. La actividad de la influenza, aunque en ascenso, se mantiene por debajo del umbral epidémico. La actividad del VRS ha mostrado un claro ascenso en las cuatro últimas SE.

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

Por países: En las últimas cuatro SE, se ha observado actividad de influenza en Belice y Jamaica. Asimismo, se ha registrado actividad de SARS-CoV-2 en Haití y Barbados. Adicionalmente, se ha detectado actividad de VRS en Belice, República Dominicana, Jamaica, Barbados, Islas Caimán, Guyana y San Vicente y las Granadinas. En República Dominicana se ha observado un incremento en la positividad del VRS alcanzando valores máximos similares a los observados en olas previas. Los

³⁰ 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>

casos de IRAG se han mantenido en niveles por debajo del umbral epidémico. En Haití se ha observado un pronunciado incremento en la positividad de SARS-CoV-2. Los casos de IRAG se mantienen por debajo del umbral epidémico. En Jamaica, los casos de IRAG se muestran fluctuantes en torno al umbral epidémico. Los casos de neumonía se encuentran en niveles moderados. Durante las cuatro últimas SE, se ha observado un aumento en la actividad de influenza, que ha superado el umbral epidémico, así como en la actividad de VRS. En Guyana, los casos de ETI e IRAG han mostrado un ligero incremento en las cuatro últimas SE, con un aumento en la proporción de casos positivos a VRS.

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

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

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

Por países: En Bolivia los casos de ETI e IRAG se mantienen en niveles bajos, estos últimos por debajo del umbral epidémico. La actividad de VRS y SARS-CoV-2 se mantiene baja mientras que la actividad de influenza se mantiene fluctuante en torno al umbral epidémico. En Colombia, la actividad de IRA (Infección Respiratoria Aguda) e IRAG ha mostrado un descenso, situándose por debajo del umbral

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

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

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

INFORMES ESPECIALES

TRIQUINOSIS

INTRODUCCIÓN

La triquinosis o trichinellosis es una zoonosis parasitaria causada por las larvas y parásitos adultos del género *Trichinella* spp. que afecta al ser humano, mamíferos domésticos, silvestres, aves y reptiles. Se transmite a las personas de modo accidental por la ingestión de carne o derivados cárnicos crudos o mal cocidos que contienen larvas musculares viables de *Trichinella* spp. En Argentina, la principal fuente de infección para el ser humano es el cerdo, aunque también existen otras, como el jabalí o el puma. La modalidad de presentación de la trichinellosis es en forma de brotes en las personas y de focos en los porcinos. Por lo general, los brotes se han asociado a cerdos en deficientes condiciones sanitarias de crianza y ausencia de controles en la faena (Msal, 2021). El carácter de emergencia parasitaria que tiene la enfermedad en el ser humano requiere que los servicios de salud y de sanidad animal tomen medidas para intervenir con la mayor urgencia posible. El tratamiento temprano e inmediato de las personas expuestas disminuye la probabilidad de desarrollo de las formas graves de la enfermedad y, por otro lado, el decomiso de los alimentos posiblemente contaminados previene el riesgo de enfermar de la población general (Msal, 2022).

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Los casos y brotes de triquinosis constituyen eventos de notificación obligatoria (ENO) según la Resolución 1.715/2007 que actualiza las Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria en el marco de la Ley 15.465. La estrategia de vigilancia es universal clínica, de laboratorio e investigación epidemiológica, con una modalidad individual y periodicidad inmediata. Los brotes se deben notificar a la autoridad inmediata superior y desde las direcciones provinciales al nivel nacional mediante el instrumento específico para brotes: Formulario de notificación de brote.

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

- **Caso sospechoso:** Paciente con antecedente de haber ingerido carne de cerdo o de animal silvestre y/o sus productos, subproductos y derivados hasta 45 días antes del inicio de los síntomas y que presente fiebre y uno o más de los siguientes signos o síntomas: edema facial y/o periorbital, mialgias, conjuntivitis tarsal bilateral, y/o diarrea, eosinofilia y/o enzimas musculares elevadas (LDH, CPK, etc).
- **Caso probable:** Caso sospechoso con prueba de tamizaje serológico (ELISA) positivo o indeterminado o con títulos de Inmunofluorescencia Indirecta (I.F.I.) mayor o igual a 1/64 en una muestra tomada entre los 5 y los 45 días posteriores al inicio de los síntomas.
- **Caso confirmado:** Caso probable o sospechoso con diagnóstico inmunológico confirmatorio positivo: Western blot positivo en una muestra tomada entre los 5 y los 45 días post inicio de los síntomas, o conversión serológica por I.F.I. en muestras pareadas tomadas entre 5 y 45 días post inicio de los síntomas.
- **Caso confirmado por nexo epidemiológico:** Caso sospechoso en el que se haya podido establecer una fuente común con un caso confirmado por laboratorio.
- **Caso descartado:** Caso probable o sospechoso con resultado negativo de IFI o Western blot en una muestra obtenida al menos 45 días después del inicio de los síntomas.

Definiciones de brote (Msal, 2022):

- **Brote con sospecha de triquinosis:** Identificación de dos o más casos sospechosos relacionados por lugar, tiempo o sospecha de fuente común.
- **Brote confirmado de triquinosis:** Identificación de dos o más casos relacionados en el que al menos uno se haya confirmado por laboratorio y en el que se haya podido establecer una fuente común.

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

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/eventos-de-notificacion-obligatoria>

NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de la triquinosis comprende los datos registrados en el SNVS 2.0 desde la SE 01 a la SE 46 de 2024.

Los casos se clasificaron según las clasificaciones manuales registradas en el SNVS 2.0: confirmado (incluye confirmado y confirmado por nexo epidemiológico), probable, descartado y sospechoso.

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

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

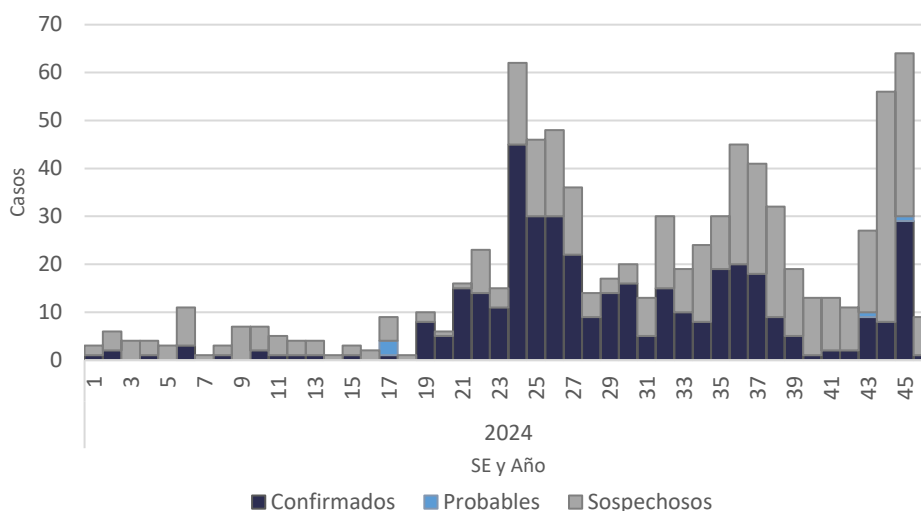
La información de brotes recibida a través del Formulario de notificación de brote enviado por las jurisdicciones desde la SE 01 2024 a la SE 46 del 2024, contiene la información de los brotes notificados según localidad y provincia de ocurrencia del brote.

SITUACIÓN DE TRIQUINOSIS EN ARGENTINA

Ante el reporte de nuevos casos y brotes de triquinosis, principalmente por parte de la provincia de Córdoba, se actualiza la situación epidemiológica publicada en el Boletín epidemiológico Nacional N°723 SE38/2024. Se destaca la importancia del abordaje integral e interinstitucional para la prevención y el control de la enfermedad.

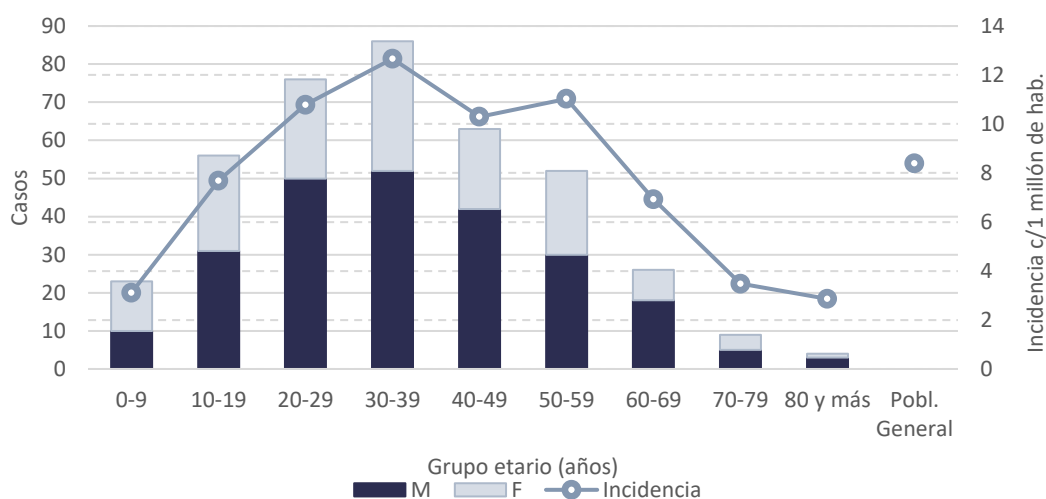
Durante el periodo bajo análisis, de SE 01 a SE46 de 2024, se registraron en el evento Triquinosis del SNVS^{2.0} 853 casos sospechosos notificados, de los cuales 395 fueron confirmados, 5 probables, 16 descartados y los 437 restantes permanecen clasificados como sospechosos (muchos de ellos asociados a brotes en curso en investigación).

En la curva de casos (Gráfico 1) se observa un aumento de los confirmados a partir de la SE 19, con un pico de 45 casos en la SE 24, para luego descender hasta la SE 39. En la SE 43 se observa un nuevo aumento de los confirmados, coincidiendo con un aumento de las sospechas.

Gráfico 1. Triquinosis: Casos confirmados, probables y sospechosos por semana epidemiológica, SE 01/2024 a SE 46/2024, Argentina. (n=837)

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

De los 395 casos confirmados, el 61% correspondió al sexo masculino, mientras que el 39% restante a sexo femenino. Respecto a la distribución por edad, la mediana de edad de los confirmados al momento del diagnóstico fue de 35 años (mín: 2; máx: 87), concentrando el 57% de los casos (225) en los grupos etarios de 20 a 49 años. Los grupos de 30-39 y 50-59 presentan las incidencias acumuladas más altas, con 12,7 y 11 casos confirmados cada un millón de habitantes respectivamente. Los grupos de 20 a 59 años superan la tasa en población general, siendo esta última hasta el momento de 8,4 casos confirmados cada un millón de habitantes.

Gráfico 2. Triquinosis: casos confirmados e incidencia acumulada cada un millón de habitantes según sexo y grupo etario, SE 01/2024 a SE 46/2024, Argentina. (n=395)

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

De los 395 confirmados para el período, el 76,7% (303) ocurrieron en la región Centro, en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. La región Cuyo reportó el 20,3% (80) de los casos, seguida por el NOA con el 2,5% (10). El 0,5% de los casos restantes corresponde a los reportados por la región Sur (2).

Tabla 1. Triquinosis: casos notificados según clasificación y jurisdicción, SE 01 a 46 de 2024, Argentina.

Jurisdicción	Confirmados	Probables	Descartados	Sospechosos	Notificados
Buenos Aires	138	3	3	162	306
CABA	0	0	0	6	6
Córdoba	88	2	0	165	255
Entre Ríos	0	0	1	5	6
Santa Fe	77	0	8	39	124
Total Centro	303	5	12	377	697
Mendoza	76	0	1	33	110
San Juan	0	0	0	3	3
San Luis	4	0	1	15	20
Total Cuyo	80	0	2	51	133
Catamarca	0	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0
Salta	0	0	0	0	0
Total NEA	0	0	0	0	0
Catamarca	1	0	0	0	1
Jujuy	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0
Salta	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	9	0	0	1	10
Tucumán	0	0	0	0	0
Total NOA	10	0	0	1	11
Chubut	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	3	3
Neuquén	0	0	2	3	5
Río Negro	0	0	0	1	1
Santa Cruz	2	0	0	1	3
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0
Total Sur	2	0	2	8	12
Total País	395	5	16	437	853

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

De los 395 casos confirmados para el período analizado, el 38,2% (151) tenía consignado al menos un antecedente epidemiológico. De estos, el 84,1% (127) registró consumo de chacinados embutidos o no embutidos y el 29,1% (44) registró consumo de carne de cerdo. Por otro lado, el 13,9% (21) tenía consignado el antecedente de consumo de alimento de fuente común con otro caso de triquinosis.

ACTUALIZACIÓN BROTES DE TRIQUINOSIS

Los brotes de cualquier etiología forman parte de los eventos de notificación obligatoria (Resolución 2827/2022). La notificación de brotes la realizan las áreas de epidemiología jurisdiccionales a la Dirección Nacional de Epidemiología a través del Formulario de Notificación de Brote.

Se recuerda que todos los brotes deben notificarse a la Dirección Nacional de Epidemiología a través del Formulario de Notificación de Brote.

Entre las SE 1 y 46 del año 2024 se notificaron, mediante el Formulario de Notificación de Brotes e informes enviados a la Dirección de Epidemiología y a la Coordinación Nacional de Zoonosis, 23 brotes de triquinosis: 11 de Córdoba; 6 de Buenos Aires; 2 de Santa Fe; 3 de Mendoza y 1 de Santiago del estero. En la Tabla 2 se muestra una actualización de la información reportada donde se incluyen los brotes ocurridos en distintas localidades de la provincia de Córdoba entre la SE41 y la SE46³¹.

³¹ Comunicación del Ministerio de Salud de Córdoba:
<https://ministeriodesalud.cba.gov.ar/brotos-de-triquinosis-en-distintas-localidades-de-la-provincia-de-cordoba/>

Tabla 2 - Brotes de triquinosis por semana epidemiológica (SE) según provincia y localidad/es afectadas. Año 2024, SE1 a SE46.

Provincia / Localidad	Número de Brotes	SE de fecha de inicio de brote	Activo
Mar del Plata	1	24	no
J. B. Alberdi	1	25	no
Necochea	1	26	no
Guaminí	1	27	no
Saladillo	1	35	no
Bavio	1	37	no
Total Buenos Aires	6		
Rio Tercero	1	9	no
Chucul	1	30	no
Villa Allende/Unquillo	1	34	no
Villa San Esteban	1	37	no
Salsipuedes	1	38	no
Córdoba	1	41	si
Las Arrias	1	42	no
Costa Sacate	1	43	si
Los Molinos	1	43	si
Rio Cuarto	1	43	si
Almafuerte	1	44	si
Total Córdoba	11		
El Chacal, Chapanay y Palmira	1	24	no
Pedriel, Luján de Cuyo y zona oeste de G. Cruz	1	29	no
La Primavera, (Gillén), Rodeo de Medio (Maipú)	1	33	no
Total Mendoza	3		
Funes, Roldan	1	19	no
Acebal	1	21	no
Total Santa Fe	2		
Paraje Santa Rita	1	31	no
Total Santiago del Estero	1		
Total País	23		

Fuente: Formulario de Notificación de Brotes.

PREVENCIÓN

Medidas de prevención general

- Consumir carne fresca de cerdo (o de animales silvestres tales como puma o jabalí), cocinándola completamente, hasta que desaparezca el color rosado de la carne y no pierda más jugo (la temperatura interna debe ser de 71 grados centígrados por al menos un minuto). Tener en cuenta que salar o ahumar la carne no es suficiente para eliminar al parásito.
- Adquirir los productos derivados, chacinados y embutidos (como jamón, panceta, longaniza, chorizos) solamente en comercios habilitados. Verificar en la etiqueta que hayan sido

elaborados por empresas autorizadas donde se especifique marca, identificación del lote, fecha de elaboración y vencimiento, identificación del establecimiento elaborador y registro ante la autoridad sanitaria (RNE y RNPA).

- Elaborar chacinados y salazones con materia prima libre de triquinosis. Si utiliza carne de animales de caza o de cerdos de faena domiciliaria, tomar una muestra de músculo para realización de la prueba de digestión artificial en el laboratorio. Sólo podrá utilizarse esa materia prima una vez de tener resultado negativo para dicha prueba. Los embutidos, chacinados y salazones procedentes de la faena domiciliaria de cerdos no deben ser destinados a la venta.

Medidas ante la identificación de casos sospechosos

- Identificar a todas las personas expuestas con el fin de disponer en cada caso las acciones médicas que correspondan (diagnóstico, evaluación clínica y tratamiento).
- La sospecha de los primeros casos surge a partir de los signos clínicos como el edema facial y/o periorbitario, fiebre, mialgias, luego de varios días de diarrea y signos gastrointestinales, asociados a un incremento de eosinófilos en sangre y de enzimas musculares en suero.
- Se recomienda la asociación de antihelmínticos y glucocorticoides. La etapa más eficaz para el tratamiento es durante la fase intestinal. Una vez que las larvas migraron a los músculos, rara vez el tratamiento puede ser efectivo. Para mayor información sobre el tratamiento consultar la “Guía para la prevención y el control de la Triquinosis” (Link disponible al final del documento).
- Recordar la importancia de la notificación temprana, fehaciente y oportuna a la autoridad sanitaria correspondiente ante la presencia de casos sospechosos.

Investigación alimentaria

- Identificar la fuente de infección (carne fresca o subproductos de origen porcino u otra especie, establecimiento, comercio o finca problema). Dar intervención inmediata a las Instituciones o Servicios extrasectoriales que tienen incumbencia en el control del foco.

Medidas ante contactos con alimento positivo

- Ante el consumo de carne con un examen positivo para *Trichinella spp.*, la profilaxis post exposición (PPE) dentro de los 6 días de la exposición alimentaria puede prevenir el desarrollo de la trichinellosis clínica. Se recomienda la administración de mebendazol como PPE a todas las personas con exposición a carne que contenga larvas de *Trichinella* viables en un contexto de brote. La decisión de recomendar PPE no debe basarse en los síntomas sino en la exposición potencial.

Guía para la prevención y control de la triquinosis/trichinellosis:
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/infoleg/res3517-376683.pdf>

Para más información, consultar en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/triquinosis>

Referencias Bibliográficas

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

Ministerio de Salud de la Nación. (2021). Guía para la prevención y el control de la Triquinosis/Trichinellosis en la República Argentina.

**ALERTAS Y
COMUNICACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
INTERNACIONALES**

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

A continuación, se mencionan los eventos de mayor relevancia que han sido compartidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 18 al 24 de julio del 2024.

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA DETECCIÓN DEL CLADO I DE MPOX EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS 19 DE NOVIEMBRE DEL 2024

Ante la reciente identificación del primer caso importado del clado I del virus de mpx en la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reitera a los Estados Miembros a que se mantengan vigilantes ante la posibilidad de introducción de esta variante en los países de la Región, que continúen con sus esfuerzos de vigilancia incluyendo la secuenciación genómica de los casos detectados, con especial énfasis en grupos de mayor riesgo.

RESUMEN DE LA SITUACIÓN

A nivel global, desde enero del 2022 hasta el 31 de octubre del 2024, se notificaron 115.101 casos confirmados de mpx, incluidas 255 defunciones, en 123 Estados Miembros de las seis Regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En octubre del 2024, el número de nuevos casos notificados mensualmente disminuyó en un 11%, en comparación con el mes de septiembre. La mayoría de los casos notificados en octubre fueron reportados en la Región de África (71%) y la Región del Pacífico occidental (11,6%) (1). Durante el mes de octubre, 44 países han notificado casos de mpx, 26 de los cuales informaron un aumento en los recuentos de casos mensuales. Tres países notificaron su primer caso de mpx: Mauricio, Zambia y Zimbabwe (1). En cuanto a la situación en África, desde el 1 de enero de 2022, 23 Estados Miembros en la Región de la OMS de África han notificado a la OMS casos de mpx. Hasta el 10 de noviembre del 2024, se han notificado un total de 14.582 casos confirmados en laboratorio, incluidas 76 muertes (1). Durante el 2024 y hasta el 16 de noviembre de 2024, 19 países habían notificado 12.178 casos confirmados, incluidas 53 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos en 2024 son la República Democrática del Congo (n= 9.457), Burundi (n= 1.863) y Uganda (n= 443).

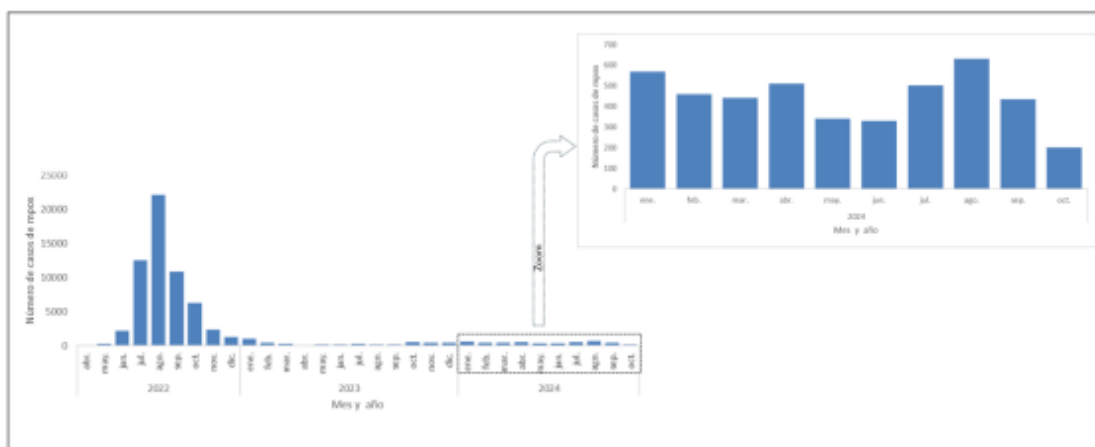
El **clado Ib**, que fue reportado en la República Democrática del Congo, del cual se identificaron casos en Burundi, Kenya, Rwanda, Uganda, Zambia y Zimbabwe, y que está relacionado con la declaración del Director General de la OMS de la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), realizada el 14 de agosto del 2024 (2), **ha sido identificado fuera de África en: Alemania (n= 1 caso), la India (n= 1 caso), los Estados Unidos (n= 1 caso), el Reino Unido (n= 4 casos), Suecia (n= 1 caso) y Tailandia (n= 1 caso)** (3 - 9). Fuera de África, la transmisión secundaria de mpx debida a MPXV clado Ib sólo ha sido registrada en el Reino Unido, donde se confirmaron tres casos secundarios entre los contactos domésticos del primer caso de mpx clado Ib en el Reino Unido (6).

SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Desde mayo del 2022 hasta la semana epidemiológica (SE) 44 del 2024, se notificaron 66.290 casos confirmados de mpx, incluidas 150 defunciones en 31 países y territorios de la Región de las Américas (9). Desde la última actualización epidemiológica de mpx de la OPS/OMS del 29 de octubre del 2024 se notificaron 414 casos de mpx adicionales en la Región y se identificó por primera vez el clado I en los Estados Unidos (5, 10 -18). El 16 de noviembre los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) notificó la detección de un caso confirmado de mpx clado I. El caso fue diagnosticado en una persona que viajó recientemente al este de África (5). La persona fue tratada poco después de regresar a los Estados Unidos en un centro médico local y fue dada de alta. Desde entonces, la persona se ha aislado en su casa, no está recibiendo tratamiento específico para mpx y los síntomas están mejorando (5). Con base en su

historial de viajes y síntomas, se analizaron muestras del paciente y se confirmó la presencia de mpox clado I (5). Las muestras se están enviando a los CDC para una caracterización viral adicional. Además, los CDC están trabajando con el estado para identificar y hacer un seguimiento de los posibles contactos (5). En la Región de las Américas, la mayor proporción de casos de mpox se registró durante el año 2022 (87%), 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 (Figura 1) (10).

Figura 1. Casos confirmados de mpox según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Región de las Américas, hasta la semana epidemiológica (SE) 44 del 2024,



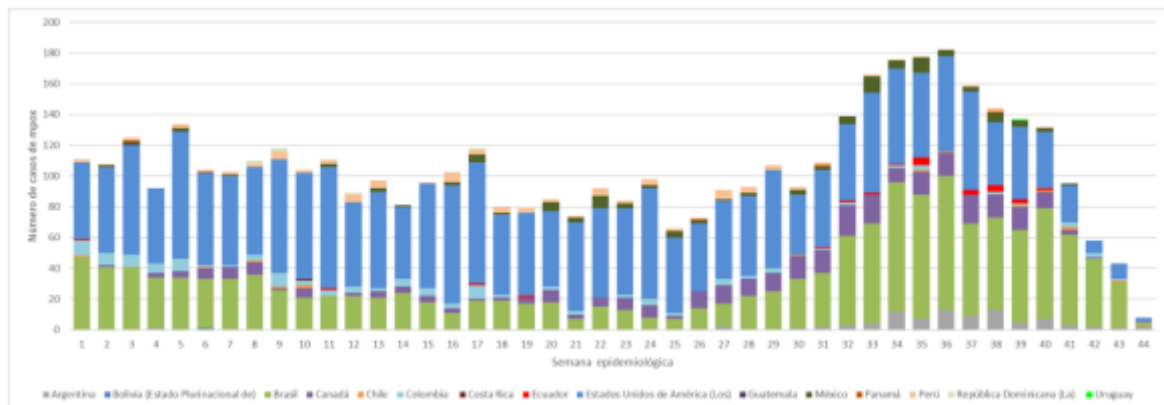
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Tablero de casos de mpox - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 13 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/> y Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de datos de mpox Región 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 19 de noviembre del 2024]. Inédito (10, 19).

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 ($n= 34.187$ casos, incluidas 63 defunciones), seguido de Brasil ($n= 12.968$ casos, incluidas 16 defunciones), Colombia ($n= 4.279$ casos), México ($n= 4.184$ casos, incluidas 35 defunciones) y Perú ($n= 3.949$ casos, incluidas 23 defunciones) (19). De 61.512 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 ($n= 58.966$ casos) y el 40% de los casos se encuentra en el grupo de entre 30 a 39 años ($n= 24.335$ casos) siendo la mediana de edad 33 años, con un rango de edad entre 0 y 95 años. Adicionalmente, se registran 759 casos confirmados en menores de 18 años en 16 países de la Región (1,2% de los casos). De 22.498 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 (19). Respecto a las hospitalizaciones de los 52.044 casos de mpox con información disponible, el 8% fueron hospitalizados ($n= 4.039$ casos), siendo el 24% de estos casos para manejo clínico ($n= 956$ casos). En el 60% de los casos se desconoce la causa ($n= 2.422$ casos) de hospitalización (10, 19).

SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS EN 2024

En 2024 en la Región de las Américas, 15 países registran un total de 4.645 casos confirmados de mpox incluyendo seis defunciones: Argentina (n= 87 casos), Bolivia (n= 1 caso), Brasil (n= 1.490 casos), Canadá (n= 315 casos), Chile (n= 15 casos), Colombia (n= 131 casos), Costa Rica (n= 1 caso), Ecuador (n= 24 casos), los Estados Unidos (n= 2.371 casos, incluyendo tres defunciones), Guatemala (n= 1 caso), México (n= 105 casos, incluyendo una defunción), Panamá (n=5 casos), Perú (n= 90 casos, incluyendo dos defunciones), la República Dominicana (n= 8 casos) y Uruguay (n= 1 caso) siendo este último el único país nuevo que ha notificado casos desde la última actualización de la OPS/OMS (Figura 2) (10-18, 19). En 2024, de 4.191 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 (n= 4.027 casos), siendo similar a los casos reportados en 2022-2023, y el 43% de los casos se encuentra en el grupo de entre 30 a 39 años (n= 1.786 casos) siendo la mediana de edad 34 años, con un rango de edad entre 0 y 75 años (9-17, 19). Adicionalmente, se registran 33 casos confirmados en menores de 18 años en cinco países de la Región (0,8% de los casos) (10-18, 19). De 1.390 casos con información disponible sobre el estado serológico respecto del VIH, el 49% corresponde a personas que vivían con el VIH (19).

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 44 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 19 de noviembre del 2024]. Inédito (19).

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-deteccion-clado-i-mpox-region-america-19-noviembre-2024>

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INFLUENZA AVIAR A(H5N1) EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS 15 DE NOVIEMBRE DEL 2024

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) insta a los Estados Miembros a continuar fortaleciendo sus capacidades intersectoriales para la detección y respuesta oportuna ante brotes en poblaciones animales, incluyendo aves y mamíferos, así como ante potenciales infecciones en humanos. Además, la OPS / OMS invita a los Estados Miembros a compartir los virus con los Centros Colaboradores de la OMS de ambos sectores, salud y agropecuario, para apoyar los análisis de riesgo y contar con virus candidatos vacunales.

CONTEXTO MUNDIAL

El virus de la influenza aviar, que usualmente es transmitido entre aves, ha mostrado un aumento de casos en mamíferos debido a cambios en su ecología y epidemiología. El virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP)¹ (H5N1) que circula actualmente en las Américas pertenece a un genotipo de IAAP producto de una recombinación ocurrida en aves silvestres en Europa y cepas de baja patogenicidad en aves silvestres y domésticas durante su diseminación global). **Desde 2020, el subtipo H5N1 del clado 2.3.4.4b ha ocasionado un número sin precedentes de muertes de aves silvestres y aves de corral en numerosos países de África, Asia y Europa. En 2021, el virus se extendió a través de las rutas migratorias de aves acuáticas a América del Norte y, en 2022 a Centroamérica y América del Sur. Para 2023, se registraron brotes epidémicos en animales los cuales fueron notificados por 14 países y territorios, principalmente en las Américas.** El riesgo de infección en mamíferos y humanos aumenta cuando hay contacto con aves infectadas o exposición a entornos contaminados. Desde 2022, 19 países de tres continentes han notificado brotes en mamíferos a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA).. En los últimos años, se ha incrementado la detección de virus A(H5N1) en especies no aviares a nivel mundial, incluyendo mamíferos terrestres y marinos, tanto silvestres como domésticos (de compañía y de granja). Aunque los informes de transmisión de los virus del clado 2.3.4.4b entre mamíferos a nivel mundial son escasos, la situación actual de contagio en ganado bovino lechero en los Estados Unidos de América, así como muertes masivas reportadas en mamíferos marinos e infecciones en granjas de visones y zorros en Europa, apuntan a una transmisión entre mamíferos, necesitándose investigaciones adicionales para su confirmación. **Históricamente, desde 2003 hasta el 19 de julio del 2024, se notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel global un total de 896 casos y 463 defunciones (letalidad del 51,7%) en humanos provocados por el virus de influenza A(H5N1), afectando a 24 países**

RESUMEN DE LA SITUACIÓN EN LAS REGIONES DE LAS AMÉRICAS

Desde 2022 y hasta la semana epidemiológica (SE) 44 del 2024, un total de 19 países y territorios de la Región de las Américas reportaron a la OMSA 3,648 brotes animales de influenza aviar H5N1. Un total de 49 infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5) han sido registradas en cuatro países de las Américas desde 2022 y hasta el 13 de noviembre del 2024. Se notificaron 47 casos en los Estados Unidos (7), un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre del 2024 (8), un caso en Chile notificado el 29 de marzo del 2023 (9) y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero del 2023 (10). Solo durante 2024, se han notificado 47 casos humanos en Canadá y los Estados Unidos de los cuales 33 se han reportado en octubre y noviembre del 2024.

SITUACIÓN POR PAÍS Y/O TERRITORIO CON CASOS EN HUMANOS:

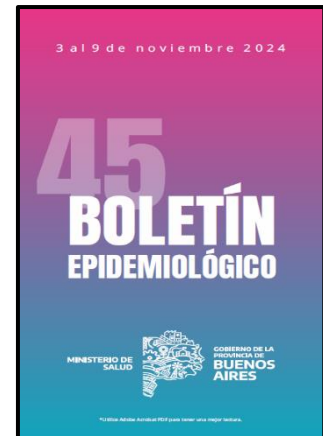
A continuación, se presenta un resumen de la situación en Canadá y los Estados Unidos respecto de las infecciones en humanos de influenza aviar A(H5N1) durante el 2024. Hasta el 13 de noviembre del 2024, se han notificado casos en humanos de influenza aviar A(H5N1) en Canadá y los Estados Unidos. En Canadá, el 14 de noviembre del 2024, la Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC por sus siglas en inglés) notificó la confirmación de un caso humano de influenza A(H5N1), siendo este el primer caso humano de influenza A(H5N1) adquirido en el país. El caso reportado inicialmente el 9 de noviembre por la Oficina Provincial de Salud de Columbia Británica (BC) corresponde a un adolescente que desarrolló síntomas el 2 de noviembre del 2024, fue hospitalizado y mediante un análisis de laboratorio fue identificado como presunto positivo para influenza aviar H5. El 13 de noviembre el Laboratorio Nacional de Microbiología (NML) de PHAC en Winnipeg confirmó la identificación de influenza A(H5N1) en este caso y el resultado de la secuenciación genómica indicó que el virus está relacionado con los virus de la influenza aviar H5N1 del brote en curso en aves de corral en Columbia Británica (Influenza A (H5N1), clado 2.3.4.4b, genotipo D1.1), el análisis realizado mostró que el genoma tiene una mutación E627K en el gen PB2 asociada con la adaptación a mamíferos y una mayor replicación. Esta mutación se ha observado previamente en otras infecciones humanas y de mamíferos. La investigación hasta el momento aún no ha determinado la fuente de infección del caso. Este caso no tiene exposición conocida a granjas avícolas afectadas en B.C. No se han identificado casos adicionales hasta el momento de la elaboración de esta alerta. Este caso se identificó a través de la vigilancia hospitalaria de la influenza en Columbia Británica, ha recibido tratamiento médico, incluidos antivirales y permanece hospitalizado en condición crítica (8). En los Estados Unidos, durante el 2024 y hasta el 5 de noviembre, se han confirmado 46 casos humanos de influenza A(H5N1) en California (n= 21), Colorado (n= 10), Michigan (n= 2), Missouri (n=1), Texas (n= 1) y Washington (n=11). De estos casos, 25 se han relacionado con exposición a ganado bovino lechero enfermo o infectado, mientras que 20 están vinculados a la exposición a aves de corral (Tabla 4). La fuente de exposición para un caso en Missouri no pudo ser determinada y habiéndose concluido las investigaciones se descarta una posible transmisión de humano a humano. Hasta el 15 de noviembre, la transmisión del virus de influenza aviar A(H5N1) de persona a persona no ha sido notificada). Desde el 24 de marzo y hasta el 6 de noviembre del 2024, los esfuerzos dedicados para la vigilancia específica de influenza aviar A(H5) han monitoreado a más de 6.700 personas tras su exposición a animales infectados y más de 340 de ellas han sido sometidas a pruebas de detección.

Fuente: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-11/2024-nov-15-phe-alerta-influenzaaviar-esp-finalpublicacion.pdf>

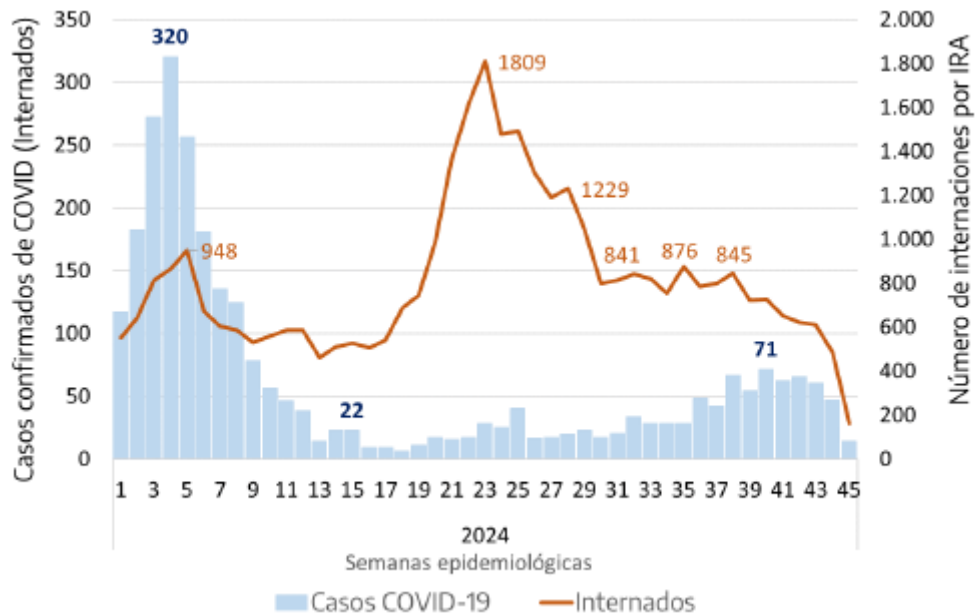
**DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES**

BUENOS AIRES: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Los casos internados de COVID-19 se mantienen constantes desde septiembre (SE 36 a 45/2024) registrándose un promedio semanal de 53 casos.



Casos confirmados e internados de COVID-19 en todos los grupos etarios. PBA SE 1-SE 45 del 2024.



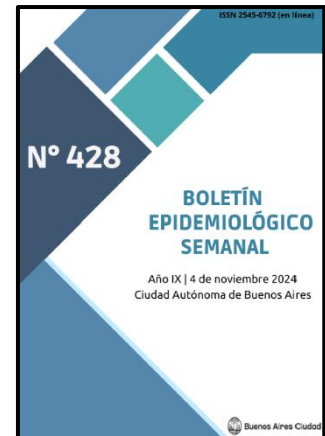
Fuente: SNVS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

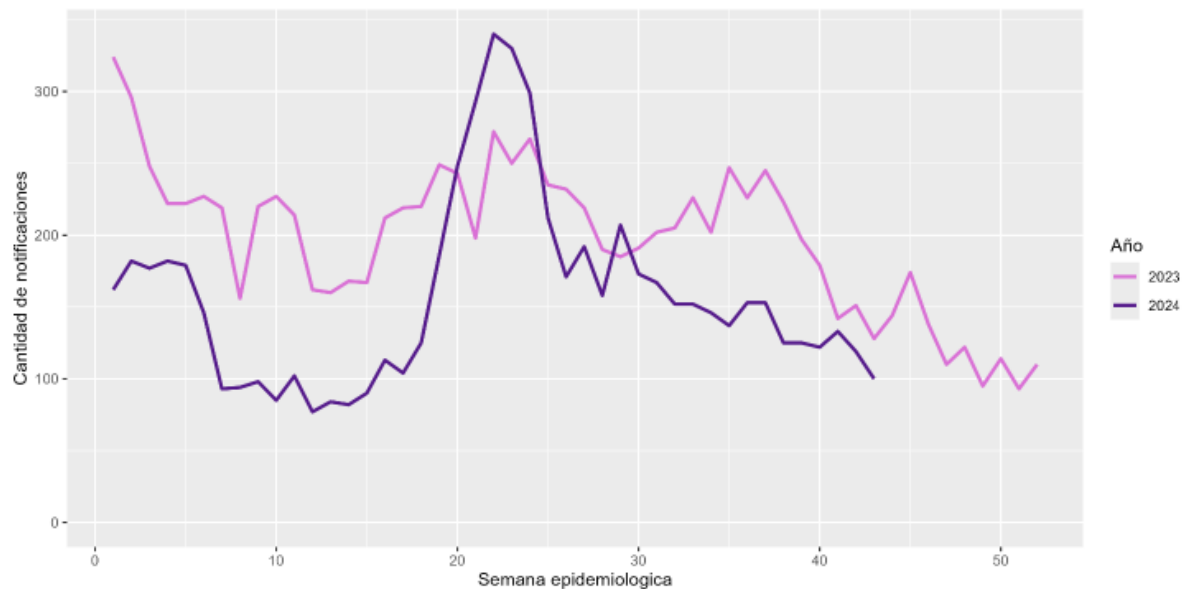
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

CABA: EVENTOS RESPIRATORIOS DE ABORDAJE EN INTERNACIÓN

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



Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos asociados a internación. Residentes CABA. Años 2023-2024 (N=17055).



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

Para más información:

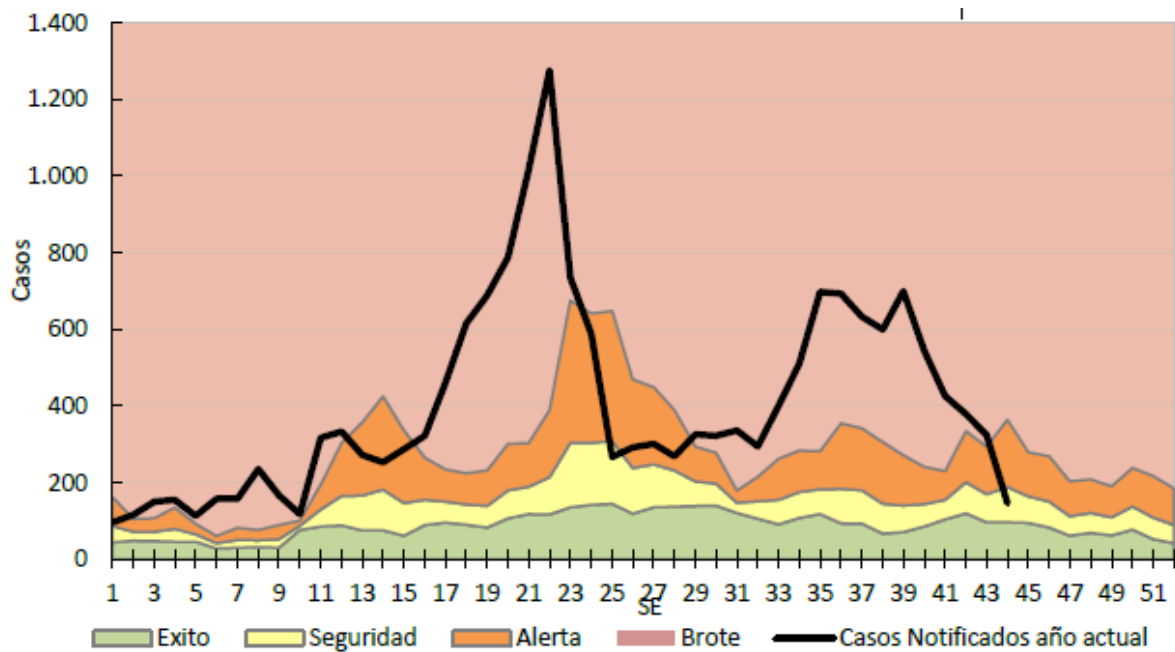
<https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2024>

CHUBUT: ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

El corredor endémico de ETI en las últimas tres semanas analizadas se encuentra en brote.



Corredor endémico semanal de ETI. Provincia de Chubut. SE 1-44 Año 2024. N=17878



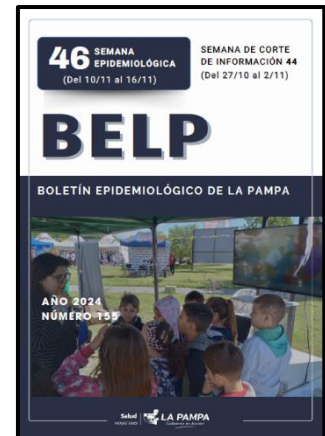
Fuente: Elaboración propia de Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0

Para más información:

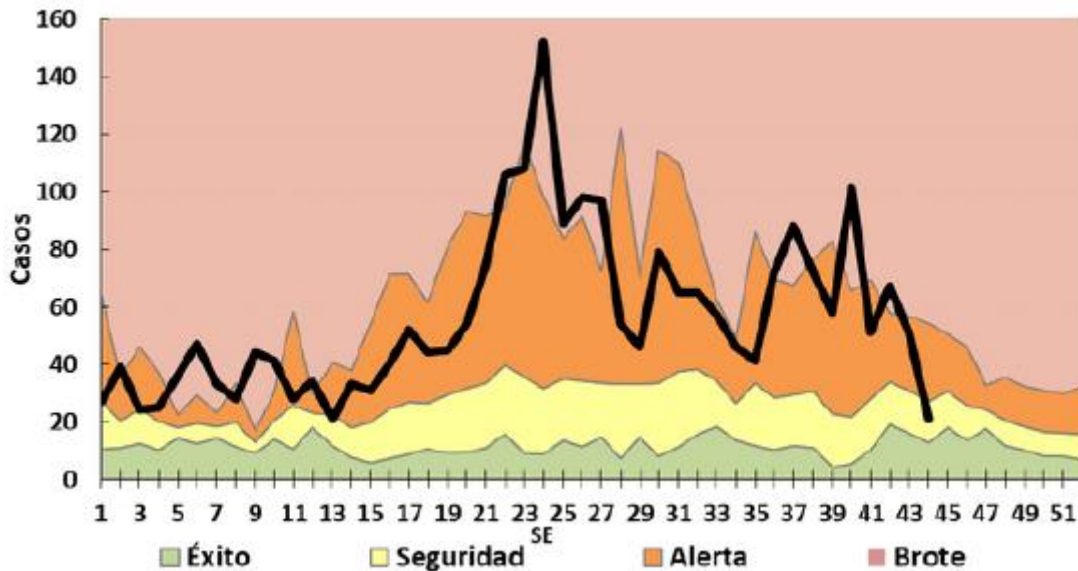
http://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

LA PAMPA: NEUMONÍA

En las últimas semanas la curva de casos se observa en descenso en zona de seguridad con un promedio de notificación de 47 casos por semana.



Corredor endémico semanal hasta SE44 de 2024. Históricos 5 años: 2019 a 2023. La Pampa.



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

Para más información:

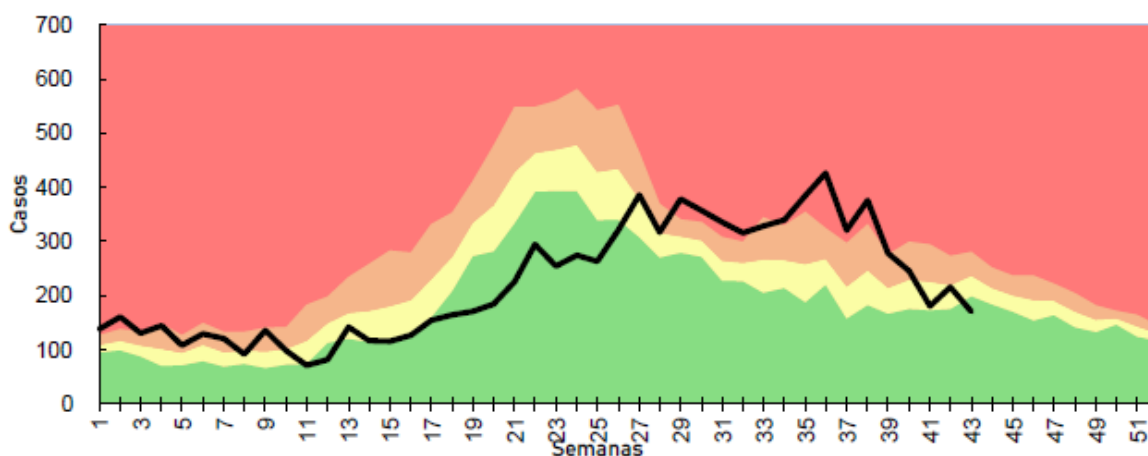
<https://drive.google.com/drive/folders/1PAH6XUO0fDa82EdVS9dGnbS-U6ILEAH4>

SALTA: BRONQUIOLITIS

Se observa un descenso en las notificaciones de bronquiolitis respecto a la semana anterior, ingresando el corredor endémico en la zona de éxito.



Corredor endémico semanal de Neumonía. Años 2017-2023. SE 01-43 de 2024. Provincia de Salta. (N=9564).



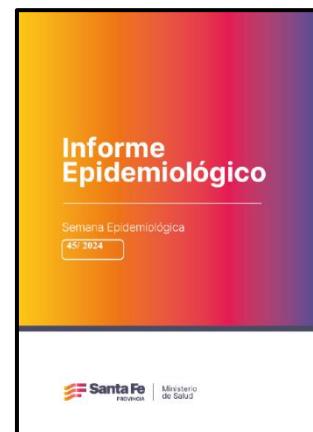
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Para más información:

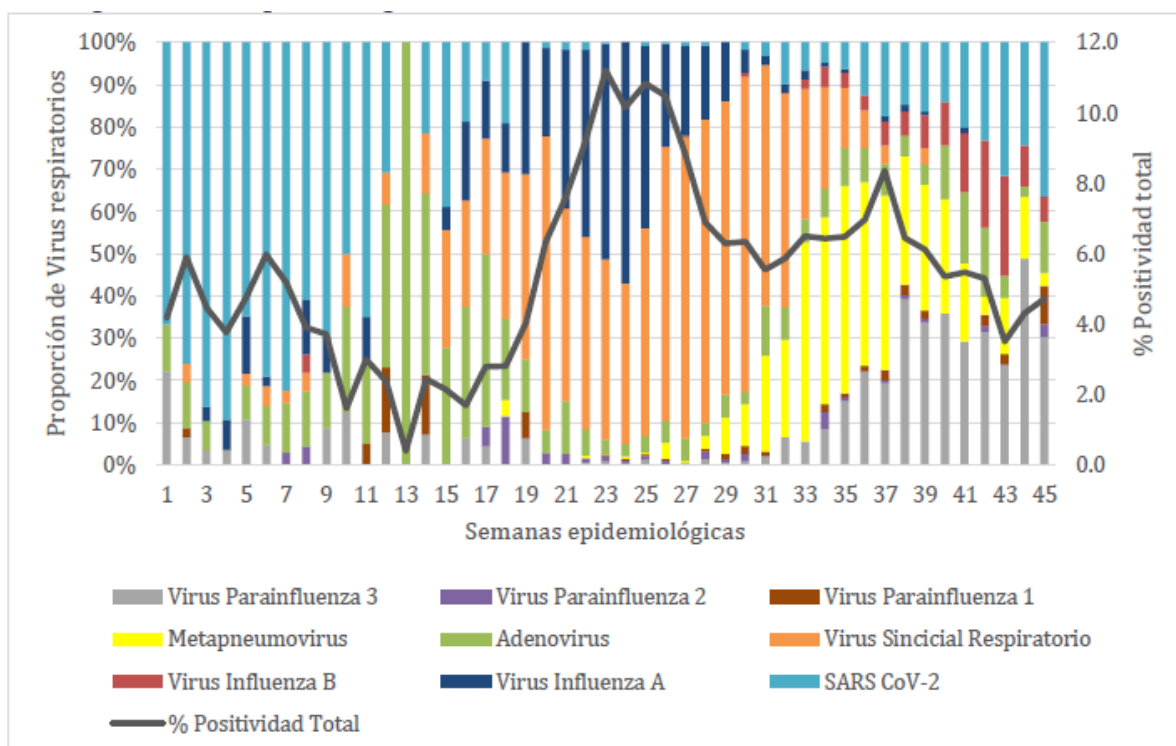
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

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 (SE45) se registra un mayor número de casos de Virus Parainfluenza 3 con un IP 16.4%, seguido de Sars- CoV-2 (IP 10.9%).



Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados con IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 45 - Año 2024. N=3835.



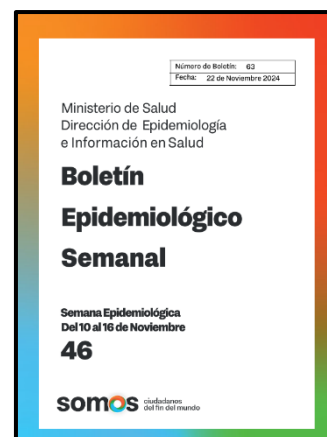
Fuente: Elaboración propia de la Dirección Provincial de Red de Laboratorios en base a datos extraídos del SNVS 2.0 – Notificación agrupada: Infecciones respiratorias virales – Internados.

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 46 de 2024 se notificaron 8.009 casos de diarreas aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo periodo del año 2023 se observa un aumento del 33% de los casos registrados a nivel provincial.



Diarreas agrupadas 2023-2024. Tierra del Fuego.

	SE 46 / Año 2023	SE 46 / Año 2024	% Variación interanual
Río Grande	2739	3085	↑ 12,6
Tolhuin	380	260	↓ -31,6
Ushuaia	2902	4664	↑ 60,7
Tierra del Fuego	6021	8009	↑ 33,0

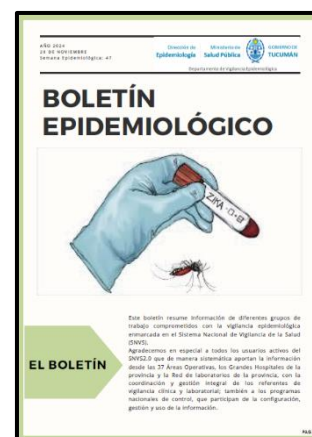
Fuente: SNVS 2.0 D.E.I.S. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

Para más información:

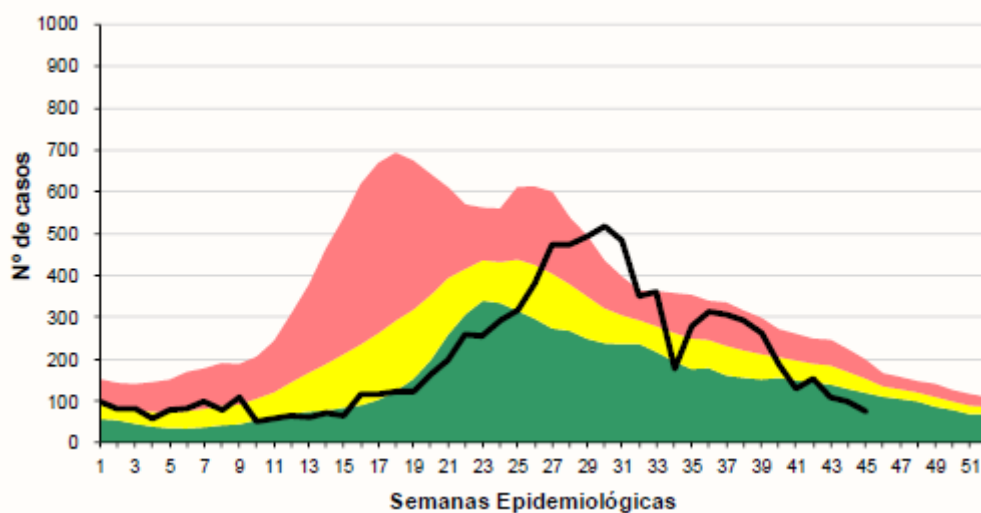
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

Tucumán: Bronquiolitis

En la semana 45 se notificaron 76 casos de bronquiolitis.



Corredor endémico de Bronquiolitis SE 45. Provincia de Tucumán Año 2024.



Fuente: Dirección de Epidemiología. Laboratorio de Salud Pública.

Para más información: direpitucuman@gmail.com

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

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

DESTINADO A PERSONAL DE SALUD QUE REALIZA TAREAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

Inicia el 2 de diciembre

Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:



Consultas a: cursos.direpacion@gmail.com

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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

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

INSCRIPCIONES EN:



Consultas: cursos.direpacion@gmail.com

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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

Inicia el 7 de octubre de 2024

(abierto hasta el 13 de diciembre)

INSCRIPCIONES EN:



Consultas: cursos.direpinacion@gmail.com

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE CASOS DE PANDROGORESISTENCIA

Con motivo de la Semana Mundial de Concientización sobre la Resistencia Antimicrobiana, que se celebra del 18 al 24 de noviembre, el Ministerio de Salud de la Nación pone a disposición información relevante para la prevención y el control de casos de pandrogoresistencia (PDR), publicada en el Instructivo “Vigilancia epidemiológica, prevención y control ante la detección de casos de PDR” (Ministerio de Salud de la Nación, 2024).

Las infecciones provocadas por gérmenes multirresistentes causan una importante mortalidad entre los pacientes internados en unidades de cuidados críticos. En los últimos años, la resistencia a múltiples antibióticos se ha diseminado en tal magnitud que se necesitan establecer definiciones que reflejen el grado de multirresistencia para contribuir al mejor uso de los escasos antimicrobianos que pueden utilizarse como opción de tratamiento.

Las definiciones propuestas en la literatura clasifican a los microorganismos como **multirresistentes (MDR)** cuando presentan resistencia a más de tres grupos de antimicrobianos, como **resistencia extendida (XDR)** cuando presentan resistencia a todos los antimicrobianos con excepción de 1 o 2 grupos y **pandrogoresistencia (PDR)** cuando presentan resistencia a todos los antimicrobianos disponibles para el tratamiento de las infecciones producidas por estos gérmenes (Magiorakos AP, 2012) (Jiménez Pearson MA, 2019).

En Argentina, los Enterobacterales resistentes a los carbapenemes (CRE) constituyen un problema en franco aumento. Según datos de la Red Nacional de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos, WHONET – Argentina, luego de la pandemia de SARS-CoV-2 se observó un marcado aumento en el porcentaje de CRE en *Klebsiella pneumoniae*, del 20% en 2019 al 32% en 2022. A su vez, la resistencia a los antimicrobianos alternativos para el tratamiento, alcanzó entre 72-81% para los aminoglucósidos y 23-32% para fosfomicina, colistín y tigeciclina (Servicio Antimicrobianos. INEI-ANLIS, 2024).

En enero de 2023, el Servicio Antimicrobianos del INEI – ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” como Laboratorio Nacional de Referencia en resistencia a los antimicrobianos, emitió una alerta sobre la emergencia y diseminación de Enterobacterales productores de carbapenemasas con resistencia a todos los antimicrobianos disponibles en Argentina (Programa Nacional de Control de Calidad en Bacteriología, 2023). Se trató de aislamientos de *Klebsiella pneumoniae* recuperados en una única institución de Salud de CABA que presentaban resistencia a todos los antimicrobianos disponibles para el tratamiento de CRE en Argentina, incluidos drogas de última línea como ceftazidima-avibactam, imipenem-relebactam y a la combinación de aztreonam-avibactam.

De este hallazgo surge la necesidad de articular un mecanismo de alerta temprana de los microorganismos pandrogoresistentes (PDR), incorporándose en septiembre de 2024 como un evento de denuncia obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

A fin de cumplir con la vigilancia, la prevención y el control ante la detección de casos de PDR, se pone a disposición la ficha de recolección de datos para la notificación de eventos de pandrogoresistencia en el SNVS 2.0 y el instructivo “Vigilancia epidemiológica, prevención y control ante la detección de casos de PDR” para su descarga completa, en el que se podrán consultar los objetivos de la vigilancia, las definiciones y clasificaciones de caso, los permisos y pasos requeridos para la notificación al SNVS y las medidas de prevención y control de infecciones.

Ficha de recolección de datos para la notificación de eventos de PDR en el SNVS 2.0

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_epidemiologica_pandrogo-13924.pdf

Instructivo Vigilancia epidemiológica, prevención y control ante la detección de casos de PDR

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_pandrogoresistencia_18924.pdf

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	Evento		Se configuró el campo "Clasificación según sitio de adquisición" con las siguientes opciones: "Importado - Exterior del país", "Importado - Otras provincias", "En investigación" y "Autóctono". Este campo podrá visualizarse en VM nominal móvil.
	Dengue durante la gestación			
	Encefalitis de San Luis			
	Enfermedad por Virus del Zika			
	Fiebre Amarilla			
	Fiebre Chikungunya			
	Fiebre Oropouche, Mayaro y otras arbovirosis emergentes			
	Fiebre del Nilo occidental			
	Infección por virus Zika en el embarazo			
NOVIEMBRE	Dengue durante la gestación	El evento se encuentra configurado en su totalidad		
NOVIEMBRE	Leucinosis (Enfermedad de orina con olor a Jarabe de Arce o MSUD)	El evento se encuentra configurado en su totalidad		
NOVIEMBRE	Coccidioidomicosis	El evento se encuentra configurado en su totalidad		
NOVIEMBRE	Cromoblastomicosis	El evento se encuentra configurado en su totalidad		
NOVIEMBRE	Esporotricosis	El evento se encuentra configurado en su totalidad		
NOVIEMBRE	Infecciones por especies de <i>Candidozyma auris</i> (<i>Cándida auris</i>)	El evento se encuentra configurado en su totalidad		
NOVIEMBRE	Infección por especies de Complejos <i>Cryptococcus neoformans/C. gattii</i>	El evento se encuentra configurado en su totalidad		

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del Evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
NOVIEMBRE	Micetomas eumicóticos	El evento se encuentra configurado en su totalidad		
NOVIEMBRE	Psitacosis	Epidemiológica	Antecedentes epidemiológicos	Se adicionó la opción "Exposición a fuente ambiental (excreciones, polvo contaminado, otros)"

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](#)