



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA

49

NÚMERO 734 AÑO 2024
DESDE 1/12 AL 7/12
FECHA DE PUBLICACIÓN:
16/12/2024

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA



AUTORES DE ESTE BOLETÍN:

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

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

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

Destacados en boletines jurisdiccionales: Franco Ormeño Mazzochi¹.

Herramientas para la vigilancia, prevención y respuesta: Antonella Vallone¹, Morena Diaz¹, Laura Bidart¹, Agustina Paige¹, 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.

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:

Limpia las paredes de los recipientes de agua de las mascotas evita la proliferación de criaderos de mosquitos *Aedes aegypti*. Foto aportada desde el banco de imágenes del Ministerio de Salud de la Nación.

CÓMO CITAR ESTE BOLETÍN: Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2024). Boletín Epidemiológico Nacional N°734, SE 49.

1 Dirección de Epidemiología

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

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

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

5 Centro Nacional de Genómica y Bioinformática – ANLIS.

CONTENIDO

Situaciones epidemiológicas emergentes	4
Situación epidemiológica de MPOX	5
Eventos priorizados	17
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	18
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	27
Alertas y comunicaciones epidemiológicas internacionales.....	48
Oropouche en la Región de las Américas.....	50
Enfermedad no diagnosticada - República Democrática del Congo	54
Alerta Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas – ops.....	55
Destacados en boletines jurisdiccionales	61
Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA).....	62
CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación.....	63
Chubut: Enfermedad tipo influenza (ETI).....	64
Mendoza: Bronquiolitis.....	65
Salta: Neumonía.....	66
Tierra del Fuego: Enfermedad tipo influenza (ETI)	67
Tucumán: Enfermedad tipo influenza (ETI).....	68
Herramientas para la vigilancia, la prevención y la respuesta	69
1° Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”	70
3° Edición del Curso: “Sistema Nacional de Vigilancia de Salud SNVS 2.0”	71
6° Edición del Curso: “Herramientas básicas para la Implementación de Salas de Situación de Salud”	72
Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0.....	73

**SITUACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
EMERGENTES**

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MPOX

INTRODUCCIÓN

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

SITUACIÓN INTERNACIONAL

Situación en África⁶

Desde el 1 de enero de 2022, 24 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpox. Hasta el 8 de diciembre de 2024, se habían notificado a la OMS un total de 15.661 casos confirmados por laboratorio, incluidas 83 muertes.

En 2024, hasta el 8 de diciembre, 20 países habían notificado 13.257 casos confirmados, incluidas 60 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos en 2024 son la República Democrática del Congo (n = 9.247), Burundi (n = 2.523) y Uganda (n = 925).

Este indicador debe interpretarse con cautela, ya que los casos sospechosos de mpox se registran según distintas definiciones de casos nacionales. Además, no todos los países cuentan con sistemas de vigilancia sólidos para mpox, lo que significa que es probable que los recuentos de casos notificados subestimen el alcance de la transmisión comunitaria.

Epidemiología genómica

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

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, Zimbabue, Estados Unidos de América y Canadá. El clado IIa rara vez se ha aislado en humanos y la mayoría de las secuencias genéticas disponibles provienen de especies animales.

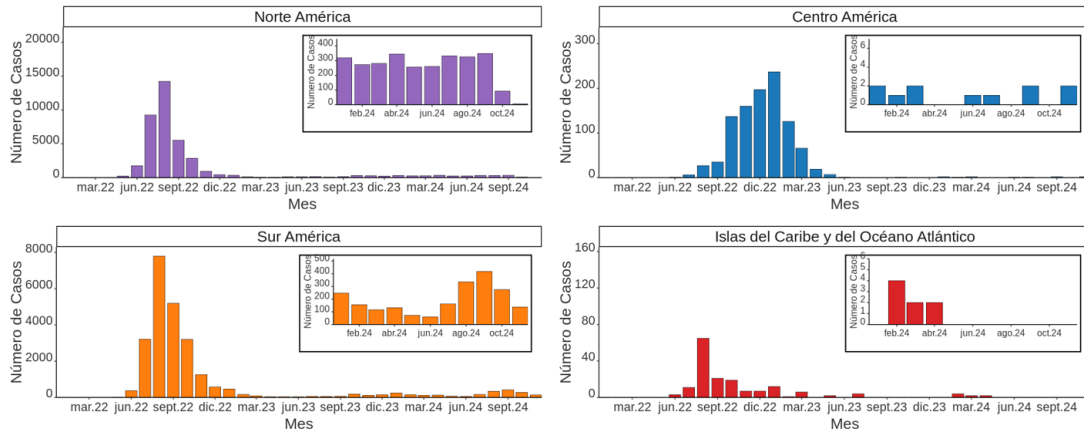
⁶ Brote de Mpox 2022-24: tendencias mundiales. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

El clado IIb ha estado circulando de manera sostenida en humanos desde al menos 2016 y ha provocado el brote multipaís en curso desde 2022 hasta la actualidad.

Situación en las Américas⁷

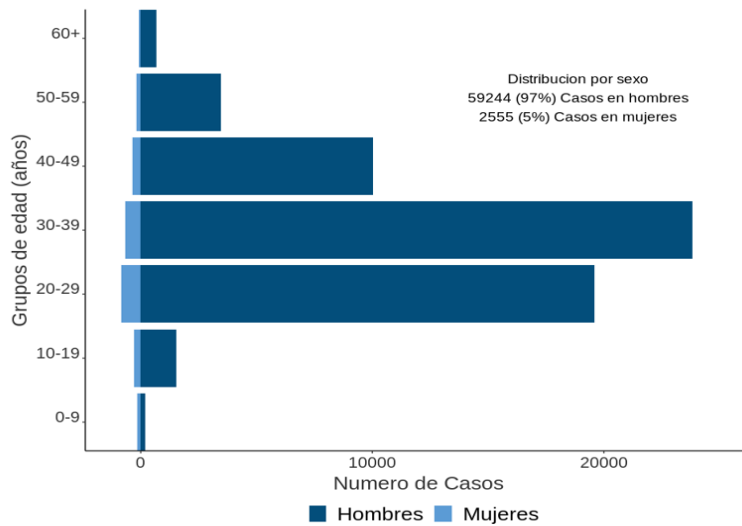
Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de Organización Panamericana de la Salud, entre las SE 1 y 48 de 2024 fueron notificados en la Región de las Américas 4.982 casos de mpox y 7 defunciones.

Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según Región de las Américas, abril 2022 a noviembre 2024.



Fuente: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

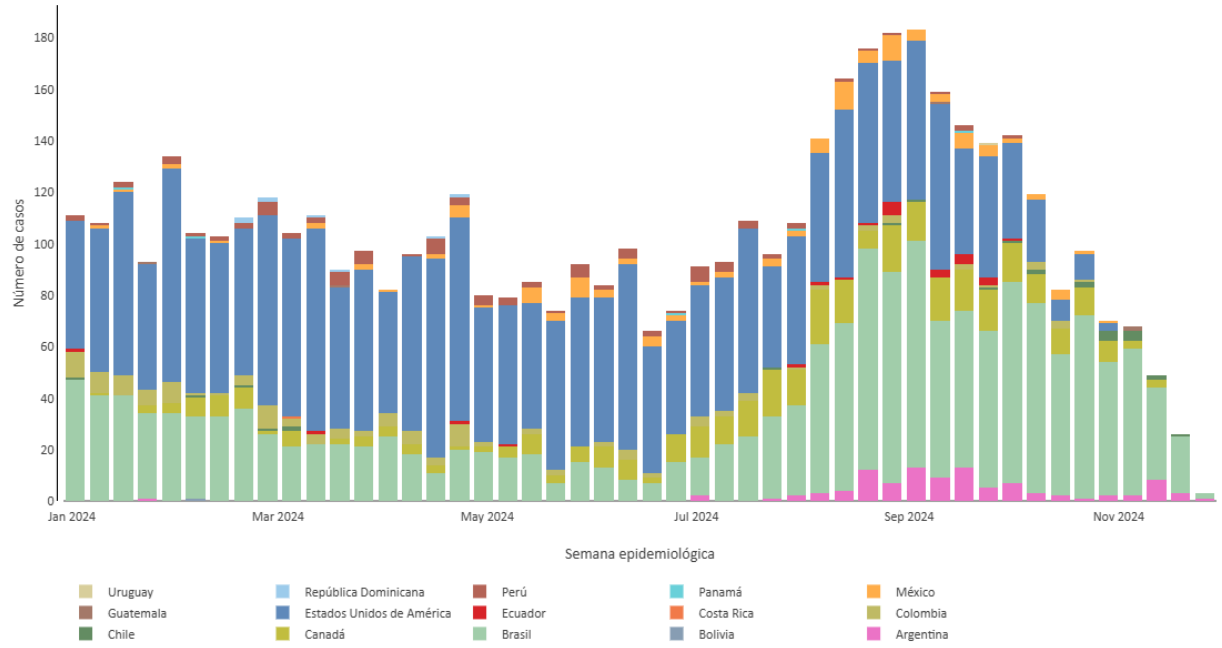
Gráfico 2. Casos confirmados de mpox según edad y sexo. Región de las Américas, abril 2022 a noviembre 2024.



Fuente: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

⁷ Organización Panamericana de la Salud. Casos de mpox - Región de las Américas. Disponible en: <https://shiny.pahophe.org/mpox/>

Gráfico 3. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 a SE48 2024.



Fuente: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

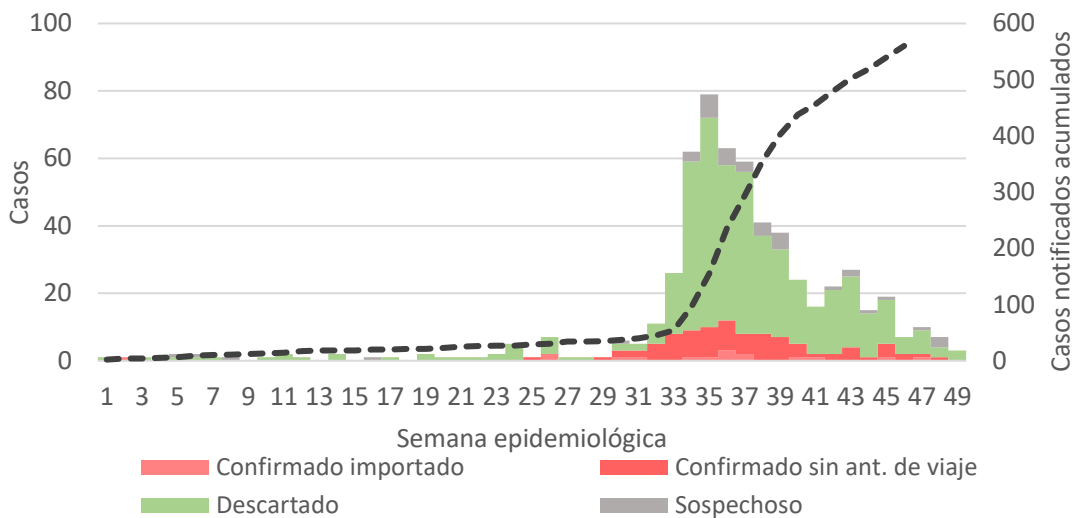
SITUACIÓN EN ARGENTINA

En 2024, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 49 se identificaron hasta el momento 102 casos confirmados de mpox de un total de 586 casos sospechosos notificados.

Luego del Alerta emitido en la SE33 aumentó la sensibilidad del sistema de vigilancia, llegando a 532 notificaciones de casos sospechosos en las semanas posteriores (91% 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 49 se registraron 6 notificaciones, un 93% inferior a dicha semana.

Gráfico 1. Casos notificados de Mpox según clasificación por semana epidemiológica de fecha mínima⁸ y total de casos notificados acumulados según semana de notificación. Argentina, SE1/2024 a SE49/2024. (N= 589)



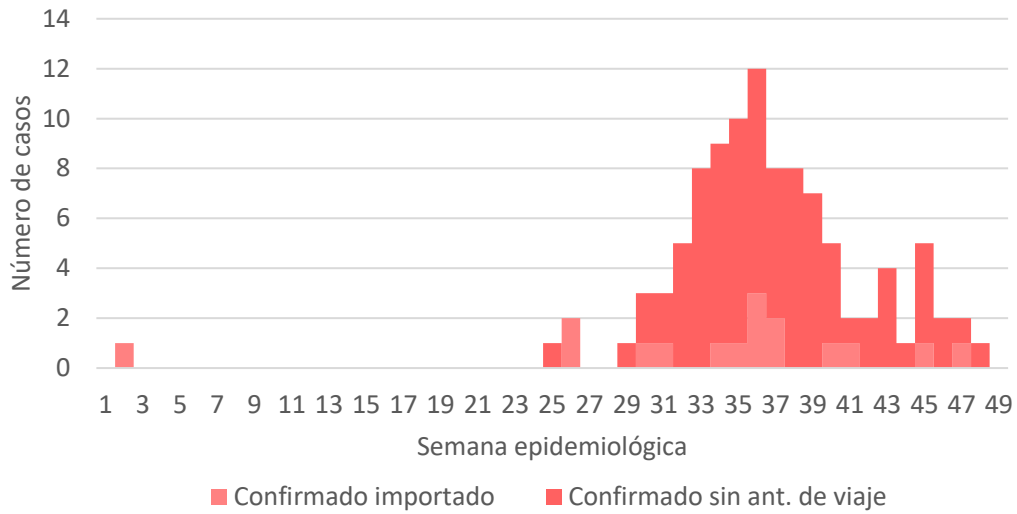
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

Del total de casos confirmados del periodo (102), el 87% (n=89) se notificó a partir de la SE34 (11 de ellos correspondían por fecha mínima a semanas previas pero se notificaron luego de la alerta). La sensibilización del sistema se verificó, 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 48-49 la positividad es de 13% (n=16).

La curva epidémica de casos confirmados por fecha mínima muestra un ascenso en el número de casos a partir de la SE30, con el mayor número en la SE 36 con 12 casos, luego de lo cual se observó un descenso sostenido hasta registrarse un promedio de 2 casos semanales en promedio desde la SE41 en adelante. No se registraron hasta el momento correspondientes a la última semana (SE49).

⁸ La fecha 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 2. Casos confirmados de Mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1/2024 a SE49/2024. (N=102)



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 69 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. 16 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 (70%) y Buenos Aires (21%).

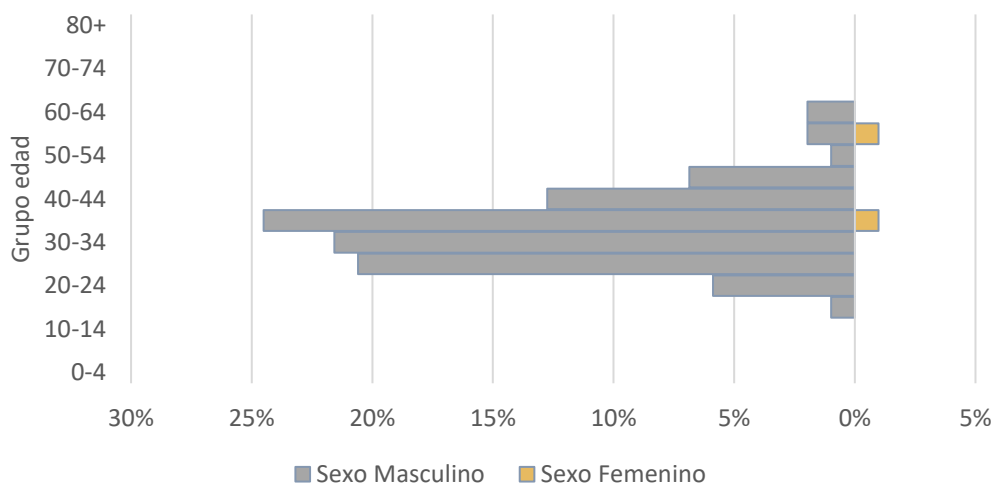
Tabla 1. Mpox: casos confirmados y total de notificaciones acumuladas según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1/2024 a SE49/2024.

Provincia	Confirmados SE 1 a 49 2024	Confirmados notificados en la última semana	Confirmados notificados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2024
Buenos Aires	21	0	3	208
CABA	71	0	9	220
Córdoba	2	0	0	21
Entre Ríos	0	0	0	2
Santa Fe	3	0	0	32
Centro	97	0	12	483
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	4
Santiago del Estero	0	0	0	8
Tucumán	0	0	0	10
NOA	0	0	0	28
Chubut	0	0	0	6
La Pampa	1	0	1	2
Neuquén	1	0	0	9
Río Negro	1	0	0	8
Santa Cruz	0	0	0	2
Tierra del Fuego	0	0	0	1
SUR	3	0	1	28
Total PAIS	102	0	13	586

Jurisdicciones con casos confirmados de mpox

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

De los 102 casos confirmados, 100 corresponden a personas de sexo masculino y dos al sexo femenino, mientras que la mediana de edad es de 35 años.

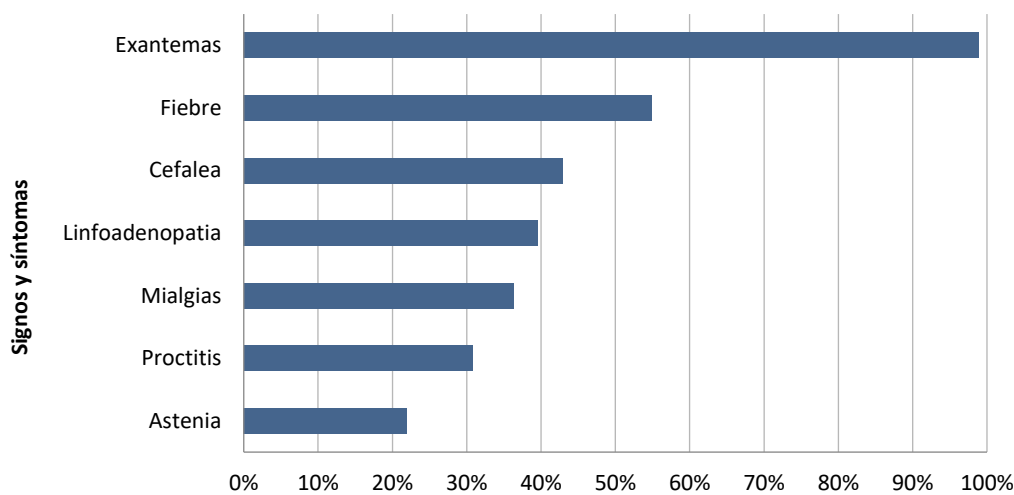
Gráfico 3. Distribución proporcional por edad y sexo. Argentina, SE1/2024 a SE49/2024. (N=102)

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

Con los datos disponibles hasta el momento, las poblaciones más afectadas son la de hombres que tienen sexo con hombres (64% de 64 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 46 casos que cuentan con el dato referido a la condición de VIH, 37 registran coinfección con VIH⁹.

En el 99% de los 91 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.

Gráfico 4. Signos y síntomas en casos confirmados (en porcentaje). Argentina, SE1/2024 a SE49/2024. (n=91)



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

⁹ Este dato puede estar sesgado por la frecuencia en la consulta de esta población y por contar con datos solo para el 45% de los casos confirmados hasta el momento.

adecuada a las personas afectadas-incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, recabar la información necesaria para caracterizar epidemiológicamente los casos e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata (ante la sospecha).

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

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

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

Definiciones y clasificaciones de caso:

Caso sospechoso

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

Ó

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

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

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

- Mialgia
- Malestar general
- Lesiones cutáneo mucosas
- Proctitis

Ó

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

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

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

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

Caso confirmado

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

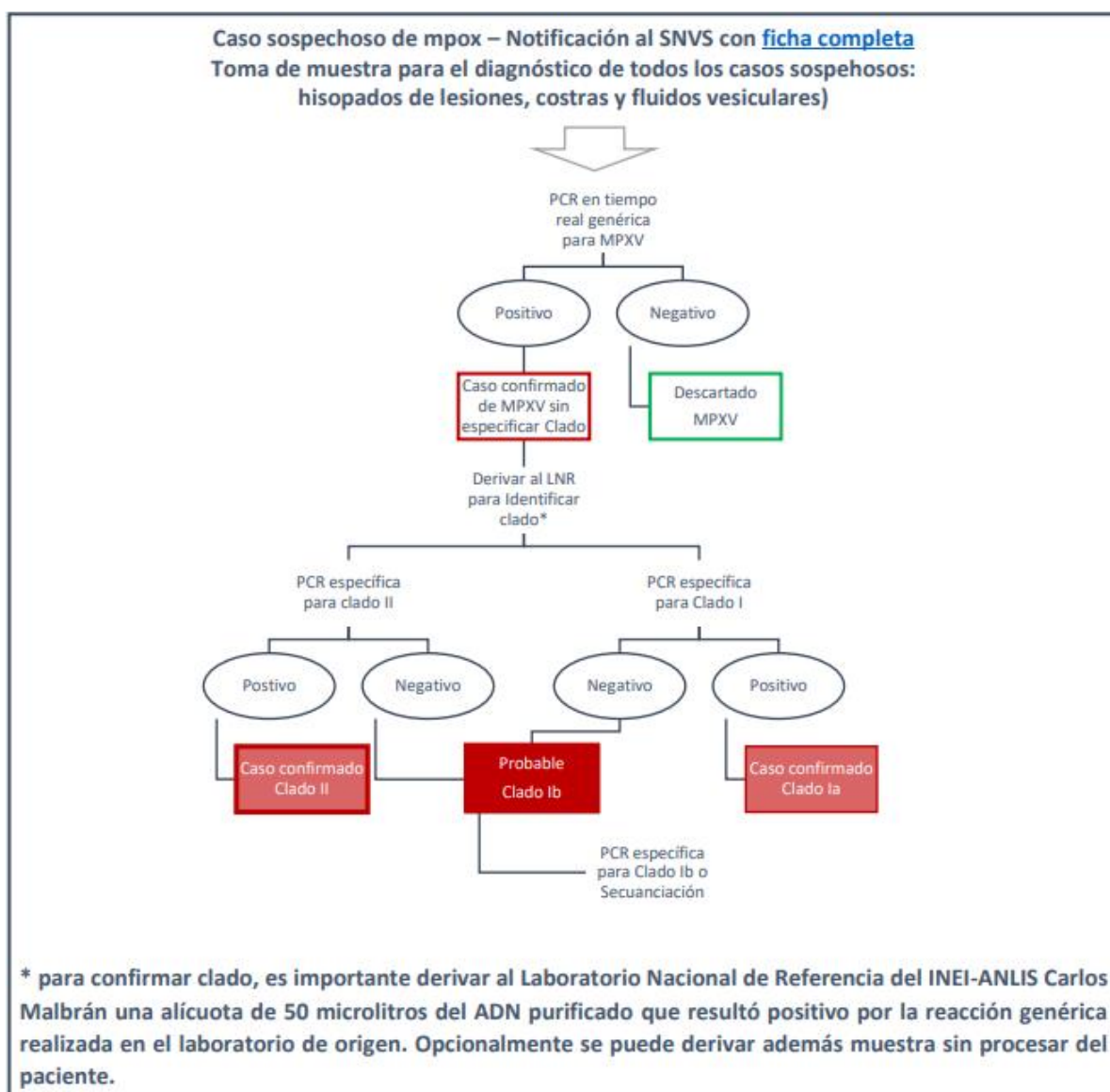
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión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

Notificación:

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

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

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y NOTIFICACIÓN DE MPOX



MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS:

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

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

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

MEDIDAS ANTE CONTACTOS:

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

- El contacto deberá estar en seguimiento por el sistema de salud por 21 días para identificar el posible comienzo de síntomas compatibles.
 - Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y personas gestantes.
-

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

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

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

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

Más recomendaciones e información en:

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

Lineamientos para el abordaje comunicacional de la Viruela Símica/mpox:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/08/recomendaciones_comunicacion_viruela_simica_30-8-2022.pdf

EVENTOS PRIORIZADOS

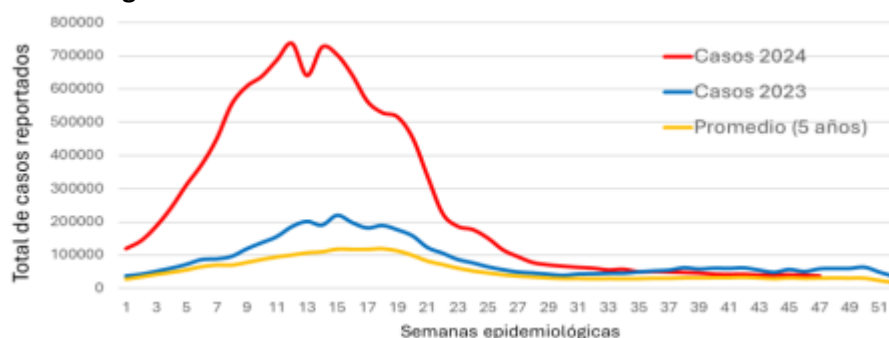
VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

SITUACIÓN REGIONAL DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de situación No 44. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 44, 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 12 de diciembre.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 47 del 2024, se reportaron en la Región de las Américas un total de 12.763.750 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 1327 casos por 100.000 hab.). Esta cifra representa un incremento de 197% en comparación al mismo periodo del 2023 y 372% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 47 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 12.673.750 casos de dengue reportados en las Américas, 6.727.187 casos (53%) fueron confirmados por laboratorio y 21.557 (0,17%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total 7723 muertes por dengue, para una letalidad del 0,061%.

Dieciocho países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 47. Estos países registran en conjunto 53.504 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 47.

Del total de casos registrados en la SE 47, 160 fueron casos de dengue grave (0,3%) y se reportaron 45 muertes para una letalidad de 0,084%.

Subregión Centroamérica y México.

Un total de 19.631 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 47. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 81% en comparación con el mismo periodo del 2023 y de 194% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 47 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Centroamérica y México.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Subregión Caribe.

Se notificaron 1,090 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 47. Hasta esta semana la subregión presenta una disminución de 27% en comparación con el mismo periodo del 2023 y un incremento de 27% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Guadalupe presentan un incremento de 82% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas

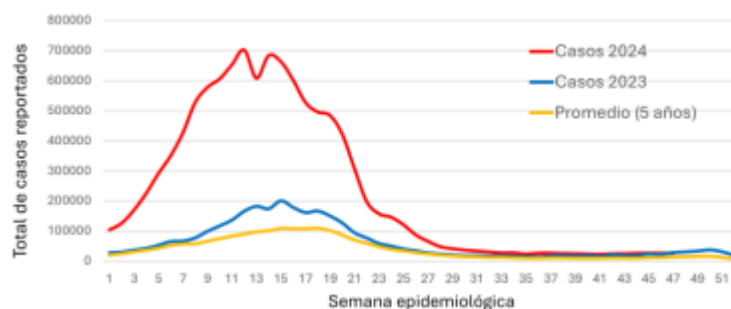
Subregión Andina.

Durante la SE 47 se notificaron 6,083 nuevos casos sospechosos de dengue. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 22% en comparación con el mismo periodo del 2023 y un incremento de 172% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Perú presentan un incremento de 78% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

Subregión Cono Sur.

Se notificaron 26,700 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 47. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta un incremento de 252% en comparación con la misma semana del 2023 y de 434% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 47 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 12/12/2024 en países seleccionados de la región¹⁰.

Brasil: Hasta la SE 48/2024 se reportaron 10.021.230 casos de dengue, 3,4 veces el número registrado en el mismo período del 2023, y 5.872 fallecidos. Asimismo, hasta la SE 48/2024, se registraron 411.938 casos de chikungunya, 62% más que lo reportado hasta dicha semana del 2023, y 210 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

¹⁰ Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

reportaron 241 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 48/2024 se notificaron 293.016 casos de dengue, lo cual representa aproximadamente 9 veces más de lo registrado durante el mismo período en 2023. Los fallecidos para el período correspondiente a 2024 fueron 129. Asimismo, hasta la SE 48/2024, se registraron 3.111 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 48/24 se registraron 9 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 48/2024 se notificaron 276.607 casos de dengue, lo cual representa un 3% más de lo registrado durante el mismo período en 2023, y 255 fallecidos. Con relación a chikungunya, hasta la SE 46 se registraron 81 casos, 40% menos que lo reportado a la misma semana de 2023, y 1 fallecido. Asimismo, hasta la SE 46 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 registra circulación de DEN 1 y DEN 2. Bolivia presenta circulación de los serotipos DEN 1, DEN 2 y DEN 4. Perú reporta circulación de DEN 1, DEN 2 y DEN 3. Brasil, por su parte, registra circulación del serotipo DEN 4, además de los otros tres serotipos mencionados anteriormente.

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.

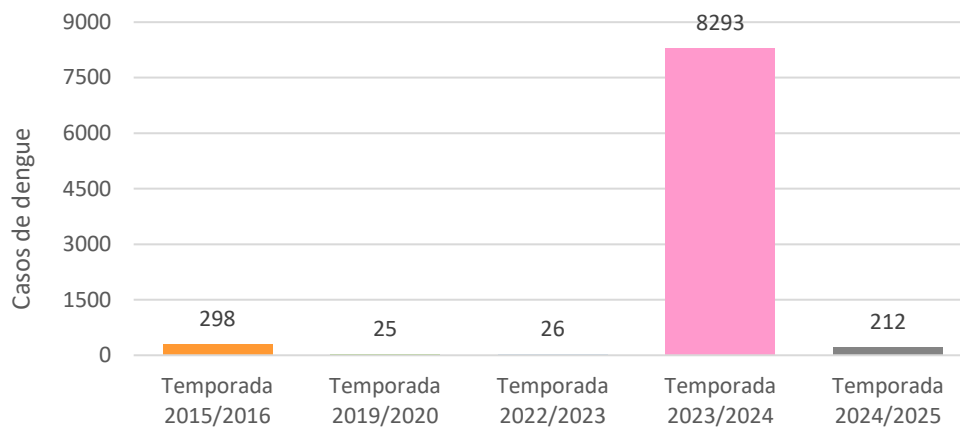
La situación regional de Oropouche se describe en este mismo Boletín en "[Oropouche en la Región de las Américas](#)"

SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

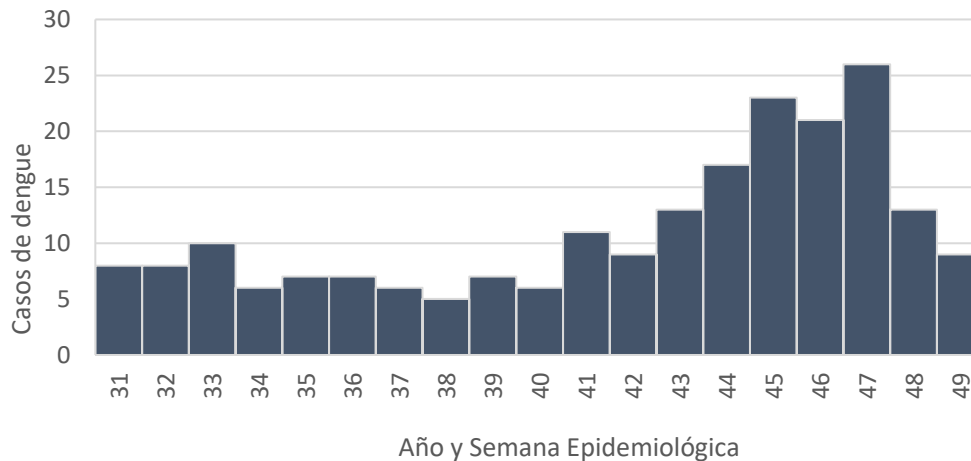
En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE49/2024), se notificaron en Argentina 13.922 casos sospechosos de dengue en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 272 fueron confirmados (197 sin antecedentes de viaje, correspondiendo el resto a personas con antecedentes de viaje al exterior o relacionado a trasplante de órgano).

Durante la SE49 (según fecha de apertura), se notificaron 1864 casos sospechosos de los cuales 15 se confirmaron y 103 fueron clasificados como casos probables aún en investigación. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

Desde la SE42 hasta la SE47 se observa un aumento progresivo en la detección de casos confirmados de dengue. En la SE49 se verifica un número menor por el momento, cuya información puede modificarse en las próximas semanas con la detección y notificación de casos que hubieran iniciado síntomas en semanas previas.

Gráfico 4. Dengue: Casos acumulados desde SE31 a SE49 en temporadas epidémicas. 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).

Gráfico 5. Dengue: Casos confirmados¹¹ por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31 a SE49/2024. 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).

¹¹ Incluye casos confirmados autóctonos, importados y no vectoriales. La ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o “fecha mínima” (orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación)

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE49/2024. Argentina.

Jurisdicción	Dengue vectorial						Total notificados
	Confirmados		Probables		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	
	SAV	CAV	SAV	CAV			
Buenos Aires	4	4	97	3	945	530	1583
CABA	1	1	30	0	594	381	1007
Córdoba	9	2	190	0	1480	232	1913
Entre Ríos	2	0	19	2	61	14	98
Santa Fe	10	1	20	0	485	107	623
Total Centro	26	8	356	5	3565	1264	5224
Mendoza	5	2	33	2	484	58	584
San Juan	0	0	4	0	67	13	84
San Luis	0	0	0	0	15	4	19
Total Cuyo	5	2	37	2	566	75	687
Chaco	4	0	124	0	905	102	1135
Corrientes	0	0	22	0	160	108	290
Formosa	156	0	4	0	1994	0	2154
Misiones	0	0	10	0	214	3	227
Total NEA	160	0	160	0	3273	213	3806
Catamarca	0	0	8	0	301	12	321
Jujuy	0	0	3	0	415	19	437
La Rioja	0	0	13	0	105	21	139
Salta	2	0	17	1	634	121	775
Santiago del Estero	0	0	22	1	315	195	533
Tucumán	4	0	97	0	1263	467	1831
Total NOA	6	0	160	2	3033	835	4036
Chubut	0	1	0	0	4	2	7
La Pampa	0	0	0	0	48	4	52
Neuquén	0	0	0	0	7	1	8
Río Negro	0	0	0	1	3	0	4
Santa Cruz	0	0	0	0	16	1	17
Tierra del Fuego	0	0	0	0	3	0	3
Total Sur	0	1	0	1	81	8	91
Total País	197	11	713	10	10518	2395	13844

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).

Tabla 2. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE49/2024. Argentina.

Jurisdicción	Dengue en situaciones especiales		Total
	Con antecedente de vacunación	Trasplantados	
Buenos Aires	2	3	5
CABA	6	0	6
Córdoba	31	0	31
Entre Ríos	4	0	4
Santa Fe	5	1	6
Total Centro	48	4	52
Mendoza	0	0	0
San Juan	16	0	16
San Luis	0	0	0
Total Cuyo	16	0	16
Chaco	0	0	0
Corrientes	0	0	0
Formosa	0	0	0
Misiones	1	0	1
Total NEA	1	0	1
Catamarca	0	0	0
Jujuy	0	0	0
La Rioja	0	0	0
Salta	1	1	2
Santiago del Estero	2	0	2
Tucumán	2	0	2
Total NOA	5	1	6
Chubut	0	0	0
La Pampa	0	0	0
Neuquén	0	0	0
Río Negro	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0
Total Sur	0	0	0
Total País	70	5	75

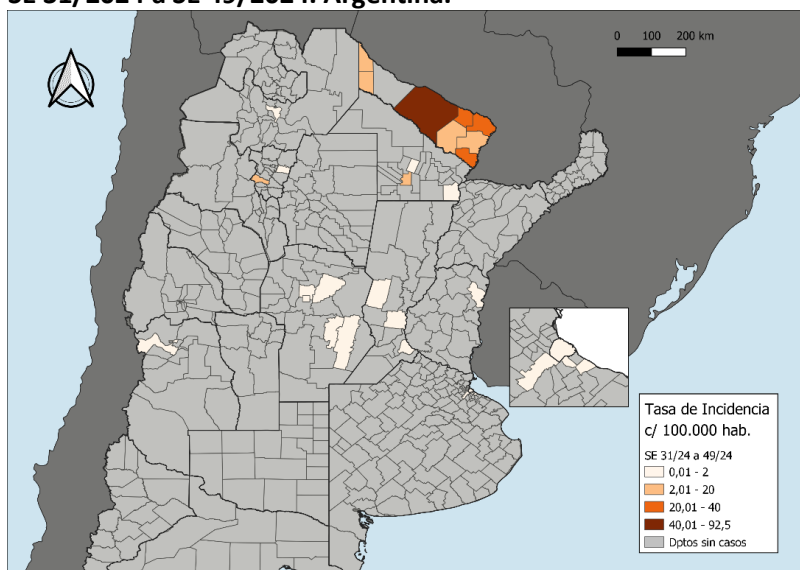
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Distribución de los casos según semana epidemiológica y jurisdicciones

Los casos se presentaron durante todas las semanas a expensas fundamentalmente de las notificaciones aportadas por las provincias de Formosa (con residencia en los departamentos Capital, Patiño, Pilagás, Pirané y Pilcomayo) y de Chaco (principalmente pertenecientes a la Resistencia, pero con notificaciones aisladas en otros 14 departamentos de la provincia). Ambas provincias notificaron casos durante todas las semanas de la temporada.

Se notificaron casos sin antecedente de viaje en las provincias de Mendoza (Luján de Cuyo, Capital y Guaymallén), Tucumán (Cruz Alta y Chicligasta), CABA (Comuna 3), Buenos Aires (La Matanza y Lanús), Entre Ríos (Concordia), Salta (Capital), Santa Fe (Castellanos, San Jerónimo y Rosario) y Córdoba (Capital, Colón, General San Martín, Río Primero y Unión).

Mapa 1. Dengue: Incidencia acumulada por departamento con casos autóctonos y en investigación. SE 31/2024 a SE 49/2024. Argentina.



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

Se confirmaron 10 casos importados de otros países: 3 residentes de la provincia de Buenos Aires, uno con antecedentes de viaje a Brasil, uno a Cuba y otro a México; 2 casos residentes en Córdoba, los dos con antecedentes de viaje a Cuba; 1 caso residente en CABA con antecedente de viaje a India; 2 casos correspondientes a la provincia de Mendoza que cuentan con viaje a Perú y 1 caso con residencia en Santa Fe y antecedente de viaje a la India y 1 caso residente en Chubut con antecedente de viaje a Brasil. Por otra parte, a nivel nacional, 1 caso de Buenos Aires con antecedente de viaje a Mendoza.

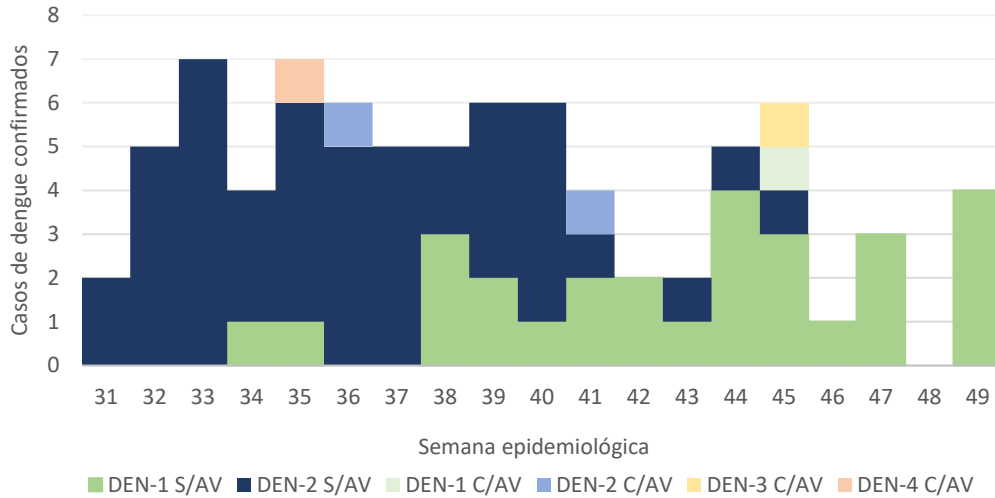
Se confirmaron además 5 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, Santa Fe y Salta. De los 70 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas.

En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días, se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales.

Por otra parte, para los casos sospechosos con antecedente de vacunación de más de 30 días, que deban ser estudiados por laboratorio, se deberán elegir técnicas directas (PCR o ELISA NS1) puesto que las herramientas serológicas no tienen valor para el diagnóstico de estos casos dado que la detección de anticuerpos será positiva por el hecho de haberse vacunado¹².

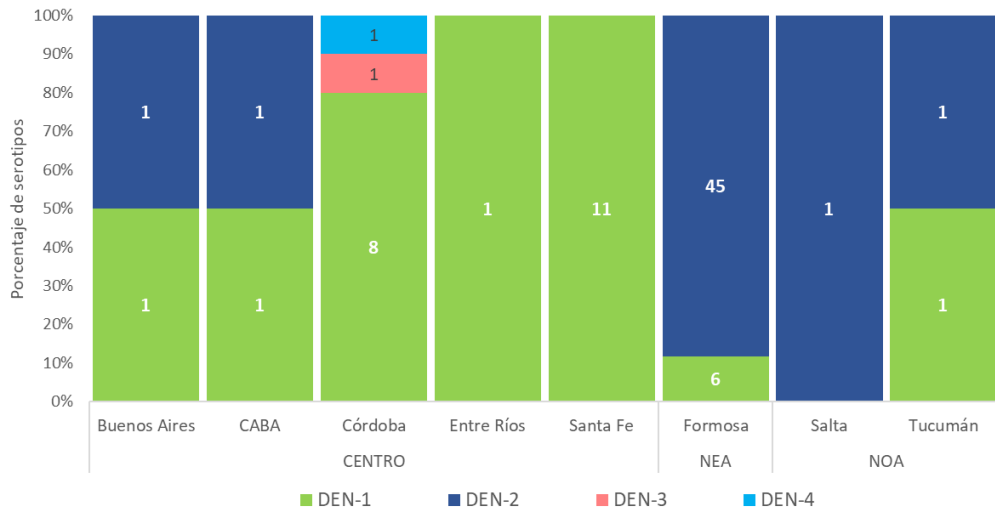
¹²https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

Gráfico 6. Dengue: Distribución de casos confirmados por serotipificación por semana epidemiológica según fecha mínima. SE31 a SE49/2024. Argentina. (n=80)



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

Gráfico 7. Dengue: Distribución de casos confirmados por serotipos por provincia. SE31 a SE49/2024. Argentina. (n=80).



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 DEN 2 de CABA y la provincia de Buenos Aires son importados, al igual que los DEN 3 y 4 de Córdoba. En Santa Fe solo uno de los DEN-1 es importado.

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 SE49).

La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión; durante el 2024 se han investigado hasta el momento 1252 casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas para Otros arbovirus. SE31 a SE49/2024. Argentina.

Evento Jurisdicción	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	28	0	17	0	0	1	18	0	3
CABA	0	4	0	1	0	1	0	1	0	0
Córdoba	0	24	0	7	0	0	3	148	0	0
Entre Ríos	0	13	0	0	0	1	2	22	0	1
Santa Fe	0	172	0	21	0	6	0	4	0	4
Total Centro	0	241	0	46	0	8	6	193	0	8
Mendoza	1	126	0	60	0	3	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
San Luis	0	0	0	1	0	0	0	6	0	0
Total Cuyo	1	126	0	61	0	3	0	8	0	0
Chaco	12	363	0	173	0	8	0	1	0	1
Corrientes	0	5	0	0	0	4	0	1	0	0
Formosa	0	2	0	2	0	1	0	0	0	0
Misiones	0	10	0	2	0	1	0	0	0	1
Total NEA	12	380	0	177	0	14	0	2	0	2
Catamarca	0	5	0	2	0	0	0	0	0	2
Jujuy	0	18	0	4	0	1	0	0	0	0
La Rioja	0	17	0	17	0	0	0	1	0	0
Salta	0	194	0	126	0	42	0	0	0	1
Santiago del Estero	0	13	0	6	0	0	0	2	0	0
Tucumán	0	2	0	6	0	15	0	0	0	0
Total NOA	0	249	0	161	0	58	0	3	0	3
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	2	0	2	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	2	0	2	0	0	0	0	0	0
Total País	13	998	0	447	0	83	6	206	0	13

Pos: positivas

Est: estudiadas

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 12 casos positivos Chikungunya de la provincia del Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; casos aislados desde la SE35 hasta la SE48, en distintos departamentos de la provincia, la mayoría en Quitilipi. Con respecto al caso positivo de Mendoza, corresponde a un caso probable por IgM positiva y, al final de esta edición, se encuentra en investigación.

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE SE 49/2024

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

- Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 48 de 2024 se registraron 1.166.858 casos de ETI, 168.826 casos de Neumonía y 177.958 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un aumento de las notificaciones de ETI del 4,8% y una disminución de neumonías de 9,2% y de bronquiolitis 22,6%, 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 de 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 SE48 y 49 se notificaron 13 detecciones de influenza entre las 100 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 68% 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 SE49/2024 se registraron 42 detecciones de SARS-CoV-2, 10 casos de influenza y 1 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 80% de los casos del año concentrados entre las SE18 y SE30, fundamentalmente a expensas de Influenza A. Durante 2024, se notificaron 186 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 56% 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). Desde la SE34 se observa un mayor número de detecciones respecto a lo registrado en las semanas previas, que alcanzó un máximo de 189 casos en SE42, con tendencia descendente posterior.

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 83% 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 SE48 se observa una disminución en el número de casos respecto al período previo. 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 83% de los casos entre las SE1 a SE12, con el período 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 821 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 de las detecciones semanales de SARS-CoV-2, aunque los casos permanecen en valores bajos, con el máximo registrado en SE44 (961 casos) y tendencia descendente posterior. En la SE49 de 2024 se registraron 185 casos confirmados. No se notificaron fallecimientos con este diagnóstico en la última SE.¹³
- 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 período 9 detecciones de JN.1.7 (2,56%) (*Indica la inclusión de linajes descendientes).¹⁴

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre las SE 1 y 48 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.166.858 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2479,1 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 SE1-48 de 2024 es menor respecto del año 2022 (cuando se registraron un total de 1.308.543 casos), y mayor en comparación con los restantes años históricos analizados.

¹³ 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.

¹⁴ La información de vigilancia genómica de SARS-CoV-2 fue actualizada el 6 de noviembre de 2024.

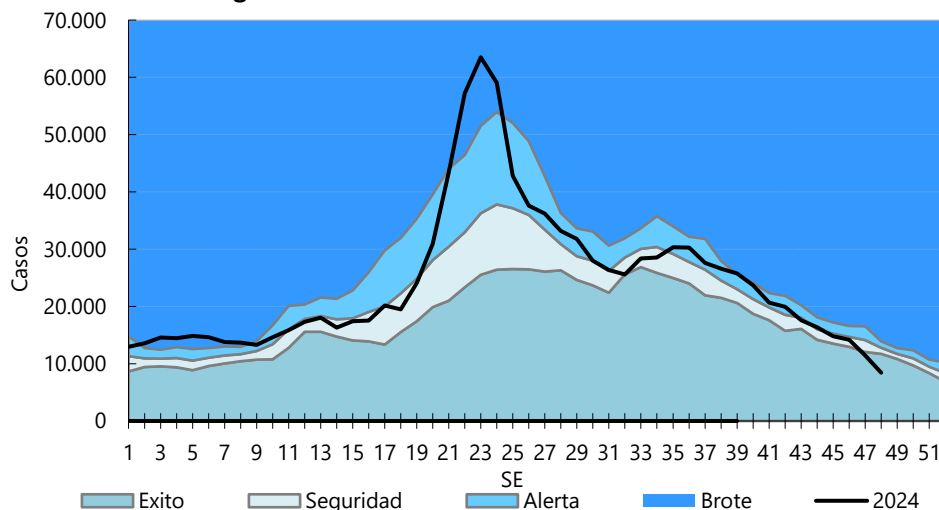
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE48. Total país.



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. Desde SE33 se verifica un ligero ascenso de notificaciones que se ubican nuevamente en la zona de alerta e incluso alcanzan la zona de brote en SE39. En las últimas semanas los casos descienden y se ubican en niveles esperados desde SE47.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023¹⁵. SE 1 a 48 de 2024. Argentina.



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

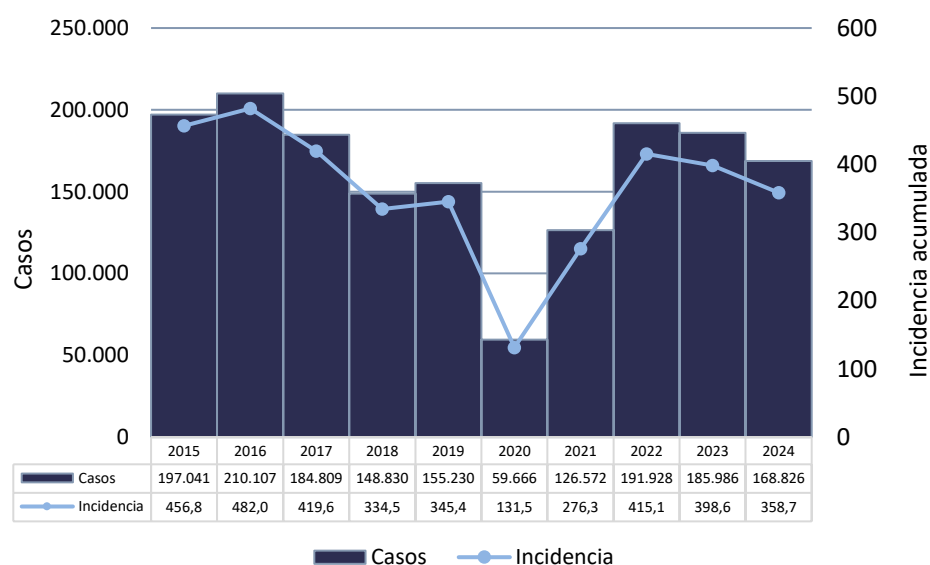
¹⁵ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

NEUMONÍA

Entre las SE 1 y 48 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 168.826 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 358,7 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías entre las SE1 a 48 del período 2015-2024, se observa que los años con el mayor número de casos fueron 2016 y 2015. Entre los años 2016 a 2018 se verifica que las notificaciones de neumonía muestran tendencia descendente, con un incremento en 2019 y un nuevo descenso en 2020. Entre los años 2021 y 2023 los casos vuelven a ascender. Para el año en curso, las notificaciones superan a las registradas para el período 2018-2021, mientras se encuentran en valores más bajos respecto a los restantes años analizados.

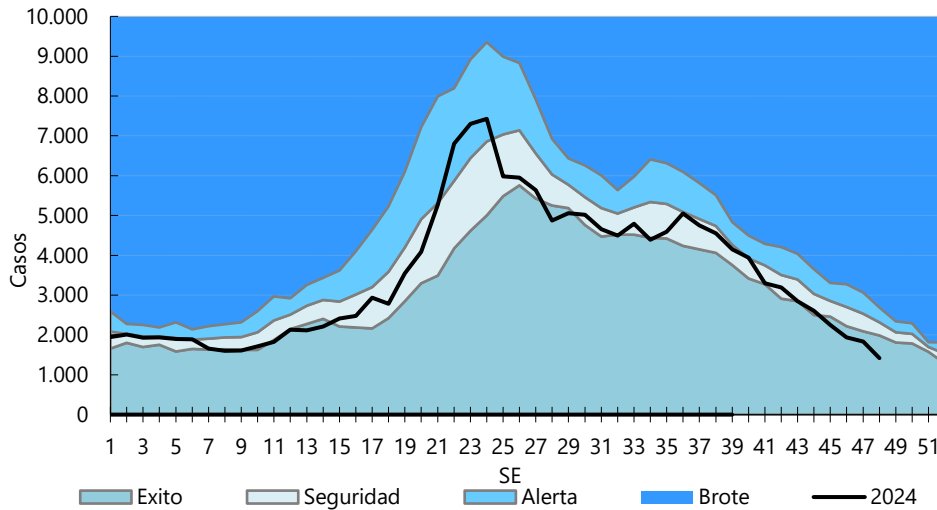
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE48. Total país.¹⁶



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

Las notificaciones de neumonía 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 SE35-36 se registra un ligero nuevo ascenso de las neumonías que luego descienden y se ubican en niveles esperados desde SE45.

¹⁶ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 de 2022. A partir de la SE23/2022 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de 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.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.¹⁷ SE 1 a 48 de 2024. Argentina.

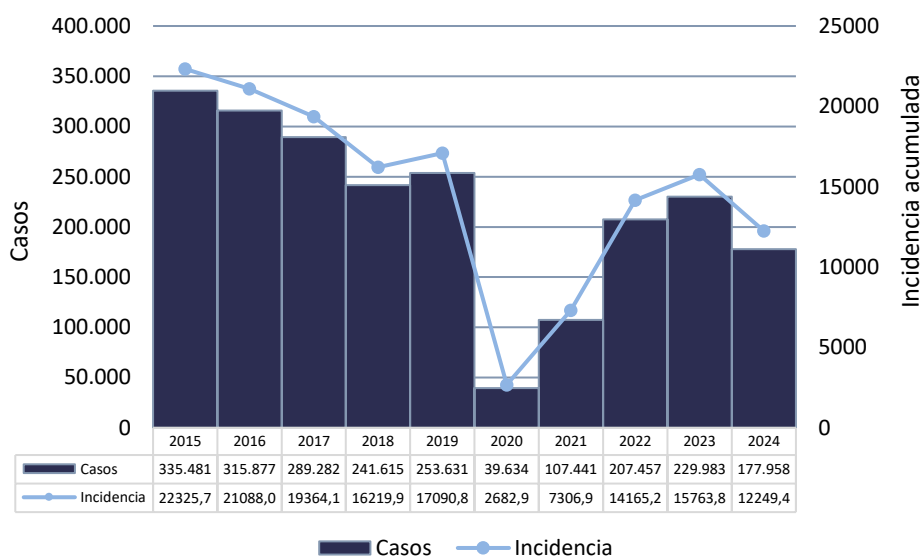
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

BRONQUIOLITIS

Entre las SE 1 y 48 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 177.958 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 12.249,4 casos/100.000 habitantes.

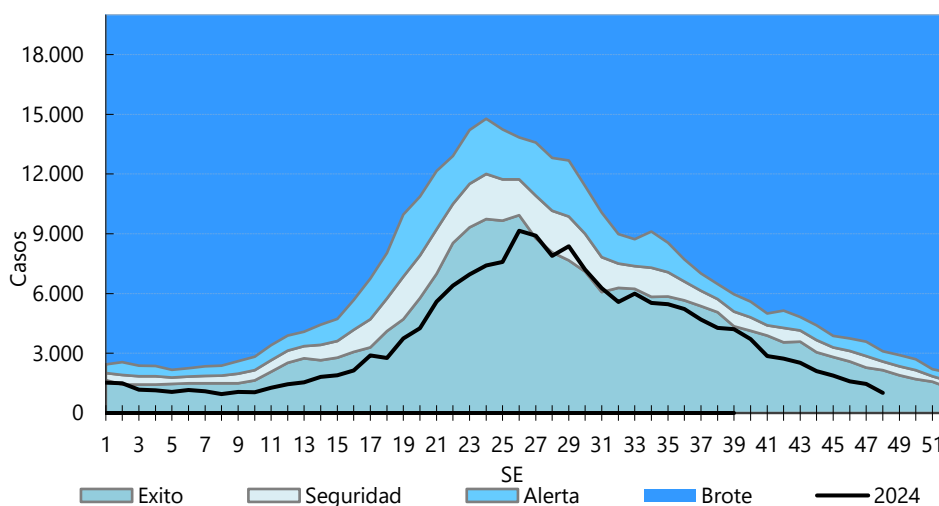
El número de notificaciones de bronquiolitis en los nueve años previos (2015-2023) muestra que el año con mayor número de casos entre SE1-48 fue 2015, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019, con un nuevo descenso y valores inusualmente bajos en 2020 y 2021. Para los años 2022 y 2023 se registra un aumento de las notificaciones de bronquiolitis. En el corriente año 2024 se observa que las notificaciones son menores respecto a registros históricos, superando únicamente las notificaciones de 2020 y 2021.

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

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE48. Total país¹⁸.

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

En las primeras 2 SE del año las notificaciones de bronquiolitis en menores de 2 años oscilaron entre la zona de éxito y seguridad, ubicándose posteriormente dentro de los límites esperados, en relación a los registros históricos. Las notificaciones presentan tendencia ascendente desde la SE11 y alcanzan su máximo en SE26, 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.

Gráfico 6: Bronquiolitis: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.¹⁹ SE 1 a 48 de 2024. Argentina.

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

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

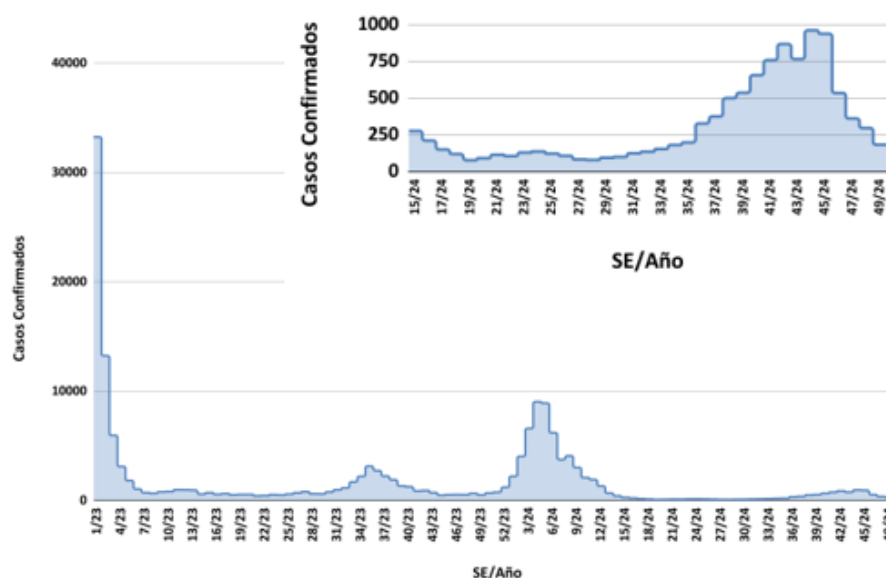
¹⁹ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022

COVID-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 nuevo ascenso de las detecciones semanales de COVID-19, aunque los casos permanecen en niveles bajos, con un máximo de 961 casos notificados en la SE44 y tendencia descendente en las SE siguientes.

Gráfico 7: COVID-19: Casos confirmados y fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 49/2024. Argentina.

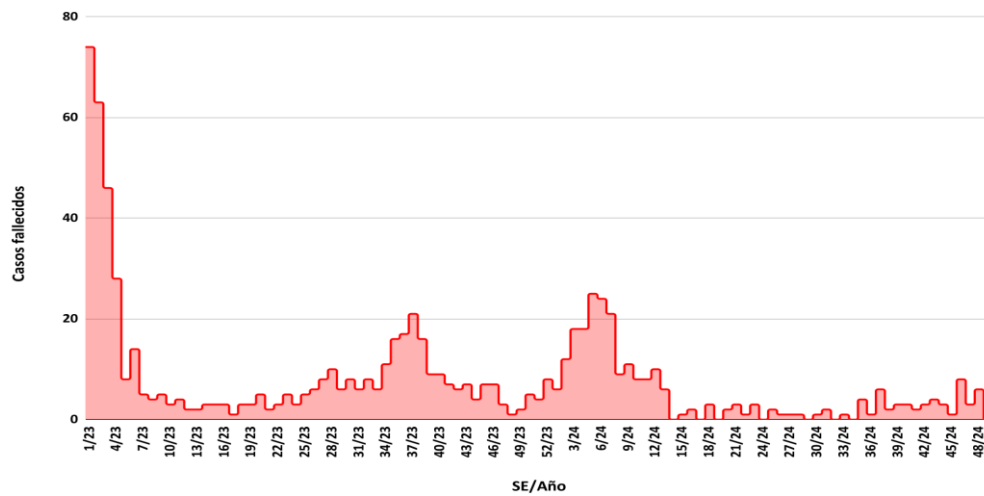


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS^{2.0}.

Respecto a los fallecimientos, se observó en las primeras semanas de 2024 un ligero aumento en las notificaciones en el SNVS 2.0 en concordancia con el ascenso de casos registrado, que alcanzó su máximo en la SE5 de 2024 y posteriormente presentó una tendencia descendente. Durante la SE49/2024, no se registraron personas fallecidas con diagnóstico de COVID-19²⁰.

²⁰ De acuerdo a la estrategia de vigilancia epidemiológica vigente, para el análisis de fallecimientos por COVID-19 se consideran los casos en los que se registre tanto el fallecimiento, así como el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 por las técnicas de laboratorio disponibles en alguno de los eventos para la notificación de IRAs en el SNVS.

Gráfico 8: COVID-19: Casos fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 49/2024. Argentina.



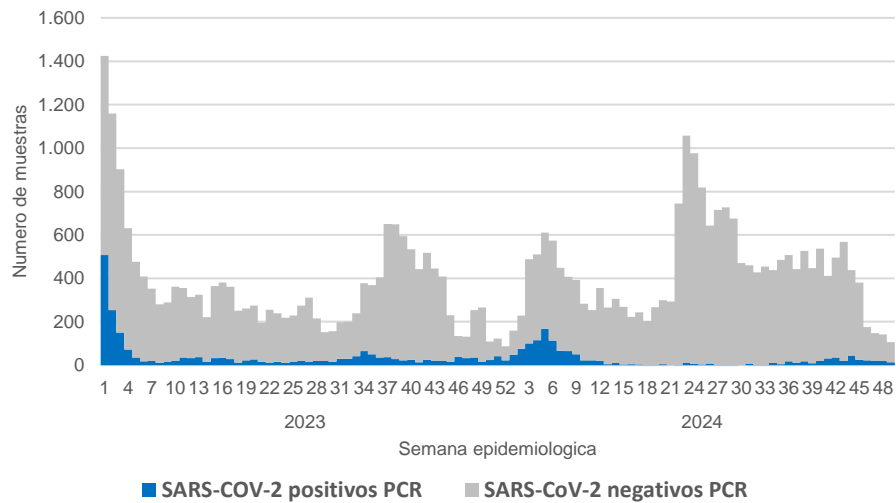
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS^{2.0}.

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 SE49, se registraron en el SNVS2.0, en el evento “Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios”, un total de 21.500 muestras estudiadas por rt-PCR para SARS-COV-2, de las cuales 1266 fueron positivas. Esto representa un ascenso de 15,04% respecto a las muestras estudiadas registradas para el mismo periodo de 2023, aunque con un descenso de 40,34% en las detecciones. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 5,89%.

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 68% 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 SE49/2024, se notificaron 13 casos positivos entre las 107 muestras analizadas por PCR para este agente etiológico.

Gráfico 9. Muestras positivas y negativas para SARS-COV-2 por técnica PCR, por SE. SE1/2023 a SE49/2024. Estrategia UMA. Argentina.

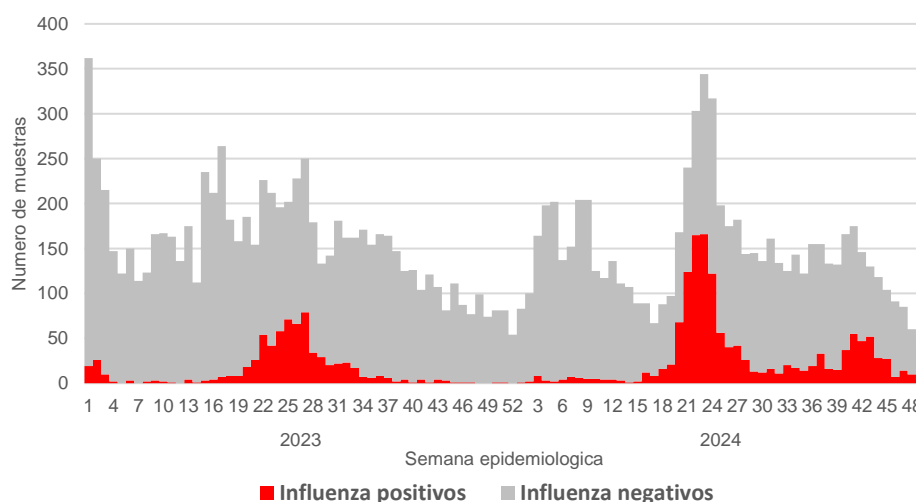


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

Además, desde el inicio de 2024 se estudiaron un total de 7.197 muestras para influenza, de las cuales 1389 resultaron positivas. Si bien las muestras estudiadas para este agente en esta estrategia registran un descenso de aproximadamente el 9,80% en 2024 respecto al mismo período de 2023, se verifica un 95,36% 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 19,30% para este virus en UMA.

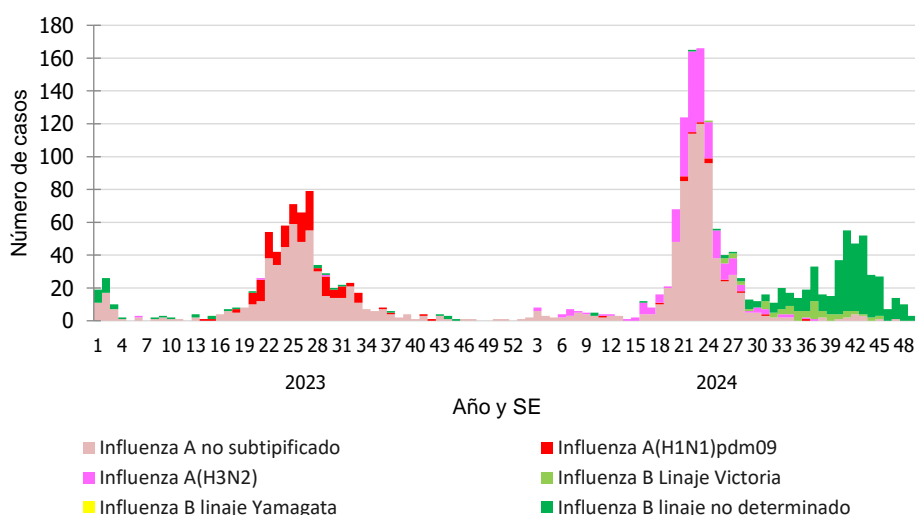
Aun cuando a lo largo del año se registraron casos de influenza en UMA durante todas las semanas, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24 (máximo en SE23- 166 casos). Este ascenso estuvo asociado 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 48 y 49 se notificaron 13 detecciones de influenza entre las 100 muestras estudiadas.

Gráfico 10. Muestras positivas y negativas para influenza, por SE. SE1/2023 a SE49/2024. 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= 1389), la mayoría correspondieron a Influenza A (n= 952, 68,54%), mientras que Influenza B se identificó en los 437 casos restantes. Respecto de los virus Influenza A, 272 muestras cuentan con subtipificación, detectándose predominantemente Influenza A (H3N2) (n= 258) 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, 69 fueron identificados como Influenza B Victoria, el resto correspondieron a Influenza B sin identificación de linaje.

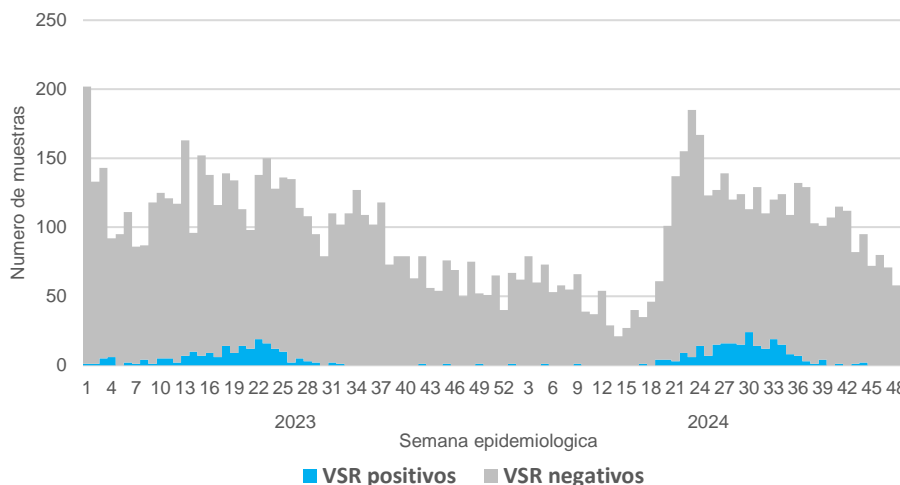
Gráfico 11. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica – SE1/2023 a SE49/2024. Estrategia UMA. Argentina.

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 4.341 muestras estudiadas en lo que va de 2024, con un total de 224 positivos para VSR durante 2024 en UMAs y una positividad acumulada de 5,16%. 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 (SE48 y 49), no se notificaron casos de VSR entre las 97 muestras estudiadas.

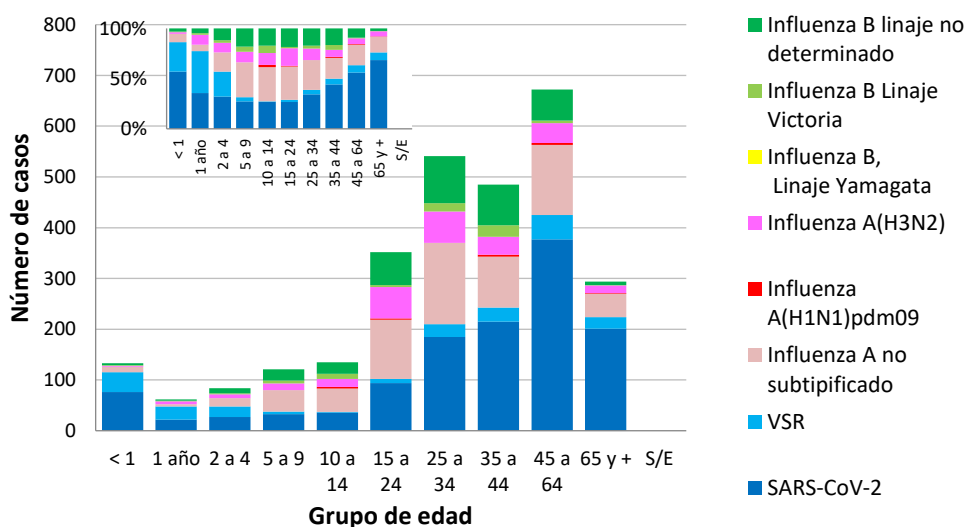
Gráfico 12. Muestras positivas y negativas para VSR por SE. SE1/2023 a SE49/2024. Estrategia UMA. Argentina.



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 SE49/2024. 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 SE49 de 2024, en términos acumulados, se notificaron 6319 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. **Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 12,43% menos casos.**

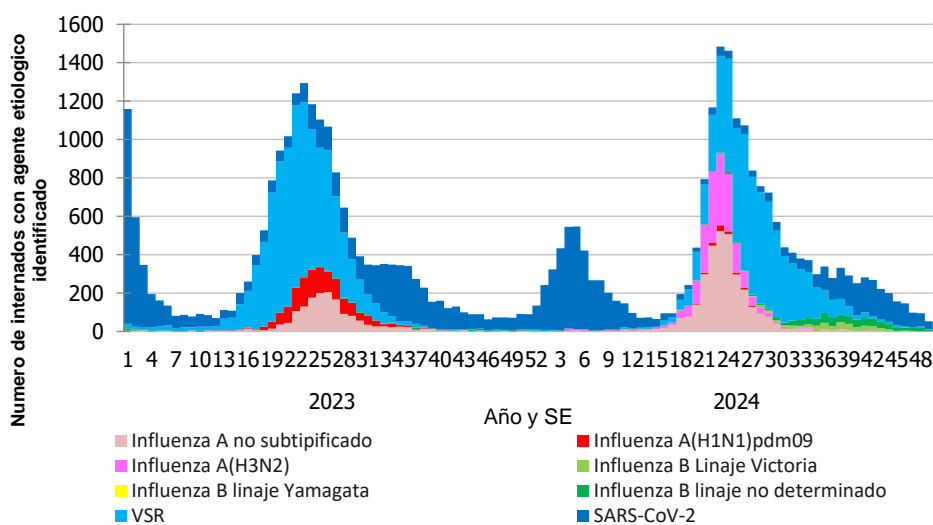
Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia ascendente entre las SE52/2023 y SE5/2024, descendiendo de manera sostenida desde esa semana hasta la SE12. Se destaca que en las primeras 12 semanas de año se concentró el 56% de los casos registrados en lo que va de 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, que alcanzó un máximo de 189 casos en SE42. A partir de SE43, se verifica un menor número de casos hospitalizados con este diagnóstico, con un promedio de 86 casos semanales en las últimas 5 semanas analizadas (42 casos notificados en hospitalizados para la SE49).

Adicionalmente, en lo que va de 2024, se registraron 6223 detecciones positivas para virus **influenza** en internados. Esto representa un ascenso del 103,10% 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 80% 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 SE49/2024 se registraron 10 casos de influenza en personas hospitalizadas.

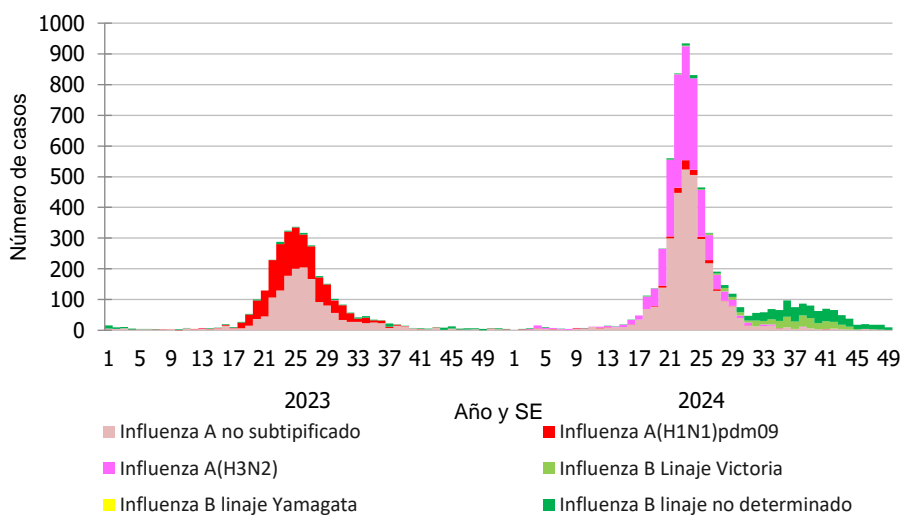
Respecto a **VSR**, desde SE1/2024 a SE49/2024 se notificaron 7267 casos hospitalizados positivos para VSR, con un **descenso del 20,11% respecto a las notificaciones del mismo periodo del año previo.**

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 (SE49), se registró 1 caso de VSR en hospitalizados.

Gráfico 14. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2023 a SE49/2024. Argentina.

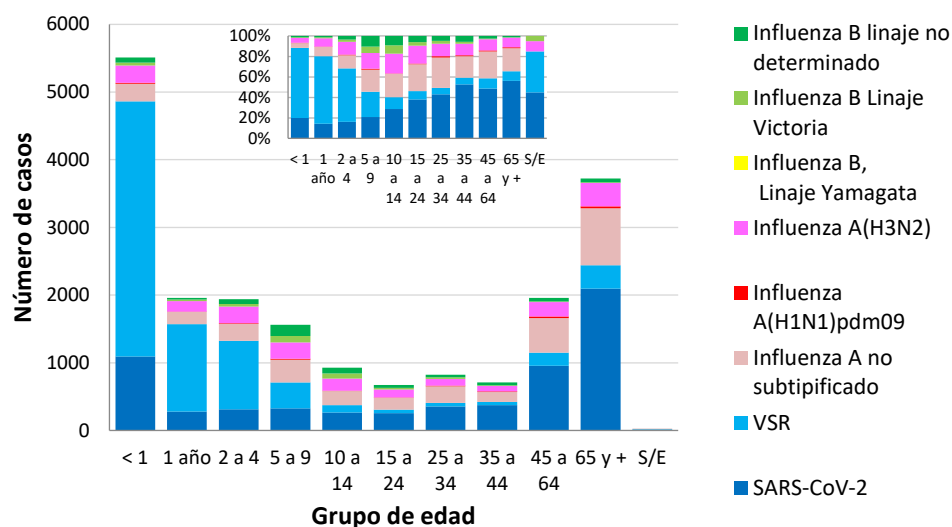
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Para el año 2024, entre las 6223 detecciones de influenza, 5221 fueron influenza A (83,90%) y 1002 influenza B (16,10%). Respecto de los virus Influenza A, 2060 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales la mayoría correspondieron a **influenza A (H3N2) (n= 1942, 94,27%)**, mientras que las 118 muestras restantes fueron identificadas como influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 342 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 SE49/2024. 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 SE49/2024.

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 01-49 del año 2024, se notificaron al SNVS 2.0 186 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.²¹

VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS - RED DE LABORATORIOS

En el momento actual y desde la SE32, se verifica un 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 83% 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 8461 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 127 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 821 casos en la SE44.

Para el año 2024, se destaca un ascenso pronunciado de las notificaciones de influenza desde SE16 a SE23 (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 83% de lo reportado corresponde al periodo comprendido entre SE18 y SE30. Entre las SE 31 y 48 se observa una disminución en el número de casos en comparación con el período previo. Sin embargo, se registra un cambio en el tipo identificado, predominando el tipo B (linaje Victoria), el cual muestra

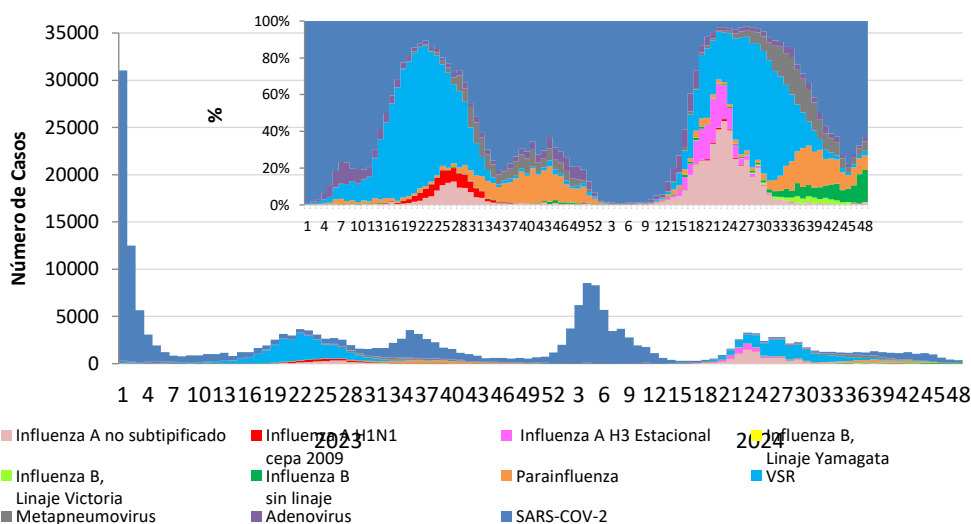
²¹ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

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 (1776 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, en la SE48 de 2024 se verifica su circulación en orden de frecuencia: parainfluenza, metapneumovirus y adenovirus. Desde la SE23 y hasta la SE44 se registra un ascenso de las detecciones de metapneumovirus, que alcanzó su máximo en SE36. Además, en las últimas semanas, se verifica un incremento de los casos de parainfluenza, que ascendieron entre las SE30 a 38, con tendencia descendente posterior.

Gráfico 17. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2023 a SE48/2024. Argentina.



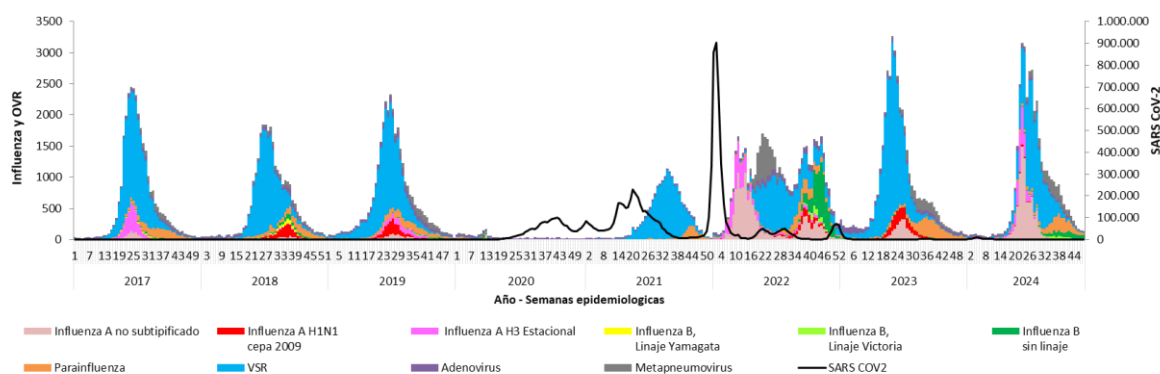
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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

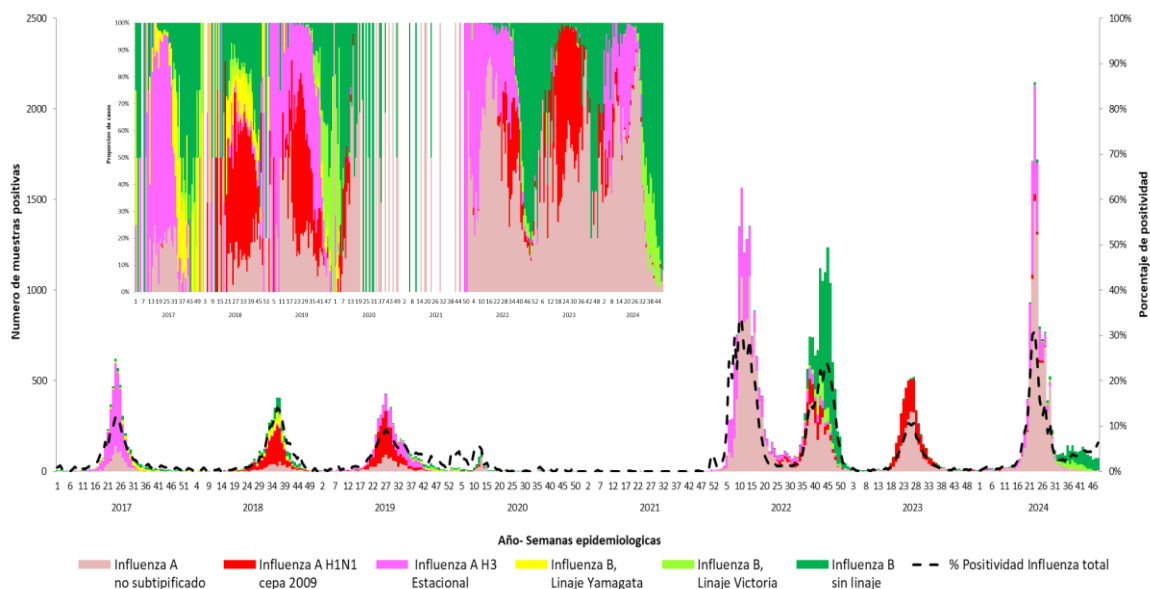
cuanto a metapneumovirus, se verificó un descenso de las notificaciones en 2023 respecto a las muestras positivas del año 2022, con un 43,32% menos detecciones en el 2023 y un comportamiento estacional similar al observado en el período 2017-2019. En relación a influenza, durante el año 2023 se observó 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- SE48/2024. 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- SE48/2024. 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 períodos anteriores de 28 días, se compartieron 39.101 y 46.631 secuencias, respectivamente.²²

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) designa 1 variante de interés (VOI), JN.1. Además, fueron designadas 6 variantes bajo monitoreo (VUM): JN.1.18, KP.2, KP.3, KP.3.1.1, LB.1 y XEC^{23,24}.

A nivel mundial, JN.1 es 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

²² COVID-19 epidemiological update – 6 de noviembre de 2024. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

²³ OMS- Tracking SARS-CoV-2 variants-. <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

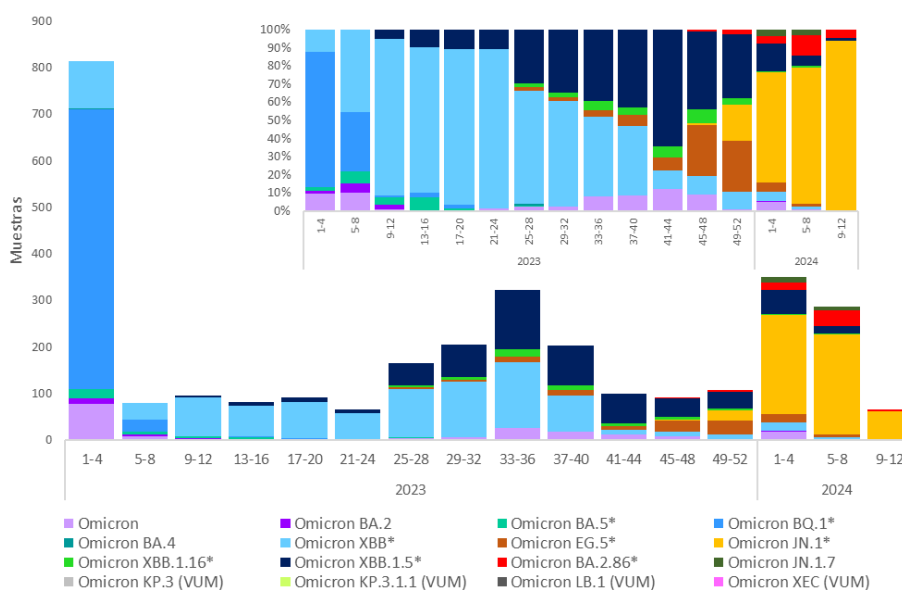
²⁴ Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for--sars-cov-2-variants>

(2,56% de las muestras) (*Indica la inclusión de linajes descendientes).²⁵

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.

Gráfico 20: Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrisesmanas. SE01/2023- SE12/2024.Total país²⁶.



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

La variante de interés (VOI) Omicron JN.1* se encuentra incorporada 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”

Además, se incorporaron las 6 variantes bajo monitoreo (VUM) para su notificación en el evento:

- 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)

²⁵ Información nacional actualizada el 6 de noviembre de 2024

²⁶ Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS²⁷

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, con excepción de América del Norte, donde se ha registrado un aumento en los casos de ETI. La actividad de SARS-CoV-2, aunque en descenso, se mantiene en niveles intermedios en América del Norte, mientras que muestra una tendencia ascendente en Brasil y el Cono Sur. Por su parte, la influenza ha registrado un ligero aumento en algunos países de la subregión Andina, el Cono Sur, América del Norte y el Caribe. La actividad del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) continúa siendo alta en algunos países de América Central, con una tendencia ascendente y actividad elevada en América del Norte y en varios países y territorios del Caribe.

América del Norte: Los casos de ETI, IRAG y las hospitalizaciones asociadas a virus respiratorios se han mantenido en niveles bajos durante las últimas SE, aunque con un ligero ascenso. La actividad de influenza ha registrado un leve incremento y se sitúa en torno al umbral epidémico en todos los países. En este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo A(H3N2) y A(H1N1)pdm09. La actividad del VRS sigue en aumento, alcanzando niveles similares a los máximos observados en temporadas previas en algunos países. En contraste, la actividad de SARS-CoV-2, tras haber alcanzado niveles comparables a los máximos registrados durante la ola 2023-2024, ha comenzado a descender, ubicándose en niveles bajos.

Por países: En Canadá, la actividad de SARS-CoV-2, tras alcanzar niveles máximos similares a olas anteriores, continúa en descenso. La actividad de influenza ha mostrado un incremento y se aproxima al umbral epidémico. Asimismo, la actividad del VRS sigue en ascenso, acercándose a niveles máximos observados en temporadas previas. En México, los casos de ETI e IRAG han mostrado un ligero aumento en las últimas cuatro SE, alcanzando niveles de actividad epidémica. La mayoría de los casos positivos se atribuyen a influenza, que permanece fluctuante en torno al umbral epidémico. Asimismo, la actividad del VRS ha mostrado un ascenso, alcanzando niveles similares a los máximos observados en temporadas anteriores. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos. En Estados Unidos, las tasas de hospitalización asociadas a virus respiratorios por 100,000 habitantes se mantienen en niveles bajos, aunque con un ligero incremento en las hospitalizaciones relacionadas con VRS. Asimismo, los casos de ETI han mostrado una tendencia creciente. Los niveles de positividad para SARS-CoV-2 permanecen bajos en comparación con olas previas. La actividad de influenza, aunque en ascenso, se mantiene cercana al umbral epidémico. La actividad del VRS ha mostrado un claro aumento durante las últimas cuatro SE, aunque sigue por debajo de los máximos registrados en temporadas anteriores.

Caribe: Los casos de ETI han mostrado un ligero incremento, asociado en semanas previas a casos positivos a VRS. Los casos de IRAG también se han mantenido en niveles bajos. La actividad de influenza ha registrado un incremento, con actividad en numerosos países de la subregión, predominando el subtipo A(H1N1)pdm09. Por su parte, la actividad de VRS ha mostrado un aumento pronunciado en varios países durante las últimas cuatro SE. En contraste, la actividad de SARS-CoV-2, tras el repunte observado en semanas previas, ha descendido nuevamente a niveles bajos.

Por países: En las últimas cuatro SE, se ha observado actividad de influenza en Belice, Barbados, Santa Lucía, Jamaica y las Islas Caimán. Adicionalmente, se ha detectado actividad de VRS en Belice,

²⁷ 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>

República Dominicana, Jamaica, Barbados, Islas Caimán, Guyana y San Vicente y las Granadinas. En República Dominicana, tras el incremento reportado en la positividad del VRS, alcanzando valores máximos similares a los observados en olas previas, se ha observado una tendencia decreciente. Los niveles de influenza han fluctuado en torno al umbral epidémico. Los casos de IRAG se han mantenido en niveles por debajo del umbral epidémico. En Jamaica, los casos de IRAG se encuentran en niveles epidémicos. Los casos de neumonía están en niveles extraordinarios. Durante las últimas cuatro SE, se ha registrado 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 durante las últimas cuatro 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. La proporción de casos de ETI e IRAG atribuible a VRS se mantiene elevada, aunque con una tendencia decreciente. 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, seguidos de influenza A(H3N2). La actividad de VRS, tras alcanzar niveles similares a los máximos registrados en temporadas previas, ha comenzado a disminuir. 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 IRAG durante las últimas cuatro SE, alcanzando niveles extraordinarios. Sin embargo, en la última SE se han reducido a niveles elevados. La mayoría de los casos positivos son atribuibles al VRS, cuya actividad ha mostrado un marcado aumento y se encuentra en niveles altos. Por su parte, la actividad de influenza se sitúa en torno al umbral epidémico, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos. En El Salvador, la circulación de influenza ha mostrado un ascenso en las últimas cuatro SE, superando el umbral epidémico. La actividad de VRS ha registrado un marcado repunte con niveles intermedios en comparación con los máximos observados en temporadas previas. La actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos. 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. Tanto la actividad de influenza como la de VRS están en descenso, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos. En Honduras, la actividad de IRAG se ha mantenido en niveles moderados durante las últimas cuatro SE, con un ligero incremento en los casos positivos de VRS e influenza. 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 durante 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 pico registrado en semanas anteriores 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 se mantiene en niveles bajos en la mayoría de los países (excepto en Ecuador, donde se encuentra por encima del umbral epidémico) predominando el tipo B/Victoria seguido de A(H3N2). La actividad de VRS y SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos 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 continúa baja, mientras que la actividad de influenza se mantiene por debajo del umbral epidémico. En Colombia, la actividad de IRA (Infección Respiratoria Aguda) ha mostrado un ligero repunte en la última SE, situándose por encima del umbral epidémico. Por su parte, la actividad de IRAG se mantiene en niveles por debajo de dicho umbral. La mayoría de los pocos casos positivos se atribuyen a influenza, cuya actividad permanece por debajo del umbral epidémico, y al VRS, que sigue en descenso. La actividad de SARS-CoV-2, por otro lado, permanece en niveles bajos. En Ecuador, la actividad de IRAG y neumonía ha mostrado un incremento, alcanzando niveles epidémicos y moderados, respectivamente. Los casos positivos de IRAG se atribuyen principalmente a influenza, cuya actividad ha ascendido a niveles moderados y predomina el tipo A(H3N2). Por otro lado, la actividad de VRS y SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos. En Perú, la actividad de influenza se encuentra por debajo del umbral epidémico. Los niveles de VRS permanecen bajos. La actividad de SARS-CoV-2 ha mostrado un ligero ascenso, pero sigue dentro de niveles bajos.

Brasil y Cono Sur: La actividad de ETI e IRAG ha mostrado un descenso en las últimas cuatro SE. 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 se ha mantenido en niveles bajos, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 ha registrado un aumento, aunque permanece en niveles inferiores en relación con los máximos registrados 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, asociada a un repunte durante las últimas cuatro SE, con circulación de influenza B/Victoria. Por su parte, la actividad de VRS se ha mantenido en niveles bajos. En cuanto a SARS-CoV-2, tras un incremento que alcanzó niveles intermedios en comparación con los máximos de olas previas, ha comenzado a descender. 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 en comparación con olas previas. La actividad de VRS continúa en niveles bajos. En Chile, la actividad de ETI ha fluctuado entre niveles moderados y extraordinarios en las últimas cuatro SE, asociada principalmente a casos positivos de influenza y SARS-CoV-2. Los casos de IRAG continúan descendiendo, aunque se mantienen en niveles epidémicos. La mayoría de los casos positivos de IRAG son atribuibles a SARS-CoV-2 e influenza. La actividad de VRS ha seguido disminuyendo, alcanzando niveles bajos. Por su parte, la actividad de SARS-CoV-2 e influenza, aunque permanece en niveles bajos, ha mostrado un incremento en las últimas cuatro SE, superando, en el caso de influenza, el umbral epidémico. La mayoría de los casos de influenza con información disponible corresponden a influenza B. En Paraguay, la actividad de IRAG se mantiene en niveles epidémicos, aunque con una tendencia decreciente. Los casos positivos se atribuyen principalmente a SARS-CoV-2, que ha mostrado un ligero incremento, y a influenza, que se encuentra en niveles por debajo del umbral epidémico. La actividad de ETI permanece por debajo del umbral epidémico, con pocos casos positivos, los cuales son atribuibles a influenza. En Uruguay, tanto la actividad de ETI como la de IRAG han mostrado un descenso progresivo, situándose por debajo del umbral epidémico. Los pocos casos positivos registrados se atribuyen a SARS-CoV-2, que ha presentado un aumento en el porcentaje de positividad, aunque con niveles por debajo de los máximos observados en olas previas.

**ALERTAS Y
COMUNICACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
INTERNACIONALES**

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre 05 y el 11 de diciembre del 2024.

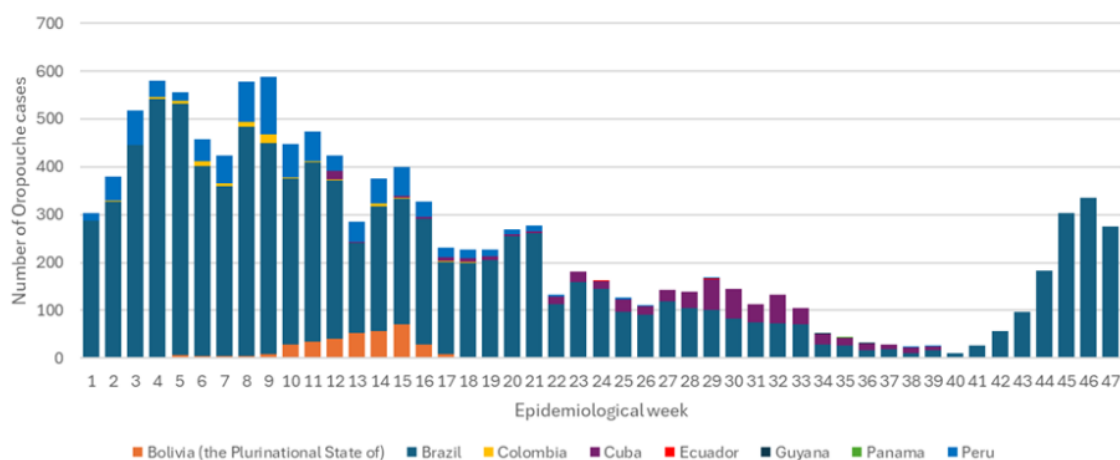
ORPOUCHE EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Desde la última publicación de las Noticias sobre Brotes de Enfermedades ([Disease Outbreak News](#)) sobre este evento, el 23 de agosto de 2024, tres países adicionales y un territorio (Ecuador, Guyana y Panamá) han reportado casos confirmados de la enfermedad por el virus Oropouche en la Región de las Américas. Además, se han informado casos importados de Oropouche desde las Islas Caimán, Canadá, los Estados Unidos de América y algunos países de la Región Europea.

Entre el 1 de enero y el 25 de noviembre de 2024, se han reportado 11 634 casos confirmados de Oropouche, incluidos dos fallecimientos, en la Región de las Américas: Bolivia (Estado Plurinacional) (356 casos), Brasil (9563 casos, incluidos dos fallecimientos), Canadá (dos casos importados), Islas Caimán (un caso importado), Colombia (74 casos), Cuba (603 casos), Ecuador (dos casos), Guyana (dos casos), Panamá (un caso), Perú (936 casos) y Estados Unidos de América (94 casos importados). Además, se han informado 30 casos importados de Oropouche en países de la Región Europea.

Se han reportado casos y consecuencias de transmisión vertical de la infección por el virus Oropouche en Brasil y Cuba. Brasil ha confirmado tres casos de transmisión vertical (dos casos de muerte fetal y un caso de anomalía congénita) y ha informado que están bajo investigación 15 muertes fetales, cinco abortos espontáneos y tres casos de anomalías congénitas. Adicionalmente, en septiembre, Cuba confirmó un caso de anomalía congénita y tiene dos casos adicionales bajo investigación.

Figura 1. Número de casos confirmados de Oropouche en 2024 por país y semana epidemiológica de inicio de síntomas en la Región de las Américas.



Fuente: Adaptado y reproducido por la OPS/OMS a partir de los datos reportados por los países respectivos.

Lo siguiente es un resumen de la situación en los países que han reportado casos confirmados de Oropouche en las Américas hasta el 25 de noviembre de 2024.

Estado Plurinacional de Bolivia: Entre el 1 de enero y el 5 de octubre de 2024, se registraron 356 casos de Oropouche confirmados mediante prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR). Se ha reportado transmisión en tres departamentos: La Paz con el 75,3 % de los casos (268 casos), seguido por Beni con el 21,3 % de los casos (76 casos) y Pando con el 3,4 % de los casos (12 casos). Los casos se han registrado en 16 municipios considerados endémicos para esta enfermedad, con la mayor proporción de casos reportados en los municipios de Irupana, La Paz, con el 33 % de los casos; seguido por La Asunta, La Paz, con el 13 % de los casos; Chulumani, La Paz, y Guayaramerín, Beni, con el 12 % cada uno.

La mitad de los casos son mujeres (179 casos) y el grupo de edad con el mayor número de casos es el de 30-39 años, que representa el 20 % de los casos (70 casos). No se han registrado muertes que puedan asociarse con la infección por OROV. Además, entre el 23 de marzo y el 13 de abril de 2024, se reportaron diez casos de coinfección de Oropouche y dengue en pacientes de tres municipios del departamento de La Paz, todos los cuales dieron positivo para dengue por RT-PCR con serotipos DENV-1 (dos casos) y DENV-2 (ocho casos).

Brasil: Entre el 1 de enero y el 25 de noviembre de 2024, se confirmaron 9.563 casos de Oropouche mediante RT-PCR. La mayoría de los casos se han reportado en municipios de los estados del norte; sin embargo, hasta la fecha, se han informado casos en 22 de los 27 estados del país. La región amazónica, un área considerada endémica para Oropouche, representa el 70% de los casos reportados en el país, con siete estados reportando casos: Amazonas (3.231 casos), Rondônia (1.711 casos), Acre (273 casos), Roraima (277 casos), Pará (157 casos), Amapá (128 casos) y Tocantins (ocho casos). Además, se ha documentado transmisión autóctona en 15 estados no amazónicos, algunos de los cuales no habían reportado casos previamente: Bahía (889 casos), Espírito Santo (1.763 casos), Ceará (249 casos), Minas Gerais (194 casos), Santa Catarina (178 casos), Pernambuco (144 casos), Río de Janeiro (116 casos), Alagoas (116 casos), Sergipe (34 casos), Maranhão (33 casos), Piauí (30 casos), Mato Grosso (18 casos), São Paulo (ocho casos), Paraíba (cinco casos) y Mato Grosso do Sul (un caso).

Más de la mitad de los casos (52 %; 4.995) son hombres y el grupo de edad con el mayor número de casos es el de 20-29 años, con el 21 % de los casos (1.963 casos).

El Punto Focal Nacional del RSI de Brasil reportó dos casos mortales de infección por OROV detectados retrospectivamente en el estado de Bahía y seis casos están bajo investigación: uno en el estado de Paraná, con probable fuente de infección en el estado de Santa Catarina, dos en Espírito Santo, uno en Acre, uno en Alagoas y uno en Mato Grosso. Además, el 12 de agosto de 2024, Brasil reportó un caso de encefalitis asociado con OROV. El caso es un hombre residente del estado de Piauí. Hasta el 16 de noviembre de 2024, se han confirmado tres casos de transmisión vertical: dos casos de muerte fetal, uno en Pernambuco y uno en Ceará; y un caso de anomalía congénita en Acre. En cuanto a los casos bajo investigación en el país, se han identificado 15 casos de muerte fetal en Pernambuco, tres casos de anomalías congénitas en Acre (dos casos) y Bahía (un caso), y cinco abortos espontáneos en Pernambuco.

Colombia: Entre el 1 de enero y el 5 de octubre de 2024, se han reportado 74 casos confirmados de Oropouche en tres departamentos del país: Amazonas (70 casos), Caquetá (un caso) y Meta (un caso); además, se identificaron dos casos en viajeros procedentes de Tabatinga, Brasil. Los casos fueron identificados mediante una estrategia retrospectiva de búsqueda de casos de laboratorio implementada en 2024 por el Instituto Nacional de Salud de Colombia basada en la vigilancia del dengue (38 casos) y mediante la investigación de casos de síndrome febril (36 casos). Más de la mitad de los casos (51,4 %; 38) fueron mujeres y el grupo de edad con el mayor número de casos fue el de 10-19 años, con el 36,5 % de los casos (27 casos). No se han registrado muertes que puedan asociarse con la infección por OROV.

Se reportaron seis casos de coinfección con dengue en el departamento de Amazonas, cuatro en el municipio de Leticia (dos con DENV-1 y dos con DENV-2), y uno en el municipio de Puerto Nariño (DENV-3), y en el departamento de Meta, uno en el municipio de Guamal (DENV-4). En cuanto a la vigilancia de casos de transmisión vertical y sus consecuencias, hasta el 3 de octubre de 2024, se han identificado dos casos de Oropouche en mujeres embarazadas, ambas de Leticia, de 18 años (inicio de síntomas a las 29 semanas de gestación) y 22 años (inicio de síntomas a las 34 semanas de gestación), respectivamente. Ambas evolucionaron favorablemente y sus hijos nacieron sin

complicaciones. Hasta la fecha, ninguno de los bebés muestra evidencia de anomalías congénitas, síndromes neurológicos o trastornos del neurodesarrollo.

Cuba: Entre el 27 de mayo y el 25 de noviembre de 2024, se reportaron un total de 603 casos confirmados. Los casos continúan siendo identificados a través de la vigilancia del síndrome febril inespecífico, con registros en 109 municipios de las 15 provincias del país. Las provincias de La Habana (174 casos), Santiago de Cuba (75 casos), Pinar del Río (47 casos) y Cienfuegos (39 casos) representaron el 55 % de los casos confirmados.

Más de la mitad de los casos fueron mujeres (55 %, 331), y la mayor proporción de casos se registró en el grupo de edad de 19-54 años (53 %, 320). El 19 de septiembre de 2024, Cuba reportó tres casos de síndrome de Guillain-Barré (SGB) asociados con OROV. Los tres casos, dos mujeres y un hombre de 51, 53 y 64 años respectivamente, presentaron inicio de síntomas en junio. Los casos son residentes de la provincia de Santiago de Cuba, en los municipios de San Luis (un caso) y Santiago de Cuba (dos casos). Se recolectaron muestras de suero, líquido cefalorraquídeo (LCR) y orina, las cuales resultaron positivas para OROV mediante RT-PCR.

Se identificaron siete casos de Oropouche en mujeres embarazadas, dos de las cuales dieron a luz bebés vivos sin anomalías congénitas detectadas. Por otro lado, se identificaron tres casos de anomalías congénitas del sistema nervioso central con etiología infecciosa sospechosa a través del servicio nacional de referencia prenatal, de los cuales uno ha sido sometido a pruebas virológicas con un resultado positivo para OROV en sangre del corazón fetal; los otros dos casos están bajo investigación.

Ecuador: Hasta el 5 de octubre de 2024, se reportaron dos casos confirmados de enfermedad por virus Oropouche mediante análisis retrospectivo de muestras negativas para dengue realizado por el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI, por sus siglas en español). El primer caso ocurrió en una persona de 62 años de la provincia de Bolívar, quien desarrolló síntomas el 11 de junio. El segundo caso ocurrió en una persona de 36 años de la provincia de Los Ríos, quien desarrolló síntomas el 17 de julio. Ninguno de los pacientes tiene antecedentes de viajes recientes. Ningún caso requirió hospitalización y ambos se recuperaron completamente.

Guyana: Entre el 8 y el 14 de septiembre de 2024, se reportaron dos casos confirmados de enfermedad por virus Oropouche, siendo esta la primera detección de esta enfermedad en el país. El primer caso fue un hombre de 47 años que presentó síntomas el 21 de agosto de 2024. El paciente buscó atención médica el 24 de agosto de 2024. Se recolectaron muestras de sangre, y la prueba RT-PCR realizada el 3 de septiembre resultó positiva para OROV. El segundo caso fue reportado en un hombre de 42 años que presentó síntomas el 2 de septiembre de 2024. Este paciente buscó atención médica el 3 de septiembre de 2024. Se recolectaron muestras de sangre, y las pruebas RT-PCR realizadas el 7 de septiembre resultaron positivas para OROV. Ambos casos residían en la misma área geográfica en la región de Mahaica-Berbice por al menos 14 días antes del inicio de los síntomas y ninguno reportó antecedentes de viaje.

Panamá: El 15 de noviembre de 2024, el Punto Focal Nacional del RSI de Panamá reportó el primer caso confirmado de enfermedad por virus Oropouche en 2024. El caso fue confirmado por el laboratorio del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) en Panamá. El caso corresponde a una persona de entre 30 y 35 años, residente de la provincia de Coclé, con antecedentes de viajes recientes dentro del país. El caso presentó síntomas el 27 de agosto de 2024 y fue diagnosticado inicialmente como sospechoso de dengue. No requirió hospitalización y se recuperó en casa. Este caso fue detectado mediante la estrategia de vigilancia de laboratorio, que incluyó el análisis de una muestra de un paciente con síntomas similares a dengue que inicialmente

resultó negativa para DENV. El 15 de noviembre, el caso fue confirmado para OROV mediante RT-PCR. Aunque se encuentra recuperado, el caso está bajo investigación, ya que no se ha determinado el sitio exacto de exposición y transmisión.

Perú: Entre el 1 de enero y el 5 de octubre de 2024, se reportaron 936 casos confirmados de Oropouche en ocho departamentos del país. Los departamentos son Loreto (466 casos), Madre de Dios (312 casos), Ucayali (138 casos), Huánuco (15 casos), Junín (dos casos), Tumbes (un caso), San Martín (un caso) y Puno (un caso). Más de la mitad de los casos (51 %; 476) fueron hombres, y el grupo de edad con el mayor número de casos fue el de 30-39 años, con el 37 % de los casos (348 casos). No se reportaron muertes ni casos de posible transmisión vertical en el país.

Casos importados en países y territorios no endémicos

Canadá: Hasta el 21 de septiembre de 2024, Canadá confirmó dos casos de Oropouche con antecedentes de viaje a Cuba.

Islas Caimán: El 16 de septiembre de 2024, la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA, por sus siglas en inglés) confirmó un caso importado de virus Oropouche en una mujer adulta de las Islas Caimán que había viajado a Cuba. La paciente desarrolló síntomas, incluyendo fiebre y dolor muscular, el 10 de agosto tras regresar de su viaje. La prueba inicial para el virus Oropouche realizada en las Islas Caimán el 12 de agosto fue positiva y fue confirmada en el laboratorio de referencia de CARPHA a partir de una muestra de convalecencia recolectada el 15 de agosto.

Estados Unidos de América: Hasta el 8 de octubre de 2024, se identificaron 94 casos importados de enfermedad por virus Oropouche en los estados de Florida (90 casos), California (un caso), Colorado (un caso), Kentucky (un caso) y Nueva York (un caso). La edad promedio de los casos fue de 51 años (rango de 6 a 94 años) y el 48 % fueron mujeres. Un total de tres casos requirieron hospitalización. Dos de los casos presentaron enfermedad neuroinvasiva, no se reportaron muertes, y todos los casos tenían antecedentes de viaje a Cuba.

Además, entre el 2 de junio y el 20 de julio de 2024, se identificaron 30 casos importados de Oropouche en tres países de la Región Europea de la OMS: Alemania (tres casos), España (21 casos) e Italia (seis casos); 20 de estos casos tenían antecedentes de viaje a Cuba y uno a Brasil. Estos casos son los primeros registrados en esta región.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON545>

ENFERMEDAD NO DIAGNOSTICADA - REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

El 29 de noviembre de 2024, el Ministerio de Salud Pública de la República Democrática del Congo informó a la OMS sobre una alerta relacionada con un aumento de muertes por una causa no diagnosticada en la zona sanitaria de Panzi.

Entre el 24 de octubre y el 5 de diciembre de 2024, la zona de salud de Panzi, en la provincia de Kwango, ha registrado 406 casos de una enfermedad no diagnosticada con síntomas de fiebre, dolor de cabeza, tos, congestión nasal y dolores corporales, así como 31 muertes (tasa de letalidad o TdL del 7,6%). Los casos reportados alcanzaron su pico en la semana epidemiológica 45 (semana que finalizó el 9 de noviembre de 2024). El brote sigue en curso. Según un comunicado de prensa del Ministerio de Salud del 5 de diciembre, se han reportado varias muertes adicionales fuera de los centros de salud (muertes en la comunidad). Estas muertes aún deben ser investigadas, caracterizadas (edad, género, etc.) y verificadas.

Los casos se han reportado en nueve de las 30 áreas de salud de la zona de salud de Panzi: Kahumbulu, Kambandambi, Kanzangi, Kasanji, Kiama, Mbanza Kipungu, Makitapanzi, Mwini Ngulu y Tsakala Panzi. La mayoría de los casos (95,8%) provienen de las áreas de salud de Tsakala Panzi (169), Makitapanzi (142) y Kanzangi (78).

En la zona de salud de Panzi, los niños de 0 a 14 años representan el 64,3% de todos los casos reportados, distribuidos entre los grupos de edad de 0 a 59 meses (53%), 5 a 9 años (7,4%) y 10 a 14 años (3,9%). Las mujeres constituyen el 59,9% del total de los casos. Entre las muertes, el 71% corresponde a menores de 15 años, siendo el 54,8% en niños menores de cinco años. Todos los casos graves reportados presentaron desnutrición. Hay 145 casos en personas de 15 años o más, de los cuales nueve han fallecido (TdL: 6,2%). Las muertes se han producido principalmente en las comunidades rurales.

La zona ha experimentado un deterioro en la seguridad alimentaria en los últimos meses, cuenta con una baja cobertura de vacunación y tiene acceso muy limitado a servicios de diagnóstico y manejo de casos de calidad. También se enfrenta a la falta de suministros, medios de transporte y escasez de personal sanitario. Las medidas de control de la malaria son muy limitadas.

La presentación clínica de los pacientes incluye síntomas como fiebre (96,5%), tos (87,9%), fatiga (60,9%) y congestión nasal (57,8%). Los principales síntomas asociados con las muertes incluyen dificultad para respirar, anemia y signos de desnutrición aguda. Con base en el contexto actual de la zona afectada y la amplia gama de síntomas, es necesario descartar varias enfermedades sospechosas mediante investigaciones adicionales y pruebas de laboratorio. Estas enfermedades incluyen, pero no se limitan a, sarampión, gripe, neumonía aguda (infección del tracto respiratorio), síndrome urémico hemolítico por *E. coli*, COVID-19 y malaria.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON546>

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA SARAMPIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS – OPS

Resumen a nivel global

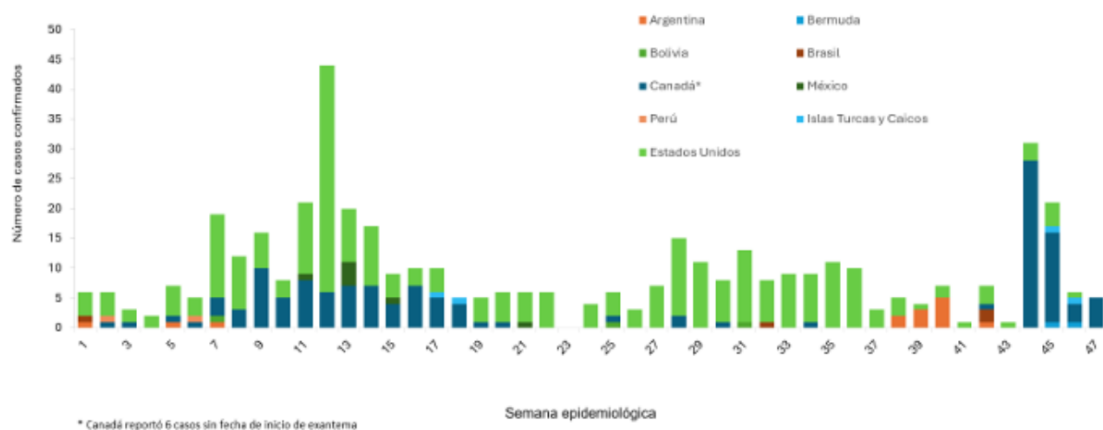
De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2024, hasta el 26 de noviembre del 2024 se notificaron 526.277 casos sospechosos de sarampión, en 183 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 283.840 (54%) fueron confirmados¹. En el año 2023, se informaron 623.411 casos sospechosos de sarampión en 176 Estados Miembros de la OMS, de los cuales 321.887 (52%) fueron confirmados.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

En 2024, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 48, en la Región de las Américas, se notificaron 16.841 casos sospechosos de sarampión de los cuales 452 casos han sido confirmados en Argentina (n= 14), Bermuda (n= 2), el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 3), Brasil (n= 4), Canadá (n= 138), los Estados Unidos de América (n= 280), las Islas Turcas y Caicos (n= 2), México (n= 7) y Perú (n= 2).

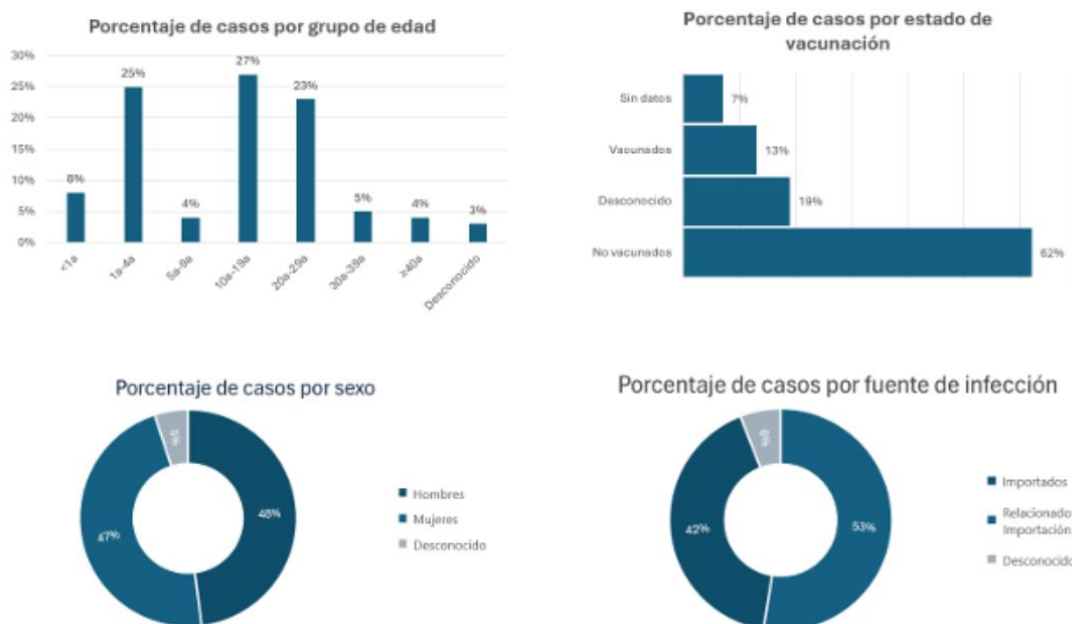
La distribución de los casos confirmados por semana epidemiológica muestra un incremento de casos partir de la SE 7 del 2024, con el número máximo de casos registrado en la SE 12. A partir de la SE 13 se observa una tendencia general al descenso que se mantiene hasta la SE 43. A partir de la SE 44, se observa un segundo incremento de casos confirmados debido a un brote en una comunidad renuente a la vacunación. De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados, el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (27%), el grupo de 1-4 años (25%) y al grupo de 20-29 años (23%). Con relación al antecedente de vacunación, el 62% de los casos no estaban vacunados y en 19% dicha información era desconocida o ausente.

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



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informe de los países a CIM/OPS. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 4 de diciembre del 2024]. Inédito, y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Casos y brotes de sarampión. Atlanta: CDC; 2024 [consultado el 26 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>

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



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informe de los países a CIM/OPS. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 4 de diciembre del 2024]. Inédito.

Coberturas de vacunación en la Región de las Américas

Durante el 2024, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), alertó en tres ocasiones (el 29 de enero, el 3 de junio y el 28 de octubre) sobre la disminución de las coberturas de la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP1 y SRP2) y la ocurrencia de casos de sarampión en países y territorios de la Región de las Américas.

Para el año 2023, 42 países y territorios de las Américas reportaron a la OPS las coberturas de vacunación SRP1 y SRP2. En relación con la aplicación de la primera dosis de SRP1, 12 países y territorios de la Región presentan coberturas superiores al 95%, 15 tienen coberturas entre 90-94%, nueve coberturas entre 80-89% y seis coberturas menores al 80%. Con respecto a la aplicación de la segunda dosis SRP2, solo siete países y territorios presentan coberturas mayores a 95%, mientras que 21 presentan coberturas inferiores al 80%. La cobertura para la Región de las Américas es del 87% para SRP1 y del 76% para SRP2.

Los datos de las coberturas de vacunación de sarampión y otras enfermedades en la Región de las Américas se encuentran disponibles en el tablero de la OPS Inmunización a lo largo del curso de vida en las Américas, cuyos datos se encuentran actualizados al 3 de octubre del 2024.

Situación epidemiológica de sarampión por país/territorio en la Región de las Américas

A continuación, se presenta la actualización de la situación epidemiológica de sarampión en los países y territorios que han notificado casos confirmados en las Américas en 2024. Desde la última alerta epidemiológica publicada el 28 de octubre de 2024, los países y territorios que han reportado casos confirmados en la Región de las Américas fueron Argentina, Bermuda, Brasil, Canadá y los Estados Unidos de América.

En **Argentina**, desde la SE 1 y la SE 44 del 2024, se han confirmado un total de 14 casos de sarampión. El 8 de octubre, el Ministerio de Salud de la Nación de Argentina emitió una alerta epidemiológica ante la confirmación de dos casos de sarampión en Lamarque, provincia de Río Negro, en personas sin antecedente de viaje, que habían tenido contacto con personas que habían viajado y a su regreso habían presentado sintomatología compatible. Hasta la SE 42 del 2024, en este brote se confirmaron once casos, tres de ellos con antecedente de viaje reciente a Colonia Pirai, Santa Cruz de la Sierra, en Bolivia, en la misma zona donde se había notificado un caso confirmado de sarampión en el mes de agosto. Los restantes ocho casos son familiares de los tres casos que viajaron (casos secundarios relacionados a esta importación). Otros contactos familiares con antecedente de vacunación permanecieron asintomáticos durante el periodo de seguimiento. No se registraron casos confirmados fuera de los contactos familiares. Todos los casos fueron confirmados por laboratorio. Las personas sintomáticas identificadas no contaban con antecedente de vacunación contra sarampión. Los casos confirmados corresponden a personas entre 18 meses y 34 años. En este brote se determinó el genotipo B3 (Sequence ID 8532) que fue reportado previamente por los Estados Unidos en casos de sarampión presentados en el estado de Óregon.

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

En **Bermuda**, en la SE 47 del 2024, el Ministerio de Salud confirmó dos casos de sarampión en un adulto y un menor de edad con antecedente de viaje a Singapur. El 20 de noviembre del 2024, se confirmó el primer caso de sarampión en un hombre de 45 años que inició síntomas el 1 de noviembre, que requirió hospitalización, y a la fecha se ha recuperado. Se obtuvo una muestra de suero del paciente el 11 de noviembre la cual fue positiva para anticuerpos IgM en el laboratorio diagnóstico de referencia privado en los Estados Unidos. El segundo caso es un menor de siete meses sin antecedente de vacunación por su edad y contacto domiciliario del primer caso, que inició síntomas el 9 de noviembre. El menor requirió hospitalización y a la fecha se ha recuperado. Se obtuvo una muestra de suero y un hisopado nasofaríngeo del paciente el 14 de noviembre; la muestra de suero fue positiva para anticuerpos IgM en el laboratorio diagnóstico de referencia privado en los Estados Unidos. El hisopado nasofaríngeo fue positivo por reacción en cadena de la polimerasa rT-PCR en el laboratorio de referencia de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA por sus siglas en inglés) (6, 17).

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 48 del 2024, se confirmaron tres casos de sarampión. En febrero del 2024, el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, confirmó un caso en una niña de siete años residente de la ciudad de Bermejo, Tarija, Bolivia. El caso tenía como antecedente de viaje reciente un desplazamiento al interior del país a la ciudad de El Alto en el departamento de la Paz. La niña

presentó evolución clínica favorable. No se identificó la fuente de infección y no se han detectado casos secundarios. En julio del 2024 se confirmó el segundo caso de sarampión, en un masculino de 2 años residente del departamento de Oruro. El paciente presentó como antecedente y lugar probable de exposición un viaje realizado al departamento de La Paz al municipio de Colquiri. No se presentaron casos secundarios. El tercer caso de sarampión confirmado en Bolivia fue reportado el 8 de agosto del 2024, por el Ministerio de Salud y Deporte de Bolivia. Se trató de un caso importado en una persona de 42 años que residía en los Estados Unidos, de origen ruso, que fue atendida en un Centro de Salud de la Comunidad Residente, en el municipio de San Pedro, en la colonia rusa Pirai, departamento de Santa Cruz. El caso refirió contacto reciente con un caso de sarampión en el estado de Óregon, en los Estados Unidos. Hasta la SE 48 del 2024, Bolivia no ha reportado nuevos casos de sarampión relacionados con esta importación, ni otros casos adicionales.

En **Brasil**, entre la SE 1 e la SE 49 del 2024, se confirmaron cuatro casos de sarampión con dos casos adicionales reportados desde la última alerta. El primer caso confirmado fue en el estado de Rio Grande do Sul y el segundo en el estado de Minas Gerais. El caso en Rio Grande do Sul correspondió a un niño de 3 años, sin antecedentes de vacunación, procedente de Pakistán. El genotipo detectado fue B3. El caso presentó una evolución favorable, sin identificarse casos secundarios de la enfermedad. En agosto del 2024, se confirmó un caso de sarampión en el estado de Minas Gerais en un joven de 17 años, vacunado, procedente de Inglaterra. Se detectó el genotipo D8 y linaje Victoria con 100% de identidad genómica. El caso presentó una evolución favorable, sin identificarse casos secundarios de la enfermedad.

El 29 de octubre, se notificó la confirmación de dos casos nuevos de sarampión en dos viajeros procedentes de Europa en el Estado de Sao Paulo. Se trató de dos casos importados contactos de un caso confirmado en Portugal. Los casos, una mujer de 35 años, con antecedente de vacunación en 2019, presentó exantema el 7 de octubre de 2024 y un hombre de 37 años, sin antecedente de vacunación, presentó exantema el 8 de octubre del 2024. Los casos fueron confirmados por detección de genoma viral del virus del sarampión, por RtqPCR. Se identificó el genotipo D8, con identidad genómica del 99,6% con la cepa MVs/Bern.CHE.17.24/2. Este linaje no se había detectado en casos anteriores en Brasil. No se ha reportado nuevos casos de sarampión relacionados con esta importación. En Brasil, el último caso endémico de sarampión se registró en junio del 2022.

En **Canadá**, entre la SE 1 y la SE 48 del 2024, se notificaron un total de 138 casos de sarampión confirmados en seis provincias incluido un caso fatal. Los casos se distribuyeron de la siguiente manera: Alberta (n= 1), British Columbia (n= 1), New Brunswick (n= 47), Ontario (n= 35), Quebec (n= 53) y Saskatchewan (n= 1). De los 138 casos confirmados, 23% fueron importados, 72% relacionados con importación y 5% de origen desconocido. De los 138 casos confirmados, 83% no estaban vacunados o su antecedente es desconocido (n= 114 casos). El 46% (n= 63) de los casos son mayores de 18 años, seguido del 24% (n= 33) de los casos en el grupo de menores de cinco años. El caso fatal reportado fue un niño menor de cinco años, sin antecedentes de vacunación, residente en la provincia de Ontario. Los genotipos B3 y D8 fueron identificados en 53 y 24 de los casos confirmados, respectivamente. Se han identificado seis brotes, el 41% (n= 56) de los casos están relacionados con el brote reciente de New Brunswick y Ontario. El último caso confirmado asociado a este brote inicio el exantema el 23 de noviembre del 2024.

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 48 del 2024, se identificaron 280 casos confirmados de sarampión en 32 jurisdicciones, incluidas New York City, el Distrito de Columbia y los estados de Arizona, California, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Indiana, Louisiana, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, North Carolina, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Vermont, Virginia,

Washington, West Virginia y Wisconsin. Se han notificado un total de 16 brotes², el más grande en un albergue para migrantes en Chicago en el estado de Illinois. En general, el 70 % de los casos notificados (n= 197) se encuentran asociados a estos 16 brotes. El inicio de la erupción del último caso confirmado en los Estados Unidos es el 16 de noviembre. El 41% de los casos se registra en el grupo de menores de cinco años (n= 116), seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 31% de los casos (n= 87). Con relación al antecedente de vacunación en los casos confirmados, el 67% no estaban vacunados, el 22% tiene un antecedente de vacunación desconocido, el 7% ha recibido una dosis de la vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) y el 4% ha recibido dos dosis de SRP. El 40% de los casos fueron hospitalizados (n= 112) para aislamiento o manejo de complicaciones. El aislamiento en el hospital fue necesario durante el brote de Chicago, Illinois, debido a la falta de instalaciones de aislamiento, lo que contribuyó a un aumento de la tasa típica de hospitalización anual por sarampión del 20%. De los 222 casos en los Estados Unidos no asociados con el brote de Chicago, Illinois, el 29% (n= 65) fueron hospitalizados. Se identificó el genotipo B3 del virus del sarampión en 58 casos (21%) y el genotipo D8 del virus del sarampión en 156 casos confirmados (56%).

En las **Islas Turcas y Caicos**, durante la SE 20 del 2024 se notificaron dos casos de sarampión que fueron confirmados por el laboratorio de CARPHA. Estos casos son los primeros casos de sarampión reportados en las Islas Turcas y Caicos desde 1991. El primer caso corresponde a un niño de seis años, residente de la isla de Providenciales, sin historial de vacunación contra el sarampión, sin antecedente de viaje, y que presentó inicio de síntomas el 29 de abril del 2024. El segundo caso corresponde a un hombre de 21 años, sin antecedente de vacunación ni antecedente de viaje, residente en la isla de Providenciales, que inicio de síntomas el 18 de abril del 2024. Estos dos casos se encuentran relacionados por nexo epidemiológico, no se ha identificado la fuente de infección y no se han detectado casos secundarios.

En **México**, entre la SE 1 y la SE 48 del 2024, se han confirmado siete casos de sarampión. El primer caso notificado en marzo del 2024 corresponde a un niño de cuatro años, procedente de Inglaterra. Relacionado a este caso se identificaron el segundo, tercero, cuarto y quinto caso, representando cuatro casos adicionales: tres adultos y un niño de seis meses de edad quienes estuvieron en contacto con el caso índice durante el vuelo y en el aeropuerto en México. Para estos casos, los estudios de secuenciación y genotipificación identificaron el genotipo D8 con linaje MVs/Patan.IND/16.19. El sexto caso confirmado en abril de 2024 corresponde a un niño de 11 años, residente de la Ciudad de México, sin antecedente vacunal y sin antecedente de viaje fuera de la zona de residencia. En la investigación epidemiológica se concluyó que era un caso secundario al cuarto caso, con fuente de infección asociado a importación.

En mayo del 2024 los Servicios de Salud del Estado de Guanajuato, México, reportaron un caso de sarampión en un hombre de 18 años, de nacionalidad turca, con antecedente de viaje a Guatemala y el Salvador. Los estudios de secuenciación y genotipificación determinaron el genotipo D8 con linaje MVs/Bern.CHE/17.24/2. El seguimiento del paciente se dio únicamente por vía telefónica, sin poder establecer la residencia exacta dentro de México. A través del Instituto Nacional de Migración, se confirmó que el paciente se trasladó a los Estados Unidos. No se presentaron casos secundarios.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 48 del 2024, se confirmaron dos casos de sarampión. El primer caso se trata de un hombre de 21 años, residente del distrito de Surco, Lima; sin evidencia de vacunación contra el sarampión, con historial de viaje a varios países de Europa, con inicio de síntomas el 2 de enero del 2024; tuvo resultados positivos para las pruebas de IgM y PCR en el Laboratorio de Referencia Nacional el 27 de enero. El segundo caso confirmado correspondió a una niña de 10 meses quien no presentó antecedente de vacunación por la edad, ni antecedente de viaje; era residente del

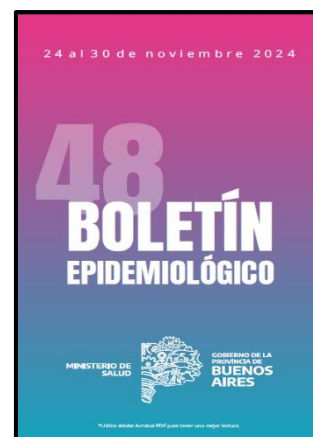
distrito de Surco, Lima; presentó síntomas el 4 de febrero e inicio de erupción cutánea el 7 de febrero. El caso tuvo resultados positivos para las pruebas de IgM y PCR el 14 de febrero en el Laboratorio de Referencia Nacional de Perú.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-9-diciembre-2024>

**DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES**

BUENOS AIRES: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Se presenta el número de casos acumulados entre el 1 de enero y el 23 de noviembre de 2024 (SE 1-47).

**Casos acumulados a SE 45, años 2021-2024 e incremento de casos entre SE 46 y 47.****INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**

Eventos seleccionados	2021	2022	2023	2024	Incremento	
					semanal	% Incremento relativo
Enfermedad tipo influenza (ETI)	152.197	410.292	407.170	409.687	5.515	1,4%
Bronquiolitis en menores de dos años	40.691	84.405	104.917	82.592	514	0,6%
Neumonía	41.672	52.834	74.657	56.137	588	1,1%

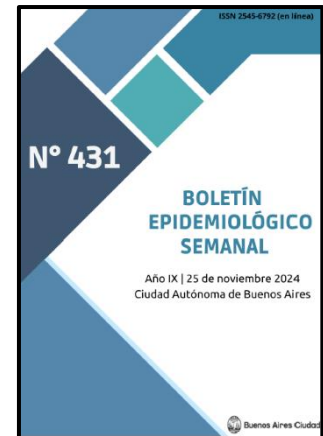
Fuente: SNVS. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

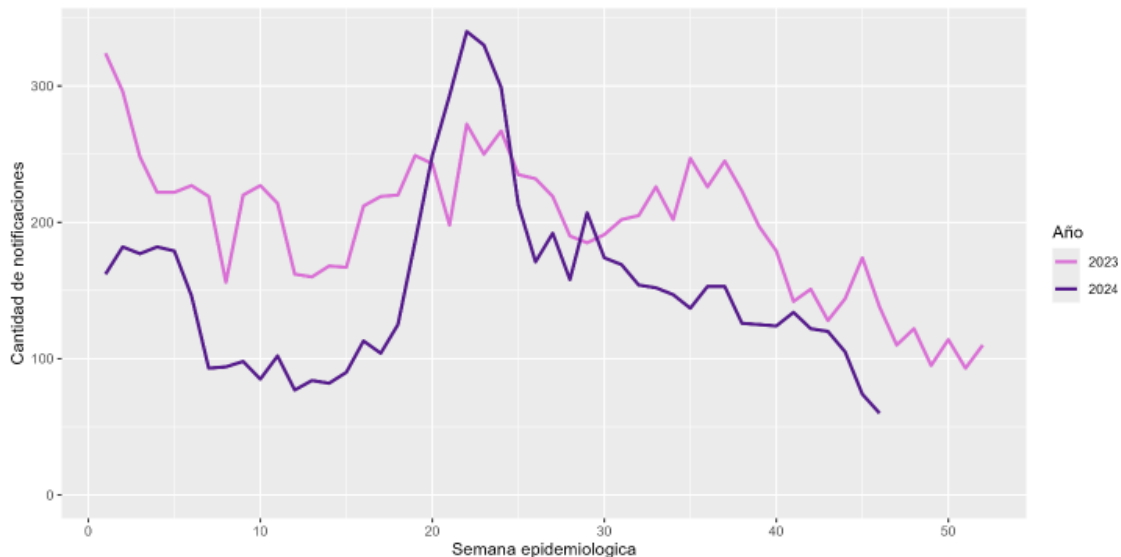
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

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=17239).



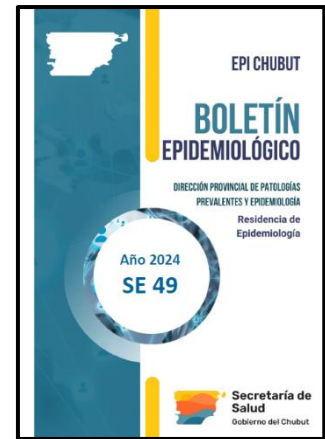
Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

Para más información:

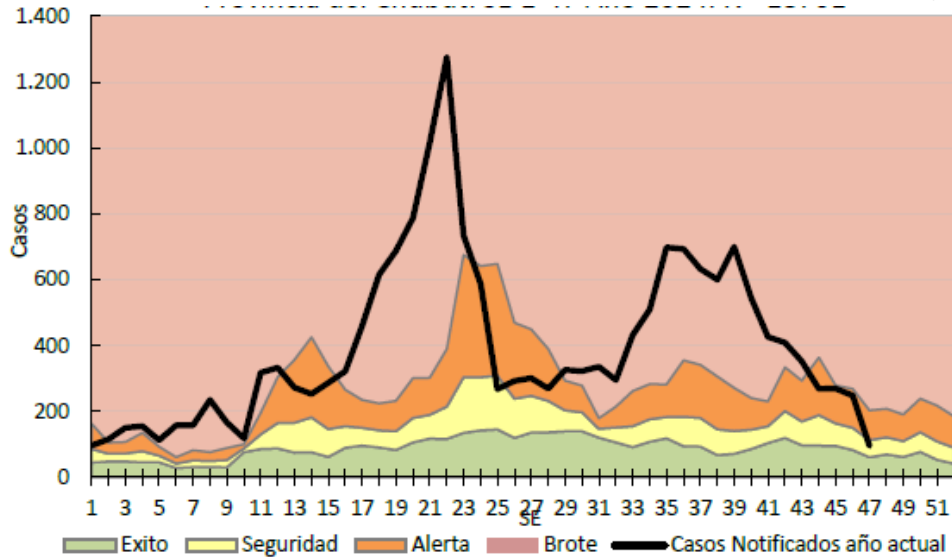
<https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2024>

CHUBUT: ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

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



Corredor endémico semanal de ETI. Provincia de Chubut. SE 1-47 Año 2024. (N=18701).



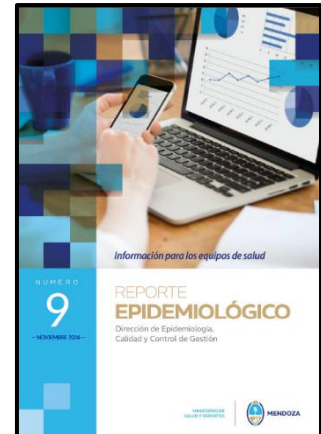
Fuente: Elaboración propia de Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0

Para más información:

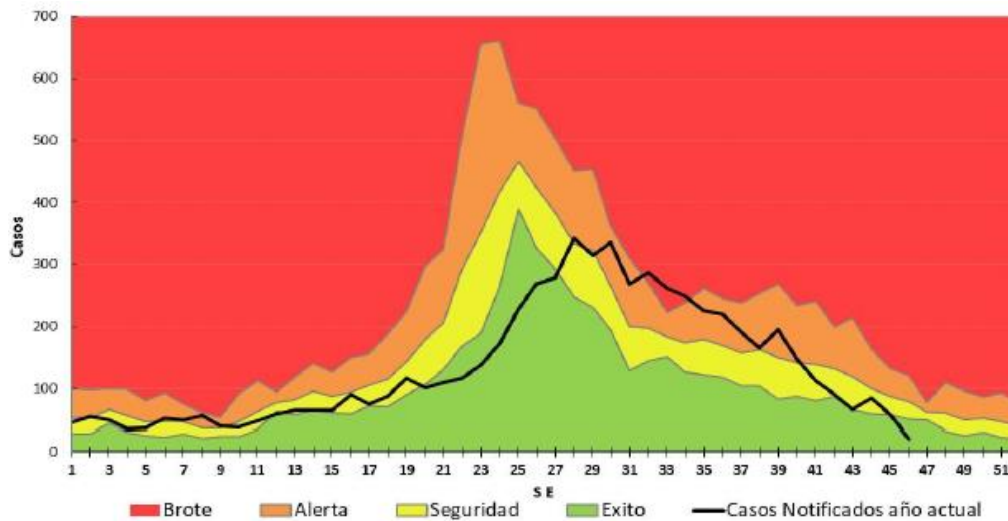
http://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

MENDOZA: BRONQUIOLITIS

Desde SE 34 se inicia un descenso sostenido que se interrumpe a SE 39 (195) y luego continúa. Los casos notificados 2024 presentan un comportamiento mejor de lo esperado en comparación con datos históricos.



Corredor endémico semanal de Bronquiolititis. Año 2024 hasta SE 46 - Histórico 5 Años Período: 2017 a 2023. Provincia de Mendoza.

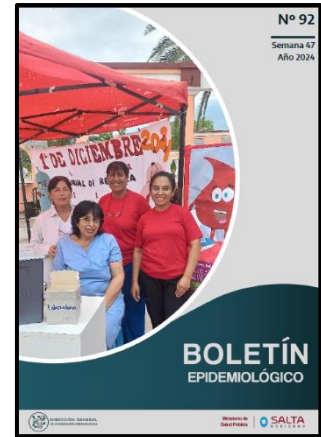


Fuente: SNVS 2.0

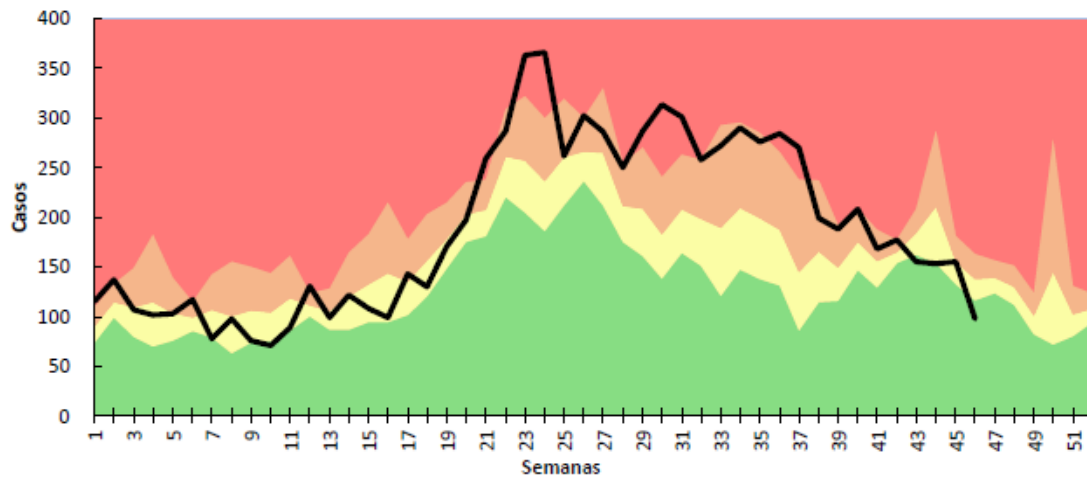
Para más información: <https://www.mendoza.gov.ar/salud/boletines-epidemiologicos/>

SALTA: NEUMONÍA

En SE 46, se observa una disminución importante en las notificaciones de neumonía, ingresando el corredor endémico en zona de éxito.



Corredor endémico semanal de Neumonía. Años 2017-2023. SE 01-46 de 2024. Provincia de Salta. (N=8720).



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:

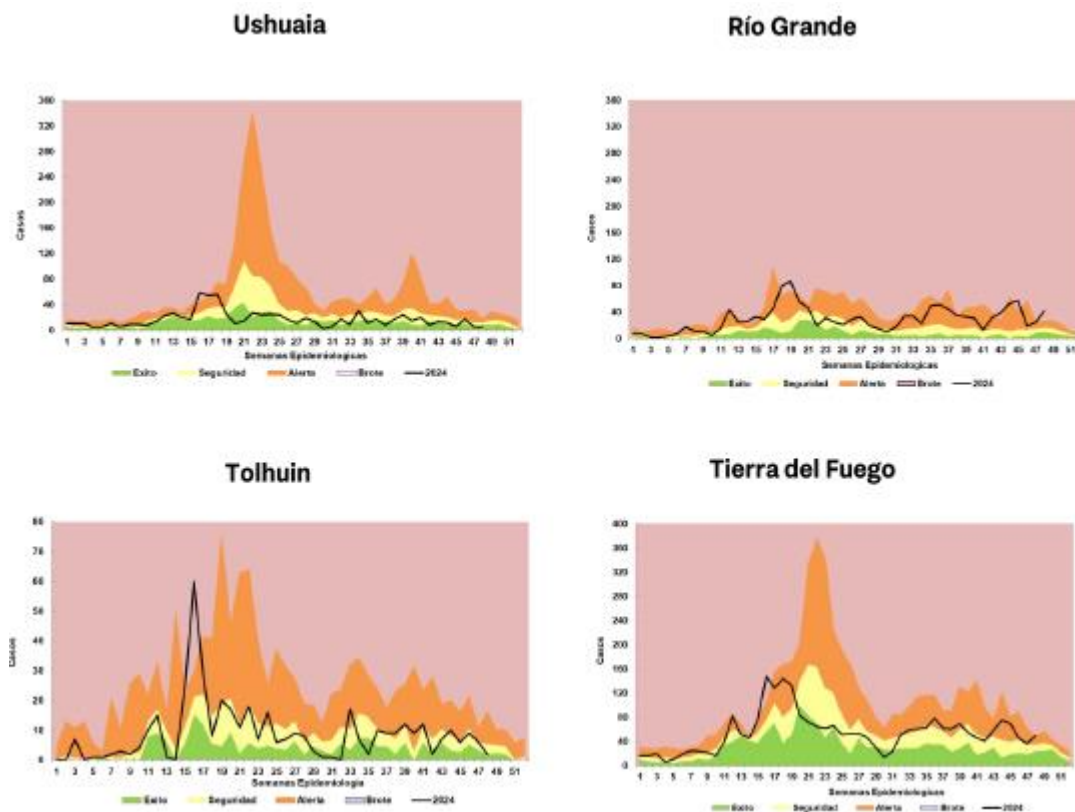
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

TIERRA DEL FUEGO: ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

A nivel provincial, la incidencia se mantiene en la zona de alerta con 2.641 casos acumulados.



Corredor endémico semanal de ETI. SE 01-48 de 2024. Provincia de Tierra del Fuego.



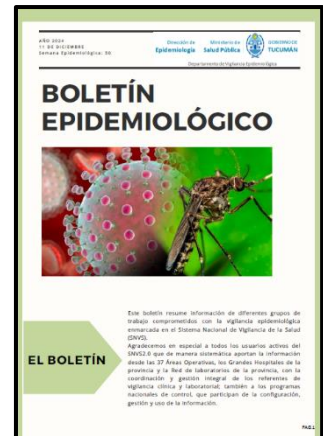
Fuente: SNVS 2.0. Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

Para más información:

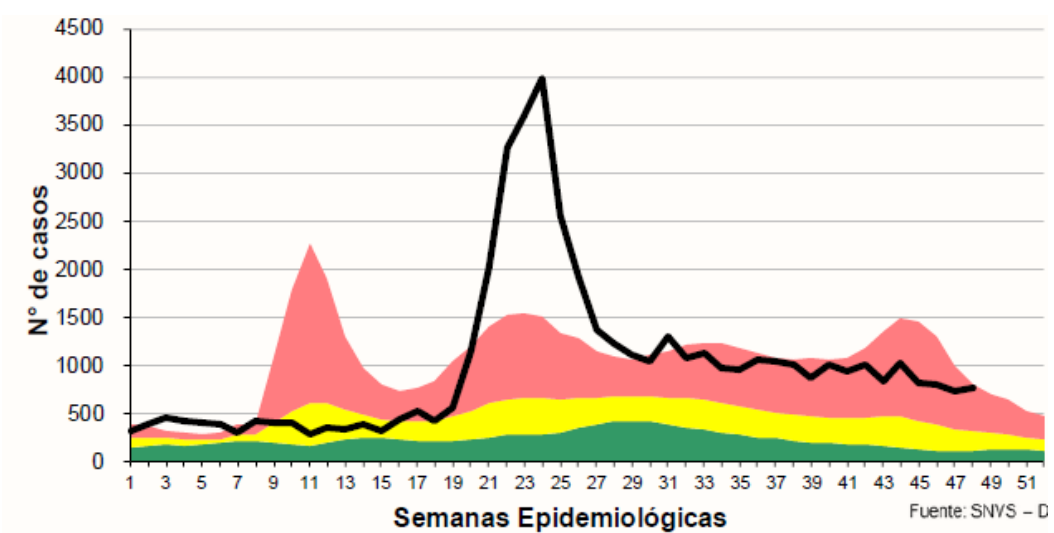
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

TUCUMÁN: ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En la semana epidemiológica 48 se registraron 765 casos para este evento.



Corredor endémico de ETI -SE 1- 48. 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 epidemiológica.

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.direpizacion@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.direpizacion@gmail.com

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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

Inicia el 7 de octubre de 2024

(abierto hasta el 13 de diciembre)

INSCRIPCIONES EN:



Consultas: cursos.direpinacion@gmail.com

LISTADO DE MODIFICACIONES EN CODIFICACIONES AUXILIARES EN EL SNVS 2.0

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS2.0, en este número se publican las realizadas en **diciembre 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
DICIEMBRE	Chagas agudo vectorial	Evento	Clasificación manual de caso	Se adicionaron las opciones "Caso sospechoso" y "Caso sospechoso no conclusivo"

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](#)

Para consultar cambios que se hayan realizado en **noviembre 2024** remitirse al siguiente documento: [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 47 Nro 732](#)