



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA

52

NÚMERO 737 AÑO 2024
DESDE 22/12 AL 28/12
FECHA DE PUBLICACIÓN:
05/01/2025

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. Contó además con la contribución de María Alejandra Morales² 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 Pontoriero³, Tomás Poplepovich⁴.

Tema Especial: Legionelosis: Melisa Laurora¹, Carlos Giovachini⁶, Mónica Prieto⁵, Lucía Cipolla⁵, Ariel Glanecini⁵

Destacados en boletines jurisdiccionales: Sebastian Riera¹.

Herramientas para la vigilancia, prevención y respuesta: Antonella Vallone¹, Morena Diaz¹, Laura Bidart¹, Agustina Page¹, 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

Coordinación Editorial: Carlos Giovacchini⁶

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:

Cultivo de *Legionella spp.* Foto aportada por Laboratorio Nacional de Referencia. Servicio Bacteriología Especial, INEI ANLIS-Carlos G. Malbrán.

CÓMO CITAR ESTE BOLETÍN: Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2024). Boletín Epidemiológico Nacional N°737, SE 52.

1 Dirección de Epidemiología

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

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

4 Centro Nacional de Genómica y Bioinformática – ANLIS.

5 Laboratorio Nacional de Referencia. Servicio Bacteriología Especial, INEI ANLIS-Carlos G. Malbrán

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

CONTENIDO

Situaciones epidemiológicas emergentes	4
Situación epidemiológica de MPOX	5
Eventos priorizados	16
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	17
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	27
Temas especiales	49
Legionelosis	50
Destacados en boletines jurisdiccionales	65
Buenos Aires: Arbovirosis.....	66
La Pampa: Enfermedades gastroentéricas.....	67
Mendoza: Intentos de suicidio	68
Neuquén: Lesiones por mordedura de perro	69
Tierra del Fuego: Diarreas Agudas	70
Tucumán: Diarreas	71
Herramientas para la vigilancia, la prevención y la respuesta	72
Calendario epidemiológico 2025.....	73
1° Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”	74
Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0.....	75

**SITUACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
EMERGENTES**

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MPOX

INTRODUCCIÓN

Ante el recrudecimiento de la mpx asociado a la aparición de un nuevo clado del virus de la mpx (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

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, Canadá y Pakistán**. El clado IIa rara vez se ha aislado en humanos y la mayoría de las secuencias genéticas disponibles provienen de especies animales. El clado IIb ha estado circulando de manera sostenida en humanos desde al menos 2016 y ha provocado el brote multipaís en curso desde 2022 hasta la actualidad.

La OMS realizó la última evaluación rápida de riesgos globales de mpx en noviembre de 2024. En base a la información disponible, el riesgo se evalúa de la siguiente manera:

- Clado Ib MPXV: Afecta predominantemente áreas no endémicas de mpx en la República Democrática del Congo y países vecinos — Alto
- Clado Ia MPXV: Afecta principalmente a las zonas endémicas de mpx en la República Democrática del Congo — Alto
- Clado II MPXV: Observado en Nigeria y otros países endémicos de África Occidental y Central — Moderado
- Clado IIb MPXV: Asociado con la epidemia mundial de mpx — Moderado

Situación en África⁷

Desde el 1 de enero de 2022, 24 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpox. Hasta el 22 de diciembre de 2024, se habían notificado a la OMS un total de 16.495 casos confirmados por laboratorio, incluidas 83 muertes.

En 2024, hasta el 22 de diciembre, 20 países habían notificado 14.091 casos confirmados, incluidas 60 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos en 2024 son la República Democrática del Congo (n = 9.513), Burundi (n = 2.861) y Uganda (n = 1.126).

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.

Respecto de la **situación regional**, para ver la última actualización disponible dirigirse al [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 50 Nro 735](#).

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

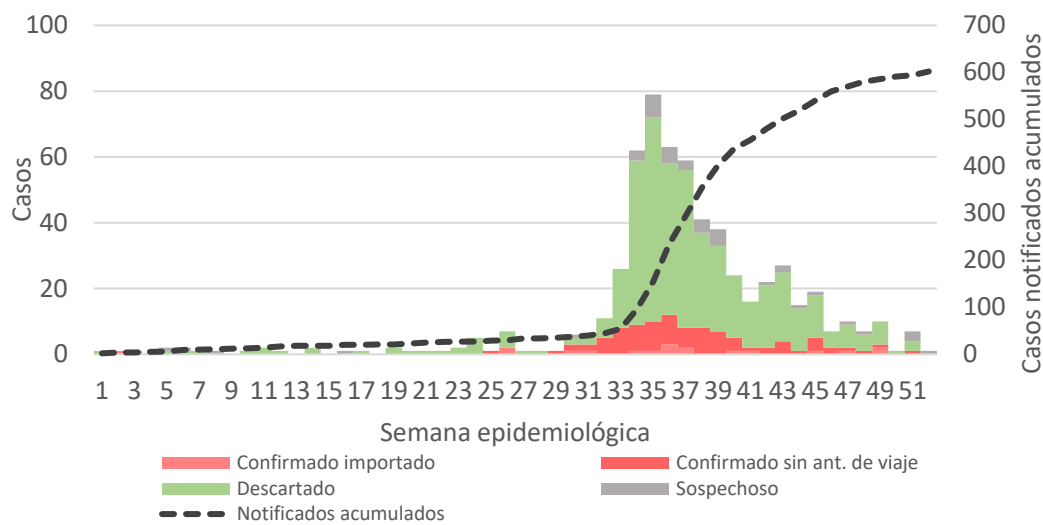
SITUACIÓN EN ARGENTINA

En 2024, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 52 se identificaron hasta el momento 106 casos confirmados de mpox de un total de 602 casos sospechosos notificados.

Luego del Alerta emitido en la SE33 aumentó la sensibilidad del sistema de vigilancia, llegando a 548 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 sospechosos reportados. En la semana 52 se registraron 8 notificaciones.

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 SE52/2024. (N= 602)



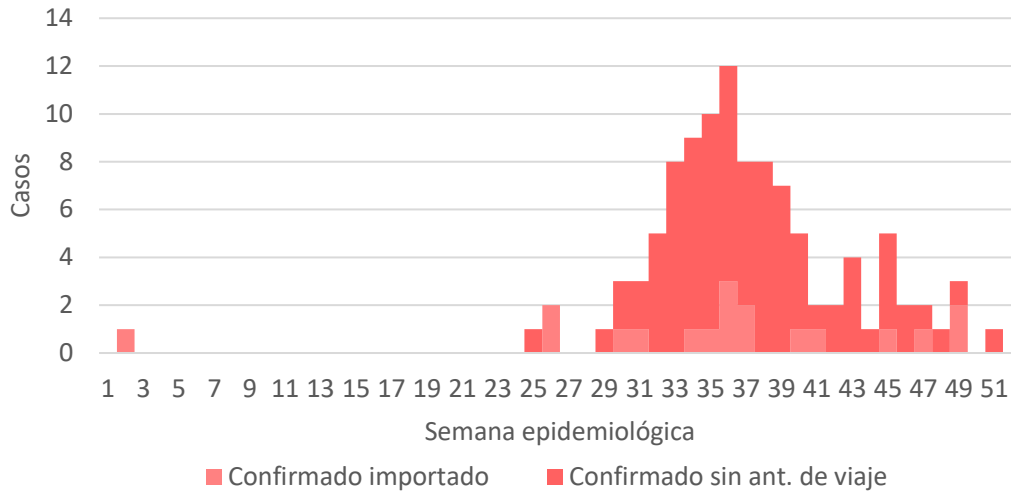
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

Del total de casos confirmados del periodo (106), el 88% (n=93) 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 51-52 la positividad es de 27% (n=11).

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 desde la SE41 en adelante. No se registraron hasta el momento casos correspondientes a la última semana (SE52).

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 SE52/2024. (N=106)



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 70 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. 18 casos registran antecedentes de viaje o contacto con viajeros.

El 95% de los casos confirmados residen en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en CABA (69%) y Buenos Aires (20%).

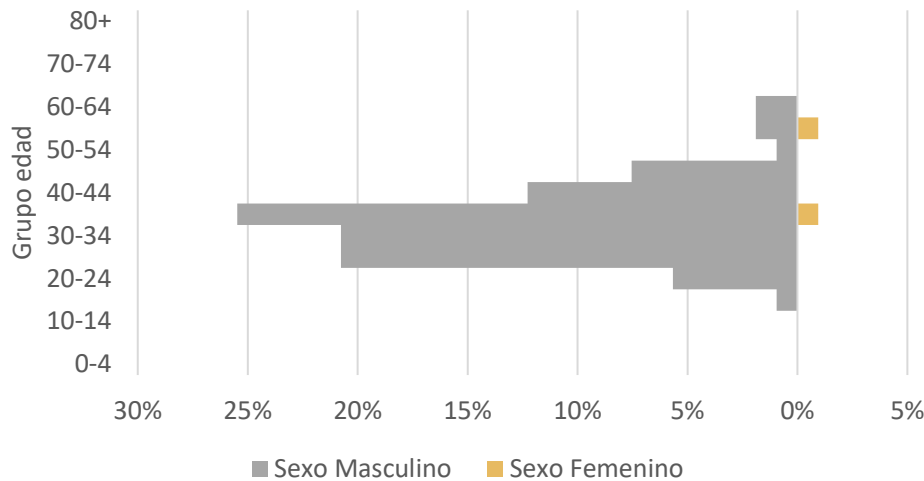
Tabla 1. Mpox: casos confirmados y total de notificaciones acumuladas según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1/2024 a SE52/2024.

Provincia	Confirmados SE 1 a 52 2024	Confirmados notificados en la última semana	Confirmados notificados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2024
Buenos Aires	21	0	0	212
CABA	73	1	2	224
Córdoba	4	0	2	25
Entre Ríos	0	0	0	2
Santa Fe	3	0	0	34
Centro	101	1	4	497
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	2
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	29
Chubut	0	0	0	6
La Pampa	1	0	0	3
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	0	29
Total PAIS	106	1	4	602

Jurisdicciones con casos confirmados de mpox

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

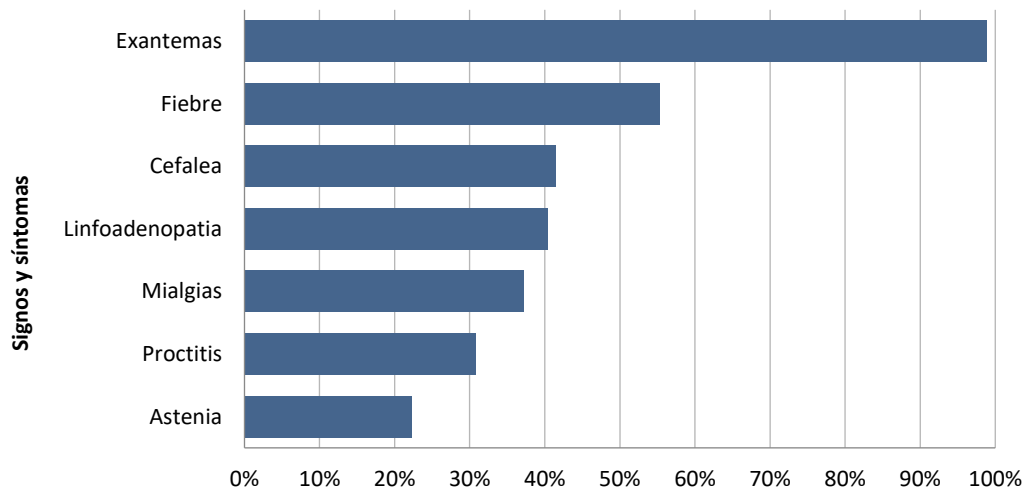
De los 106 casos confirmados, 105 corresponden a personas de sexo masculino y dos al sexo femenino, mientras que la mediana de edad es de 35 años.

Gráfico 3. Distribución proporcional por edad y sexo. Argentina, SE1/2024 a SE52/2024. (N=106)

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 (63% de 65 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 47 casos que cuentan con el dato referido a la condición de VIH, 38 registran coinfección con VIH⁹.

En el 99% de los 94 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 SE52/2024. (n=94)

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

⁹ Este dato puede estar sesgado por la frecuencia en la consulta de esta población y por contar con datos solo para el 44% de los casos confirmados hasta el momento.

RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO DE SALUD

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

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

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

En vistas a la potencial introducción del clado Ib a través de viajeros infectados, resulta de suma importancia indagar al momento de realizar la entrevista epidemiológica a las personas que resulten tener síntomas compatibles con la enfermedad acerca de antecedente de viaje a África o contacto con viajeros a países donde está circulando el virus.

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

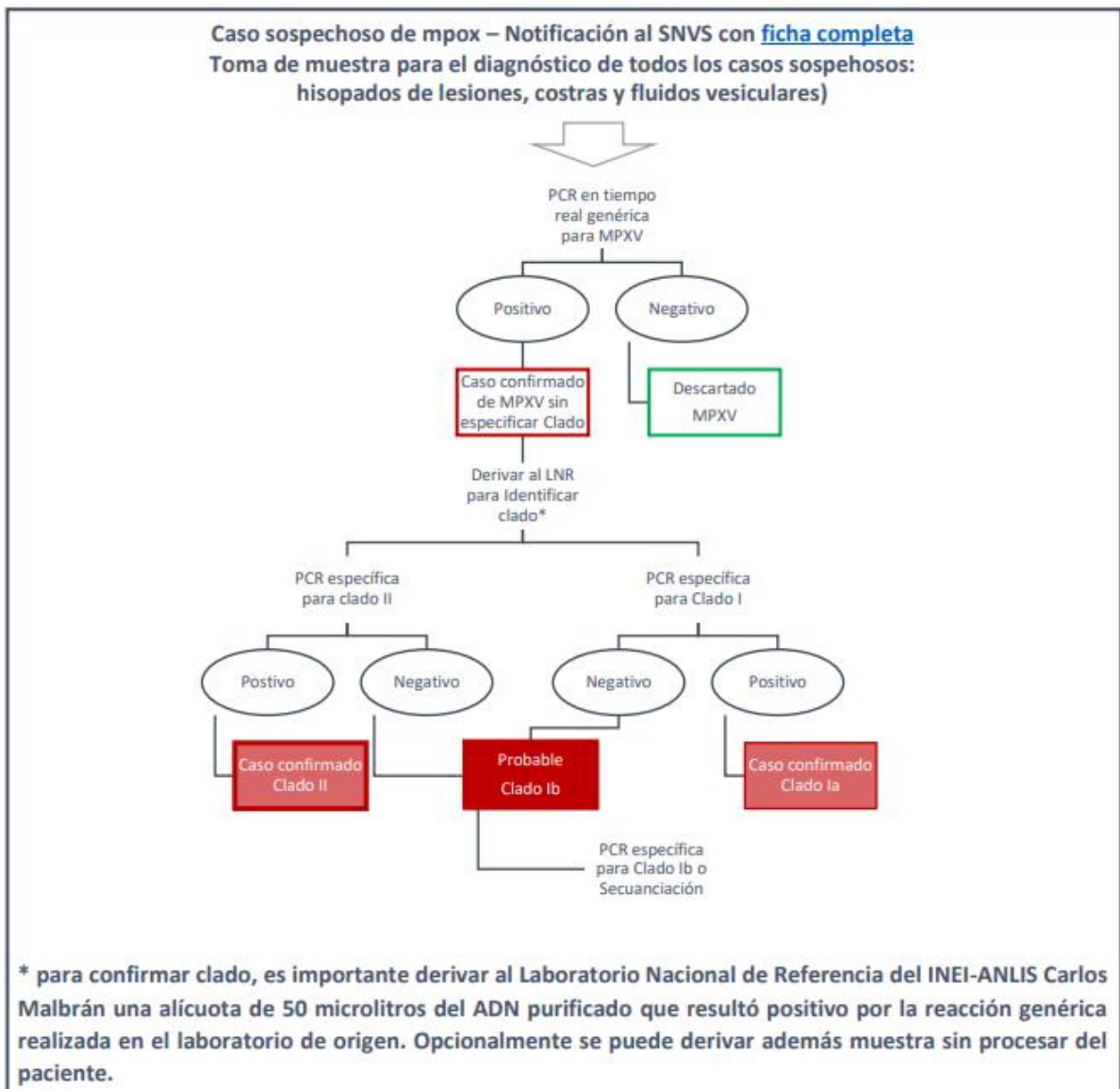
usar el equipo de protección personal. Las normas nacionales e internacionales sobre el transporte de sustancias infecciosas deben seguirse estrictamente durante el embalaje de las muestras y el transporte al laboratorio de referencia.

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

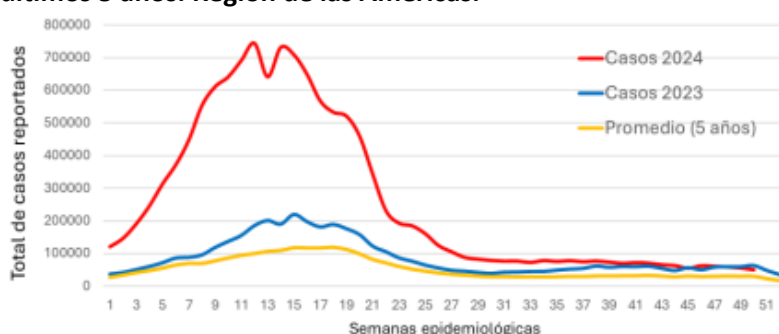
VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

SITUACIÓN REGIONAL DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de situación No 50. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 48, 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 3 de enero.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 50 del 2024, se reportaron en la Región de las Américas un total de 12.902.122 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 1,351 casos por 100.000 hab). Esta cifra representa un incremento de 166% en comparación al mismo periodo del 2023 y 328% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a SE 50.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a SE 50 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

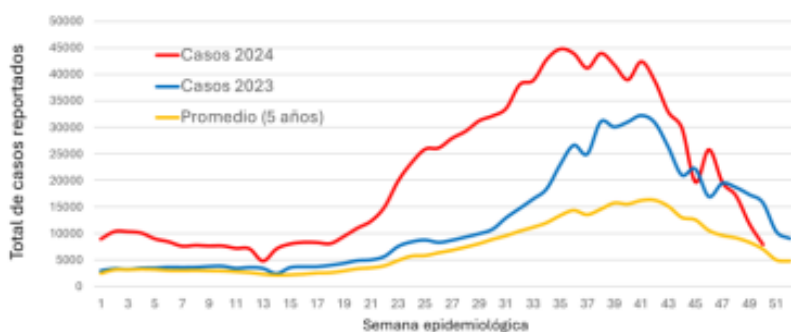
De los 12,902,122 casos de dengue reportados en las Américas, 6,847,097 casos (53%) fueron confirmados por laboratorio y 22,263 (0.17%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total 8,045 muertes por dengue, para una letalidad del 0.062%.

Doce países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 50. Estos países registran en conjunto 50,519 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 50.

Subregión Centroamérica y México.

Un total de 7,915 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 50. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 76% en comparación con el mismo periodo del 2023 y de 191% con respecto al promedio de los últimos 5 años

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a SE 50 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Centro América y México.

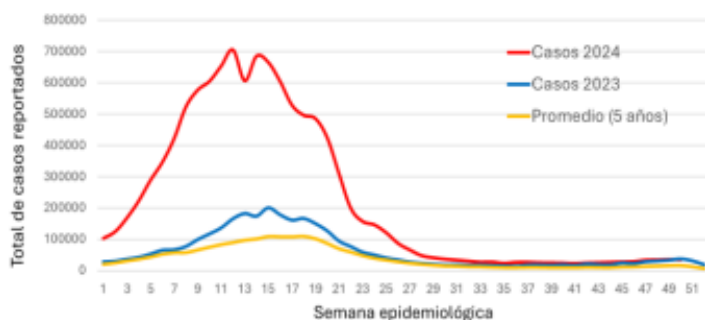


Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Subregión Cono Sur.

Se notificaron 36,456 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 50. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta un incremento de 244% en comparación con la misma semana del 2023 y de 428% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Paraguay presentan un incremento de 17% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue a SE 50 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 02/01/2025 en países regionales seleccionados¹⁰.

Brasil: Hasta la SE 50/2024 se reportaron 10.107.270 casos de dengue, 3 veces el número registrado en el mismo período del 2023, y 5.925 fallecidos. Asimismo hasta la SE 50/2024, se registraron 416.087 casos de chikungunya, 60% más que lo reportado hasta dicha semana del 2023, y 211 fallecidos. Por último, hasta la SE 49/2024 se reportaron 40.891 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 49/2024, se registraron 48.102 casos de dengue, un 69% menos que lo reportado a la misma semana del 2023, y 27 fallecidos. Con respecto a chikungunya, hasta la misma semana se reportaron 474 casos, 67% menos respecto al año anterior. Hasta esa semana se reportaron 255 casos de zika, lo que representa una reducción de 71% 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 50/2024 se notificaron 294.056 casos de dengue, lo cual representa aproximadamente 7 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 51/2024, se registraron 3.124 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 50/24 se registraron 12 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 49/2024 se notificaron 278.332 casos de dengue, lo cual representa un 3% más de lo registrado durante el mismo período en 2023, y 253 fallecidos. Con relación a chikungunya,

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

hasta la SE 47 se registraron 80 casos, 41% menos que lo reportado a la misma semana de 2023. Asimismo, hasta la SE48 se registraron 8 casos de zika, 67% 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 un descenso en el número de casos. Respecto a zika, se han detectado casos en Paraguay, un incremento en Brasil, mientras que en Bolivia y Perú los casos disminuyeron.

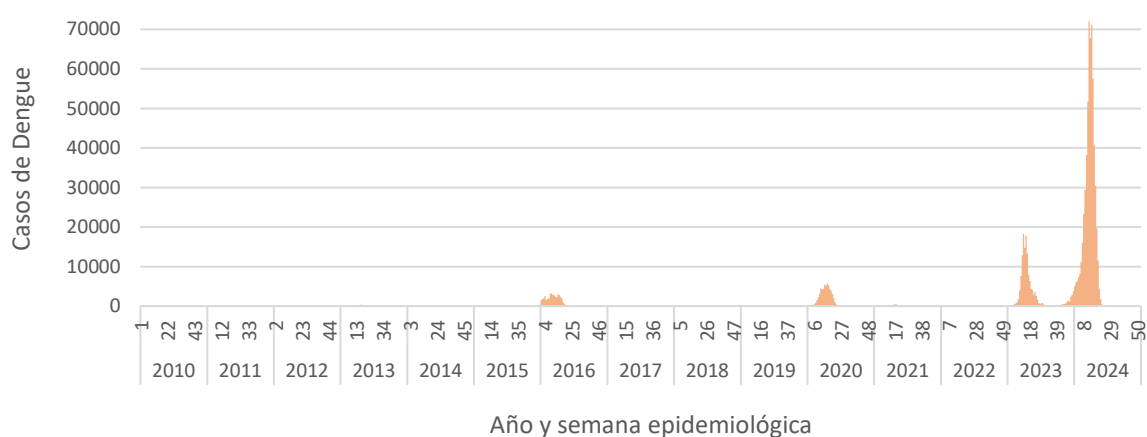
SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

Situación histórica

Realizando un análisis histórico de la situación de Dengue se observa en el gráfico 4 que desde el año 2010 se evidencia una notable disminución en los intervalos interepidémicos, tendencia que se ha acentuado en los últimos cinco años.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1998, se evidencia que los años 2023 y 2024 han sido escenario de dos epidemias de magnitud sin precedentes, concentrando el 83% del total de casos históricos registrados en el país hasta el momento.

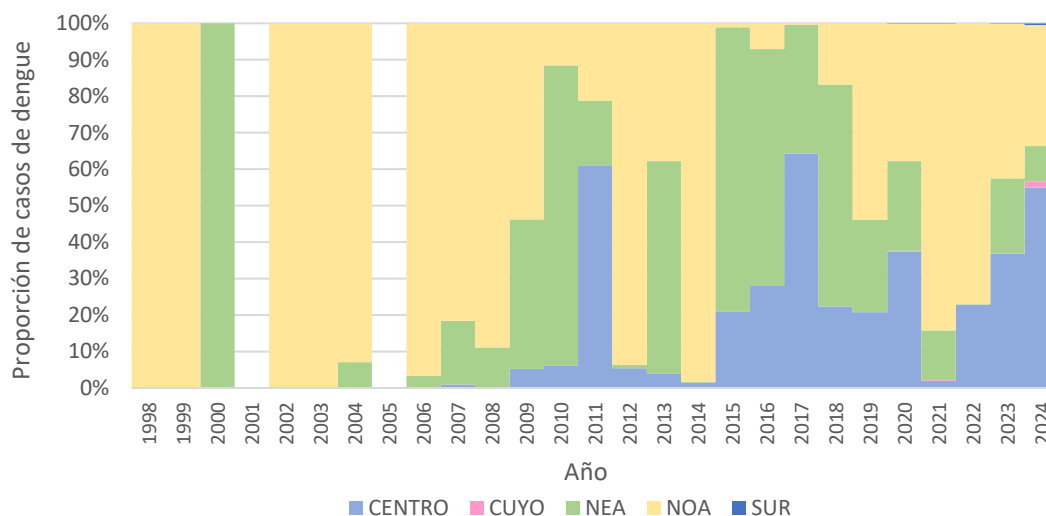
Gráfico 4. Dengue: Casos por semana epidemiológica. SE01/2010-SE52/2024. Argentina. N=845.406



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

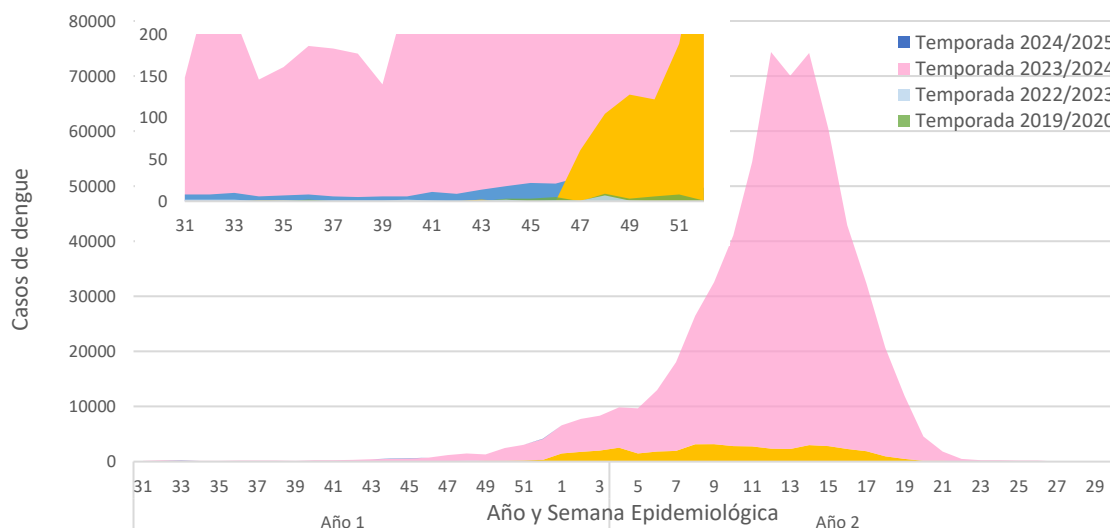
La contribución de casos aportado por cada región al total nacional ha experimentado variaciones a lo largo de los años. Hasta el año 2008, las regiones del NOA, y en menor medida del NEA, aportaron la mayoría de los casos registrados. Sin embargo, a partir del año 2009, la región Centro comenzó a mostrar un incremento en su participación durante los años epidémicos. Desde entonces, esta región ha concentrado, en diversos períodos, una proporción considerable de los casos notificados, llegando a representar más del 50% del total nacional durante la epidemia de 2024.

Por su parte, la región de Cuyo ha reportado casos desde 2021, con una participación más destacada en los últimos dos años epidémicos. En la región Sur, durante los últimos dos años, se identificaron casos autóctonos en La Pampa, marcando un hito en la expansión territorial de la enfermedad.

Gráfico 5. Dengue: Distribución regional de casos de dengue desde la reemergencia. Año 1998-2024.

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

En los últimos cinco años, Argentina ha experimentado un incremento sostenido en el número de casos de dengue, con la aparición de brotes en departamentos sin antecedentes de transmisión. A partir de 2023, se constató la persistencia de la circulación viral durante la temporada invernal en la región del NEA y adelantamiento de los casos, evidenciando un cambio en la temporalidad.

Gráfico 6. Dengue: Casos totales por semana epidemiológica (incluye autóctonos, importados y en investigación) 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).

Temporada actual

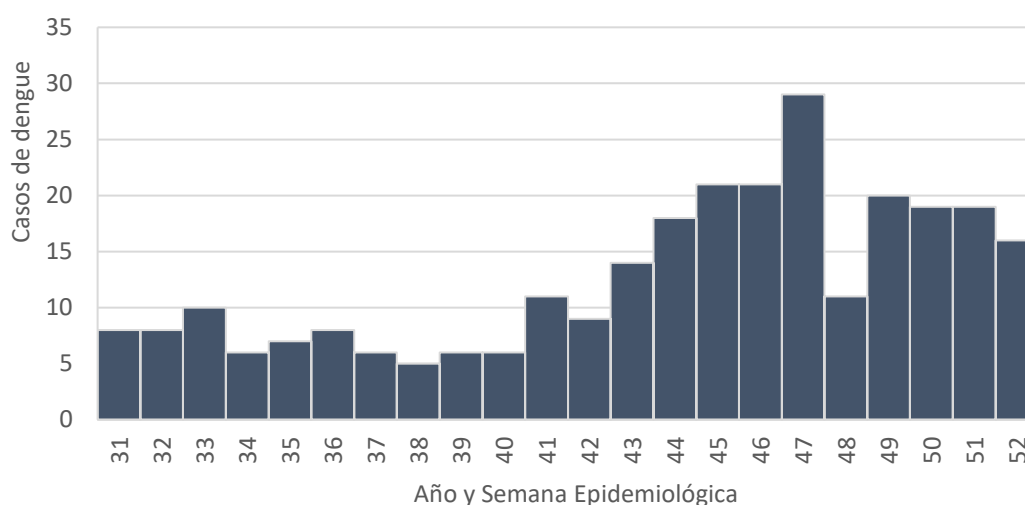
En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE52/2024), se notificaron en Argentina 20.296 casos sospechosos de dengue en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 274 fueron confirmados. Un total de 255 no registraron antecedentes de viaje (93%). Se confirmaron además 3 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires y Santa Fe. Un caso de Salta, que figuraba en informes anteriores, fue descartado por la jurisdicción. Se registraron 95 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al

inicio de los síntomas¹¹. Se confirmaron 19 casos importados de otros países con antecedentes de viaje a Brasil, Cuba, México, Maldivas, Tailandia, India y Perú.

Durante la SE52 (según fecha de notificación al SNVS), se notificaron 1314 casos sospechosos de los cuales 20 se confirmaron y 50 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 registra un incremento progresivo en la detección de casos confirmados de dengue, pasando de menos de 10 casos semanales a 29 en la SE47. No obstante, en las últimas cuatro semanas, se observa una tendencia estable, con un rango de casos confirmados que fluctúa entre 16 y 20, sin variaciones en el comportamiento epidemiológico.

Gráfico 7. Dengue: Casos confirmados¹² por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31 a SE52/2024. 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).

¹¹En 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. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en:

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

¹²Incluye 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)

Distribución según región, jurisdicción y departamento

En la siguiente tabla se presentan los casos según clasificación, jurisdicción y región. Se excluyen de la presentación los casos relacionados con la vacunación y trasplantados.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE52/2024. Argentina

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total sospechosos notificados
	Confirmados	Probables	Confirmados	Probables			
Buenos Aires	9	131	9	3	1861	568	2581
CABA	2	42	2	0	978	357	1381
Córdoba	11	237	2	0	2413	181	2844
Entre Ríos	7	25	0	3	305	28	368
Santa Fe	9	26	2	0	991	99	1127
Total Centro	38	461	15	6	6548	1233	8301
Mendoza	9	50	2	2	905	77	1045
San Juan	0	0	0	0	133	27	160
San Luis	0	1	0	0	45	4	50
Total Cuyo	9	51	2	2	1083	108	1255
Chaco	3	157	0	0	1334	87	1581
Corrientes	0	28	0	0	242	74	344
Formosa	198	4	0	0	2465	1	2668
Misiones	1	10	0	1	404	5	421
Total NEA	202	199	0	1	4445	167	5014
Catamarca	0	9	0	1	434	3	447
Jujuy	0	5	0	0	612	4	621
La Rioja	1	18	0	0	163	25	207
Salta	2	30	0	1	968	79	1080
Santiago del Estero	0	27	0	1	561	186	775
Tucumán	3	133	0	0	1937	369	2442
Total NOA	6	222	0	3	4675	666	5572
Chubut	0	0	2	0	7	2	11
La Pampa	0	0	0	0	89	8	97
Neuquén	0	0	0	0	11	4	15
Río Negro	0	0	0	1	3	0	4
Santa Cruz	0	0	0	0	22	1	23
Tierra del Fuego	0	0	0	0	4	0	4
Total Sur	0	0	2	1	136	15	154
Total País	255	933	19	13	16887	2189	20296

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

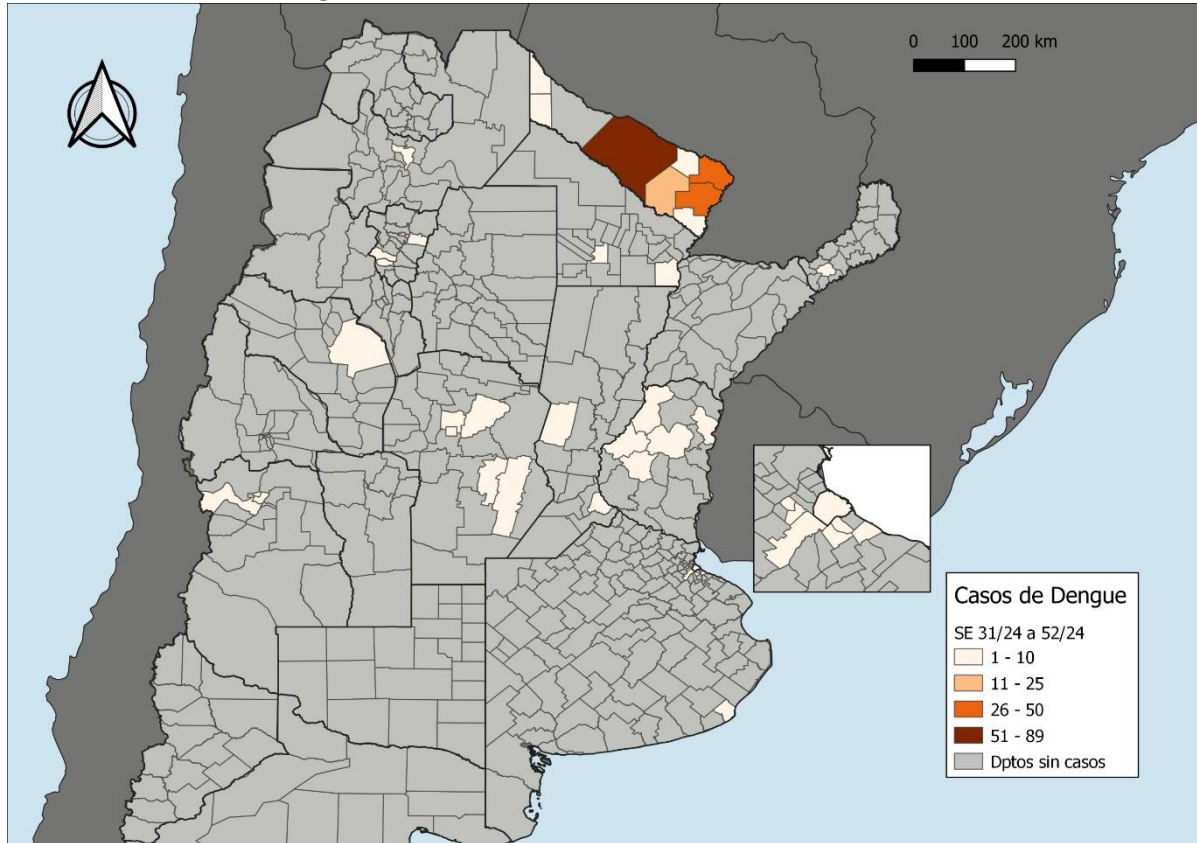
Los casos se presentaron durante todas las semanas a expensas de las notificaciones aportadas principalmente por la provincia de Formosa donde se registraron conglomerados de casos en los departamentos Capital, Patiño, Pilagás, Pirané y Pilcomayo, aunque de poca cuantía.

Desde la SE42, se notificaron los primeros casos sin antecedente de viaje en la región Centro correspondiente a la provincia de Córdoba pertenecientes en su mayoría al departamento Capital seguido de los departamentos Colón, General San Martín, Río Primero y Unión. Posteriormente se notificaron casos aislados sin antecedente de viaje en otras provincias donde se describen los departamentos con mayor cantidad de casos: Mendoza (Luján de Cuyo, Capital, Guaymallén y Godoy Cruz), Tucumán (Cruz Alta, Chicligasta y Río Chico), CABA (Comuna 1 y 3), Buenos Aires (La Matanza, Lanús, Hurlingham, General Pueyrredón, Lomas de Zamora y Morón), Entre Ríos (Concordia, La Paz, Nogoya y Paraná), Salta (Capital), Santa Fe (Castellanos y Rosario), Misiones (L.N. Alem) y La Rioja

(Capital).

En el siguiente mapa se visualizan los departamentos afectados según el número de casos absolutos.

Mapa 1. Dengue: Casos de dengue por departamento con casos autóctonos y en investigación. SE 31/2024 a SE 52/2024. Argentina.



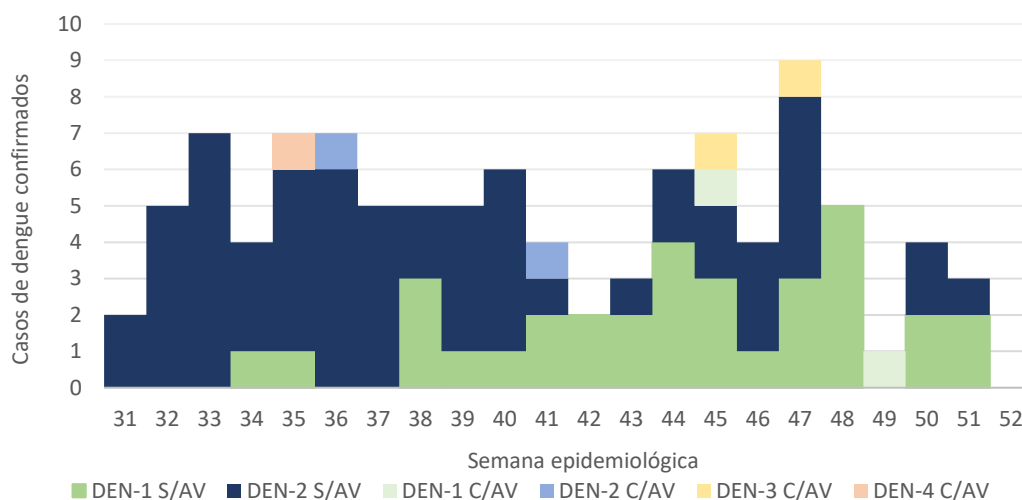
Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Con excepción de la provincia de Formosa, no se han identificado conglomerados de casos confirmados concentrados en localidades específicas; en el resto de las jurisdicciones, los casos se distribuyen de manera dispersa en diversas localizaciones.

Situación según serotipos circulantes

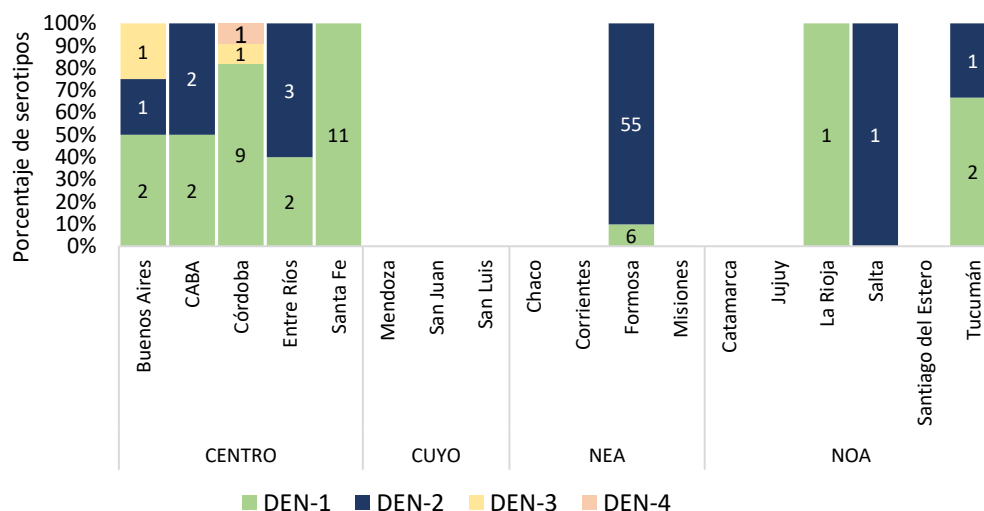
En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-2 (62,4%), sobre todo a expensas de la notificación de la provincia de Formosa. Los casos a DEN-1 alcanzan un 34,7%. Los dos hallazgos de DEN-3 y uno de DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país.

Gráfico 8. Dengue: identificación de serotipo y antecedente de viaje según semana epidemiológica según fecha mínima. SE31 a SE52/2024. 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).

Gráfico 9. Dengue: Distribución proporcional y número de casos de dengue con identificación de serotipo (n=101) según provincia. SE31 a SE52/2024. 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).

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE OTROS ARBOVIRUS

En la siguiente tabla, se presenta 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 SE52).

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 1329 casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas para Otros arbovirus. SE31 a SE52/2024. Argentina.

Evento	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	51	0	23	0	0	3	20	0	3
CABA	0	4	0	1	0	1	0	1	0	0
Córdoba	0	34	0	11	0	0	3	178	0	0
Entre Ríos	0	18	0	1	0	1	3	26	0	1
Santa Fe	0	336	0	26	0	12	0	7	0	6
Total Centro	0	443	0	62	0	14	9	232	0	10
Mendoza	0	131	0	63	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	0	131	0	64	0	3	0	8	0	0
Chaco	13	467	0	227	0	8	0	1	0	1
Corrientes	0	7	0	0	0	7	0	1	0	0
Formosa	0	16	0	3	0	1	0	0	0	0
Misiones	0	29	0	16	0	22	0	0	0	16
Total NEA	13	519	0	246	0	38	0	2	0	17
Catamarca	0	11	0	7	0	0	0	0	0	7
Jujuy	0	21	0	5	0	1	0	1	0	0
La Rioja	0	21	0	20	0	0	0	1	0	0
Salta	0	223	0	146	0	49	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	14	0	6	0	0	0	2	0	0
Tucumán	0	5	0	8	0	55	0	0	0	0
Total NOA	0	295	0	192	0	105	0	4	0	7
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total País	13	1388	0	564	0	160	9	246	0	34

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 13 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.

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE SE 52/2024

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

- Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 51 de 2024 se registraron 1.214.021 casos de ETI, 176.505 casos de Neumonía y 183.589 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un aumento de las notificaciones de ETI del 5,5% y una disminución de neumonías de 8,0% y de bronquiolitis 22,0%, respecto al mismo período del 2023.

Vigilancia de virus respiratorios priorizados en Unidades de Monitoreo Ambulatorio:

- **Virus Influenza:** A lo largo del año se registraron casos durante todas las semanas y el mayor número se experimentó entre las SE21 y SE24. 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 SE51 y 52 se notificaron 6 detecciones de influenza entre las 68 muestras estudiadas.
- **VSR:** aproximadamente el 74% de los casos se registraron entre las SE24 y SE34. Desde SE35, se registra un menor número de casos semanales, con 2 detecciones entre 66 muestras estudiadas en las últimas dos semanas.
- **SARS-CoV-2:** alrededor del 67% de los casos del período se registraron entre las SE01 y SE12. Si bien posteriormente las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, a partir de la SE34 se registra un ligero ascenso de casos, que alcanzaron su máximo en SE44, con un menor número de detecciones semanales desde la SE45.

Vigilancia de virus respiratorios priorizados en pacientes internados:

- Durante la SE52/2024 se registraron 7 detecciones de SARS-CoV-2, 2 casos de influenza y 1 caso 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 55% 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 191 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 81% 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. Desde la SE31 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 92% 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 82% de los casos entre las SE1 a SE12, con el período de mayor detección entre las SE03 y SE06 (promedio 7119 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 SE52 de 2024 se registraron 56 casos confirmados y 2 personas fallecidas con este diagnóstico.¹³
- **Variantes de SARS CoV-2:** Entre las SE33 y 40 de 2024, BA.2.86* se identificó en un 43,8% (n=71), seguida de KP.3.1.1 en un 27,2% (n=44). Además, 13,6% correspondieron a JN.1* (n=22), 3,7% a LB.1 (n=6), 3,1% a XEC (n=5), 2,5% a KP.3 (n=4) y 1,9% a KP.2 (n=3) (*Indica la inclusión de linajes descendientes).¹⁴

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

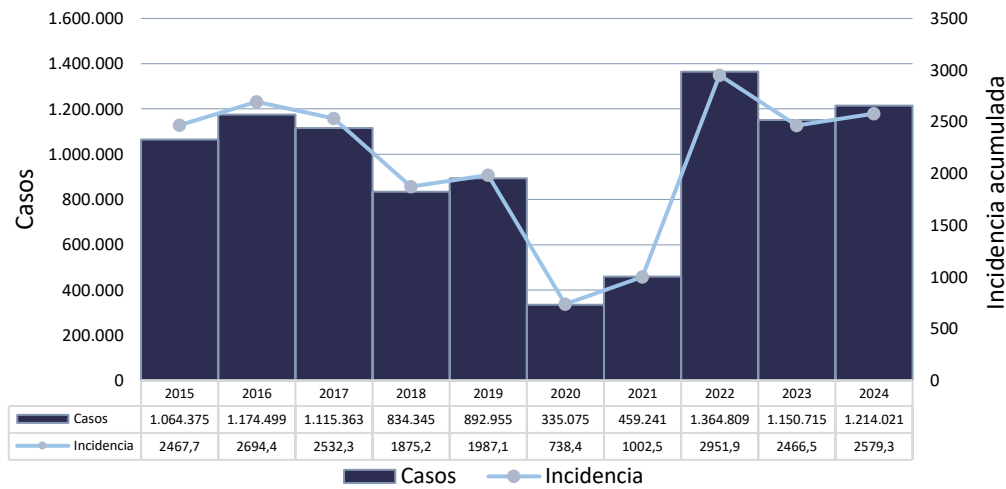
Entre las SE 1 y 51 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.214.021 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2579,3 casos/ 100.000 habitantes.

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 SE1-51 de 2024 es menor respecto del año 2022 (cuando se registraron un total de 1.364.809 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 25 de diciembre de 2024.

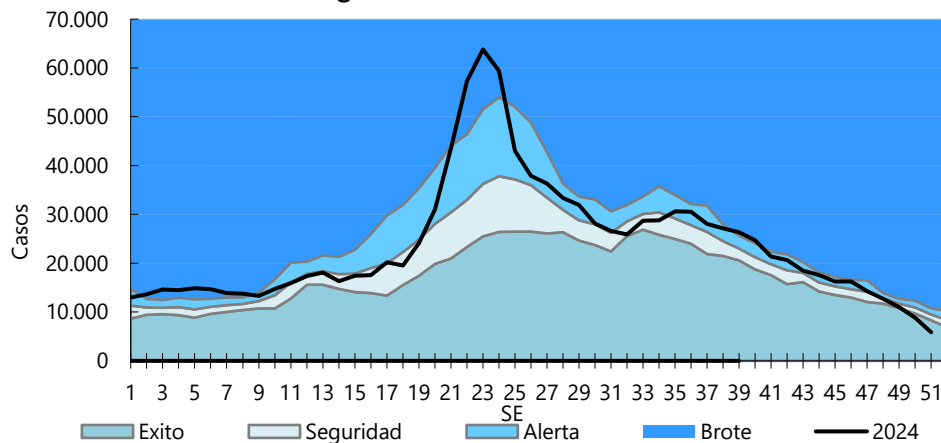
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE51. Total país.



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 y 40. En las últimas semanas los casos descienden y se ubican en niveles esperados desde SE49.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023¹⁵. SE 1 a 51 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

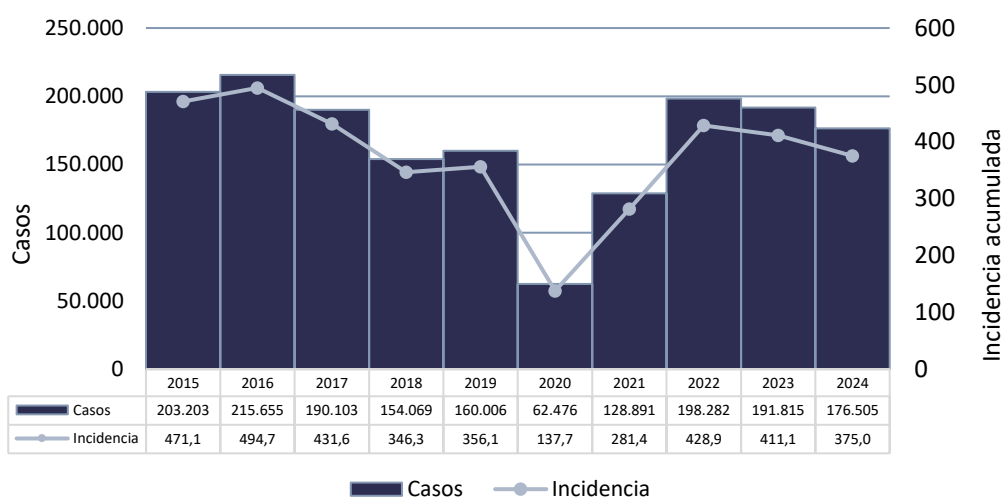
¹⁵ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

NEUMONÍA

Entre las SE 1 y 51 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 176.505 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 375,0 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías entre las SE1 a 51 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. SE51. Total país.¹⁶

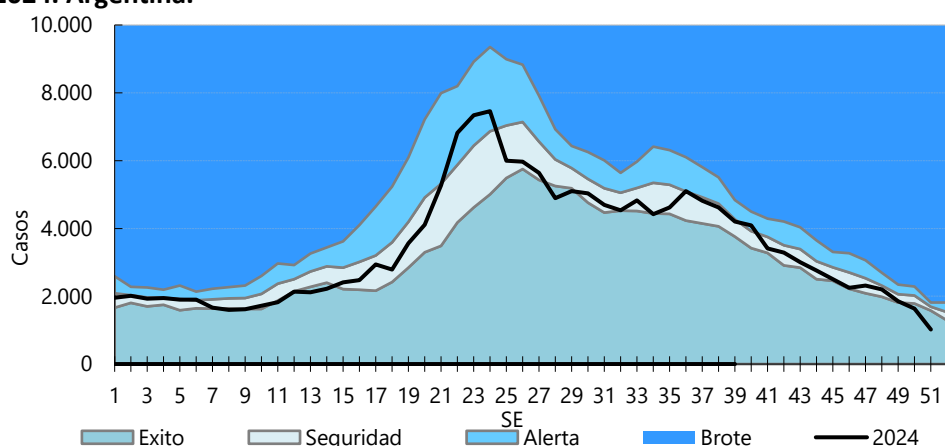


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

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 los casos que alcanzan el límite con niveles de alerta. Luego las notificaciones descienden y se ubican en niveles esperados desde SE49.

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 51 de 2024. Argentina.



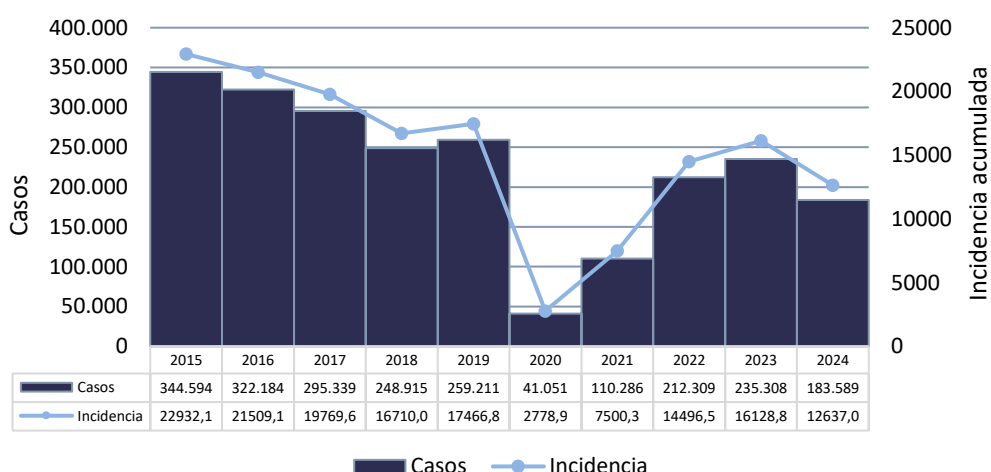
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

BRONQUIOLITIS

Entre las SE 1 y 51 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 183.589 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 12.637,0 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 SE1-51 fue 2015, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019, con un nuevo descenso y valores inusualmente bajos en 2020 y 2021. Para los años 2022 y 2023 se registra un aumento de las notificaciones de bronquiolitis. En el corriente año 2024 se observa que las notificaciones son menores respecto a registros históricos, superando únicamente las notificaciones de 2020 y 2021.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE51. Total país¹⁸.



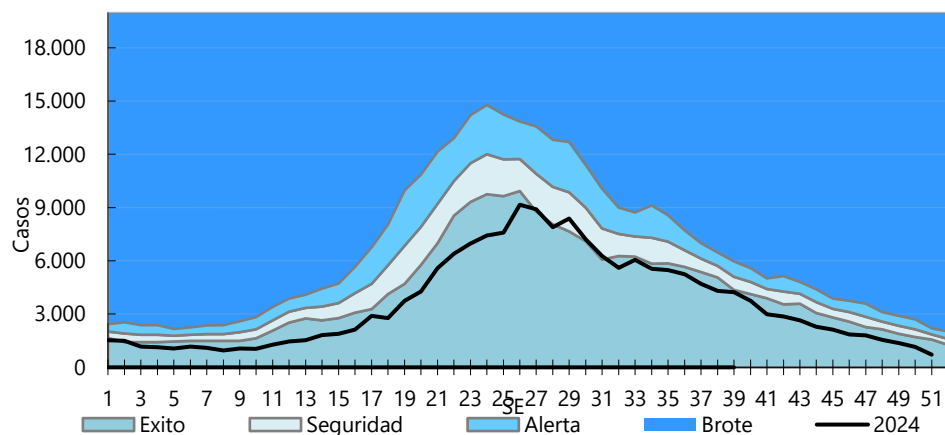
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

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

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.

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 51 de 2024. Argentina.



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

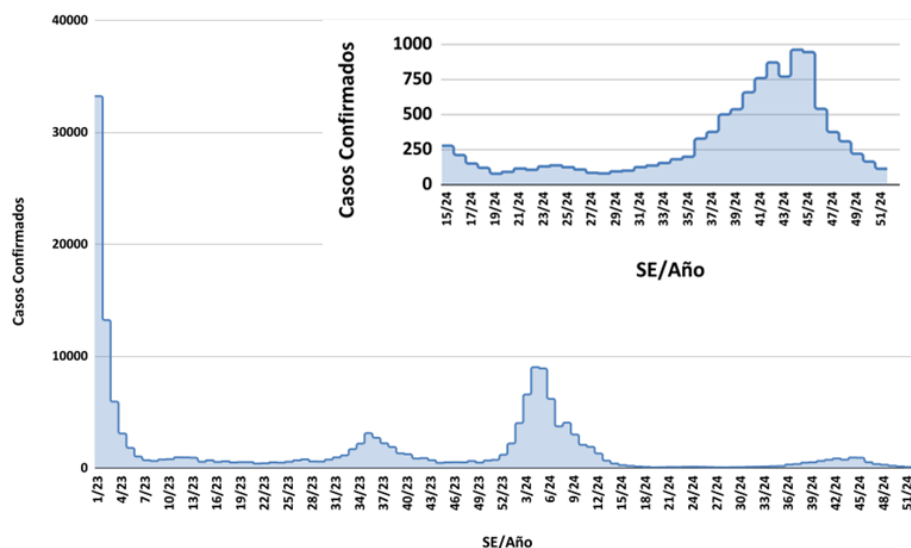
COVID-19

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

En las últimas semanas, desde la SE29, se registra un 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.

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

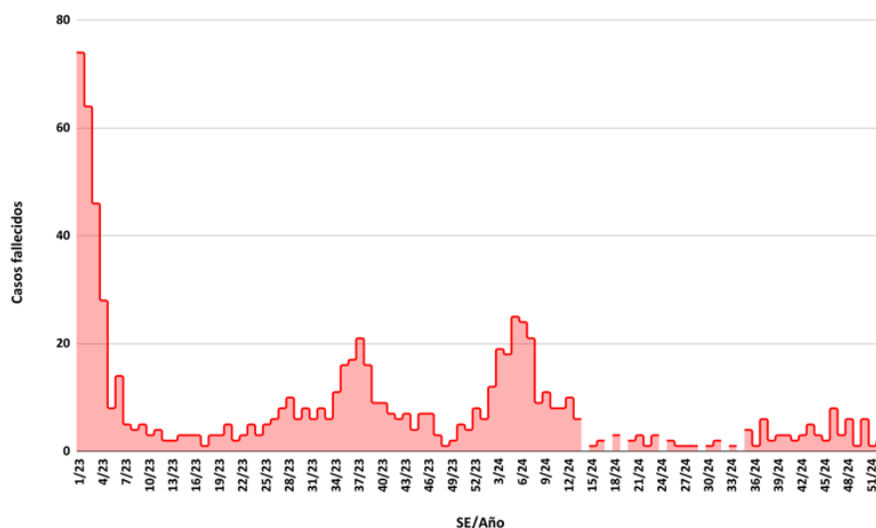
Gráfico 7: COVID-19: Casos confirmados y fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 52/2024. Argentina.



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 SE52/2024, se registraron 2 personas fallecidas con diagnóstico de COVID-19²⁰.

Gráfico 8: COVID-19: Casos fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 52/2024. Argentina.



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

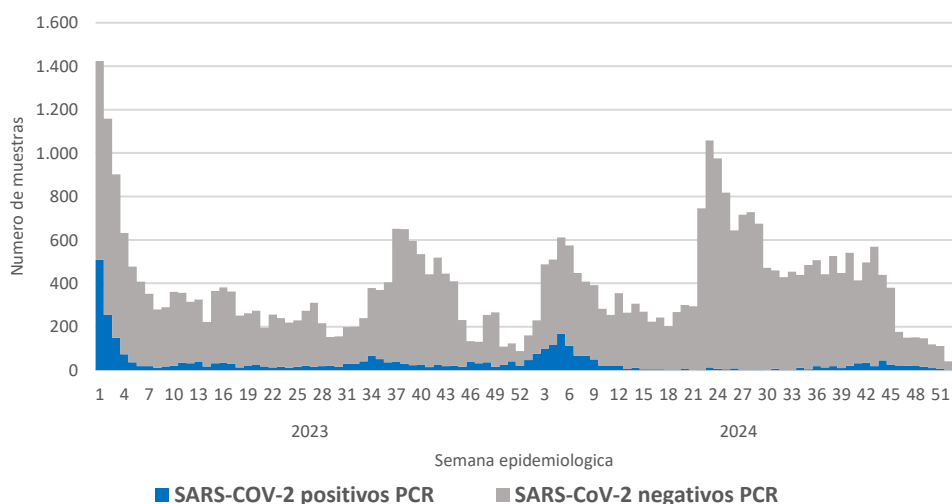
²⁰ De acuerdo a la estrategia de vigilancia epidemiológica vigente, para el análisis de fallecimientos por COVID-19 se consideran los casos en los que se registre tanto el fallecimiento, así como el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 por las técnicas de laboratorio disponibles en alguno de los eventos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

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 SE52, se registraron en el SNVS2.0, en el evento “Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios”, un total de 21.826 muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-COV-2, de las cuales 1290 fueron positivas. Esto representa un ascenso de 14,82% respecto a las muestras estudiadas registradas para el mismo periodo de 2023, aunque con un descenso de 41,60% en las detecciones. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 5,91%.

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 67% de los casos en UMA de 2024 fueron detectados durante primeras 12 SE del año. Si bien desde la SE13 y hasta la actualidad las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, a partir de la SE34 se registra un ligero ascenso de casos, que alcanzaron su máximo en SE44, con un menor número de detecciones semanales desde la SE45. En la SE52/2024, se notificaron 2 casos positivos entre las 41 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 SE52/2024. Estrategia UMA. Argentina.



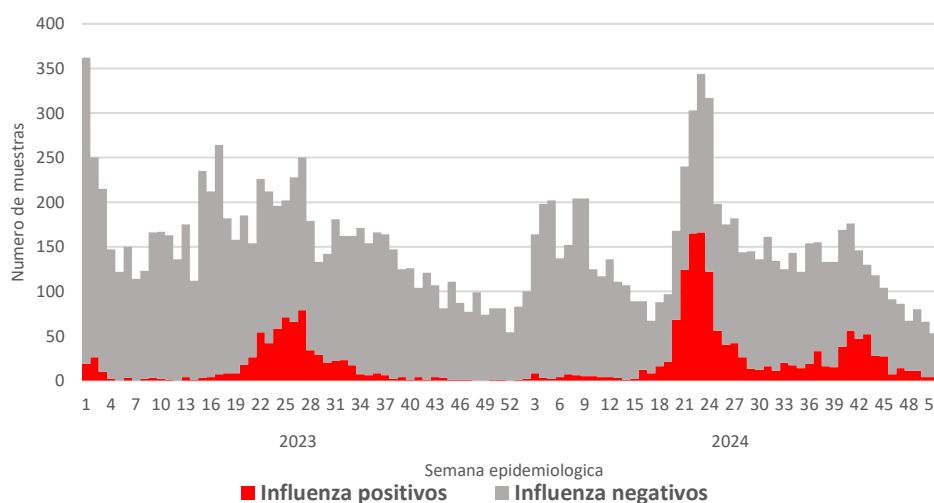
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

Además, desde el inicio de 2024 se estudiaron un total de 7.383 muestras para influenza, de las cuales 1410 resultaron positivas. Si bien las muestras estudiadas para este agente en esta estrategia registran un descenso de aproximadamente el 9,91% en 2024 respecto al mismo período de 2023, se verifica un 97,76% 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 19,10% 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 observa un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria.

En las SE 51 y 52 se notificaron 6 detecciones de influenza entre las 68 muestras estudiadas.

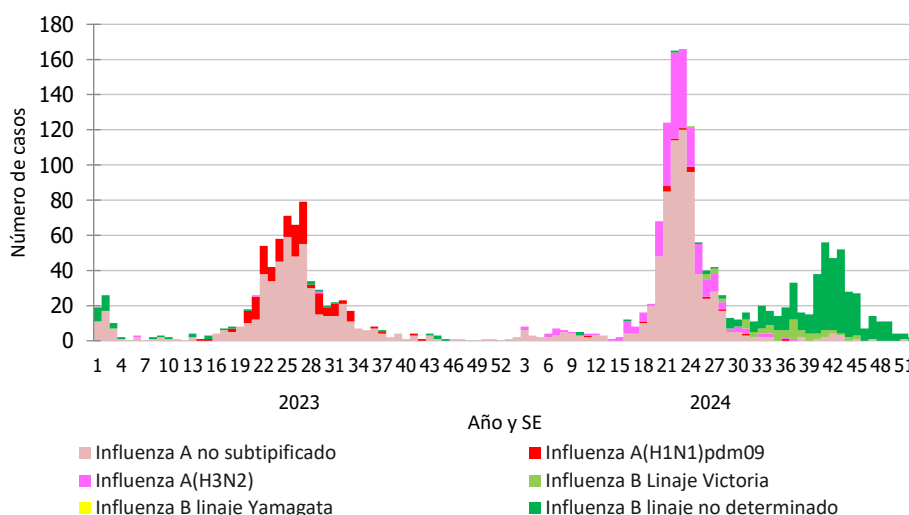
Gráfico 10. Muestras positivas y negativas para influenza, por SE. SE1/2023 a SE52/2024. Estrategia UMA. Argentina.



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= 1410), la mayoría correspondieron a Influenza A (n= 953, 67,59%), mientras que Influenza B se identificó en los 457 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 SE52/2024. Estrategia UMA. Argentina.

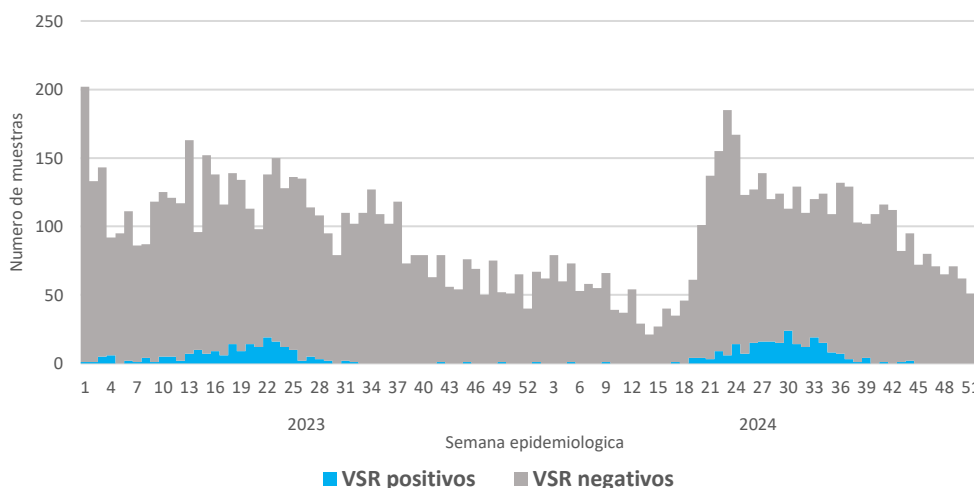


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En cuanto a VSR, se registraron 4.512 muestras estudiadas en lo que va de 2024, con un total de 226 positivos para VSR durante 2024 en UMAS y una positividad acumulada de 5,01%. Se verifica un

ascenso de las detecciones de VSR a partir de la SE19, con aproximadamente el 74% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En las dos últimas semanas analizadas (SE51 y 52), se notificaron 2 casos de VSR entre las 66 muestras estudiadas.

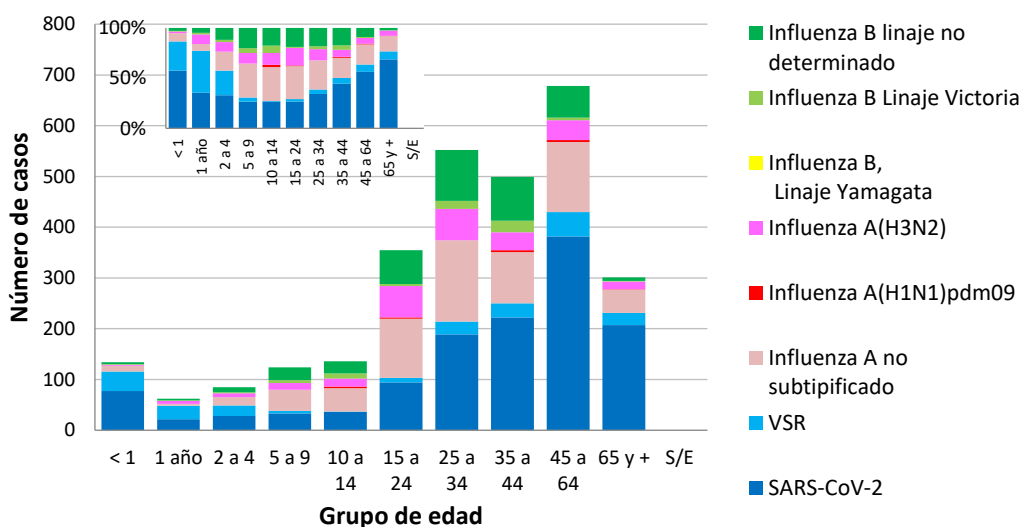
Gráfico 12. Muestras positivas y negativas para VSR por SE. SE1/2023 a SE52/2024. Estrategia UMA. Argentina.



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, 35 a 44 años y 45 a 64. 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 SE52/2024. 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 SE52 de 2024, en términos acumulados, se notificaron 6451 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 14,04% menos casos.

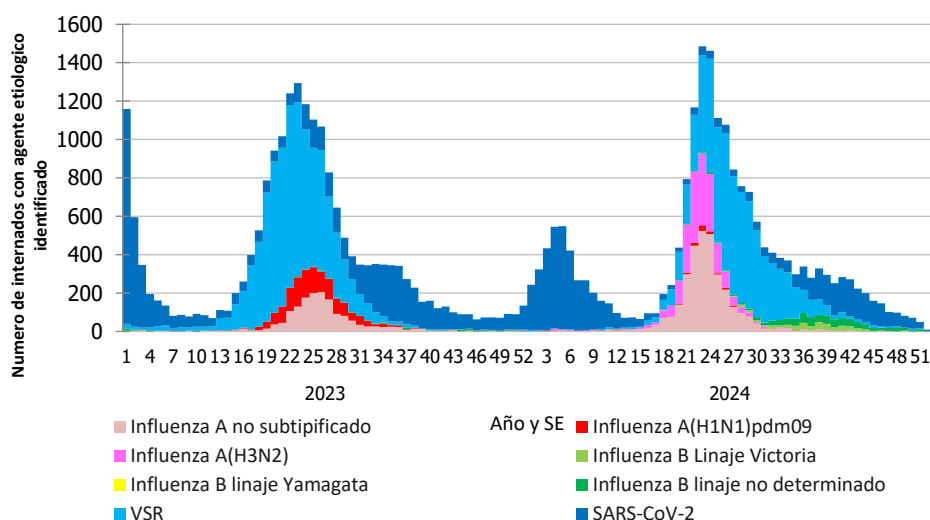
Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia ascendente entre las SE52/2023 y SE5/2024, descendiendo de manera sostenida desde esa semana hasta la SE12. Se destaca que en las primeras 12 semanas de año se concentró el 55% de los casos registrados en lo que va de 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 191 casos en SE42. A partir de SE43, se verifica un menor número de casos hospitalizados con este diagnóstico, con un promedio de 46 casos semanales en las últimas 5 semanas analizadas (7 casos notificados en hospitalizados para la SE52).

Adicionalmente, en lo que va de 2024, se registraron 6252 detecciones positivas para virus influenza en internados. Esto representa un ascenso del 102,92% 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 SE52/2024 se registraron 2 casos de influenza en personas hospitalizadas.

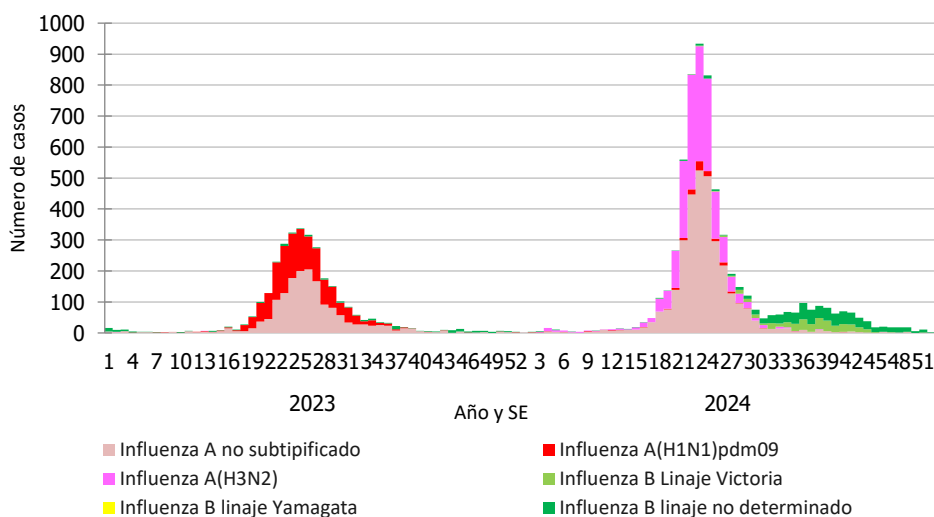
Respecto a VSR, desde SE1/2024 a SE52/2024 se notificaron 7309 casos hospitalizados positivos para VSR, con un descenso del 19,73% respecto a las notificaciones del mismo periodo del año previo.

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 (SE52), se registró 1 caso de VSR en hospitalizados.

Gráfico 14. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2023 a SE52/2024. Argentina.

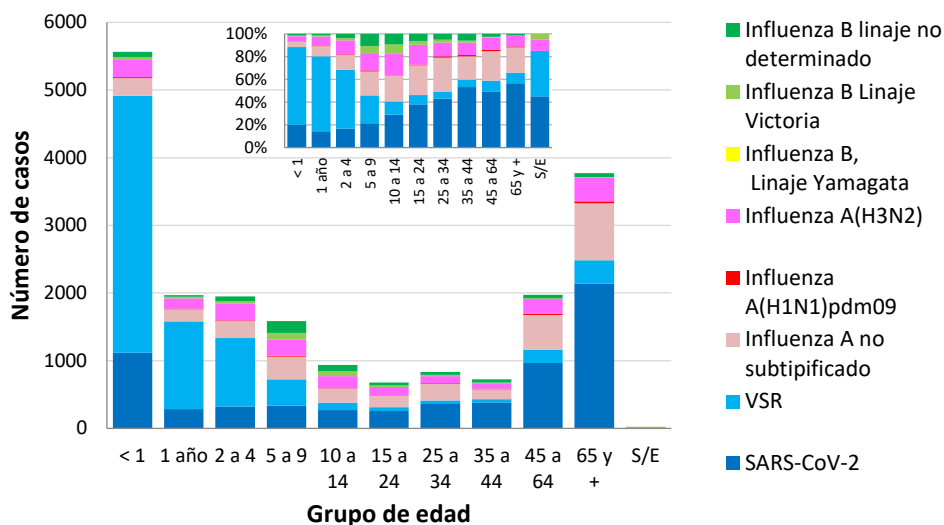
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Para el año 2024, entre las 6252 detecciones de influenza, 5225 fueron influenza A (83,57%) y 1027 influenza B (16,43%). 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, 351 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 SE52/2024. 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 SE52/2024.

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 01-52 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. 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 82% 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 7119 casos y un máximo de 8463 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 23 (máximo de 2146 casos), registrándose predominantemente casos de influenza A sin subtipificar/A H3N2, con un menor número de detecciones semanales en las siguientes semanas. Si bien se detectaron casos durante todas las semanas del año, aproximadamente el 81% de lo reportado corresponde al periodo comprendido entre SE18 y SE30. Desde la SE31 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 un

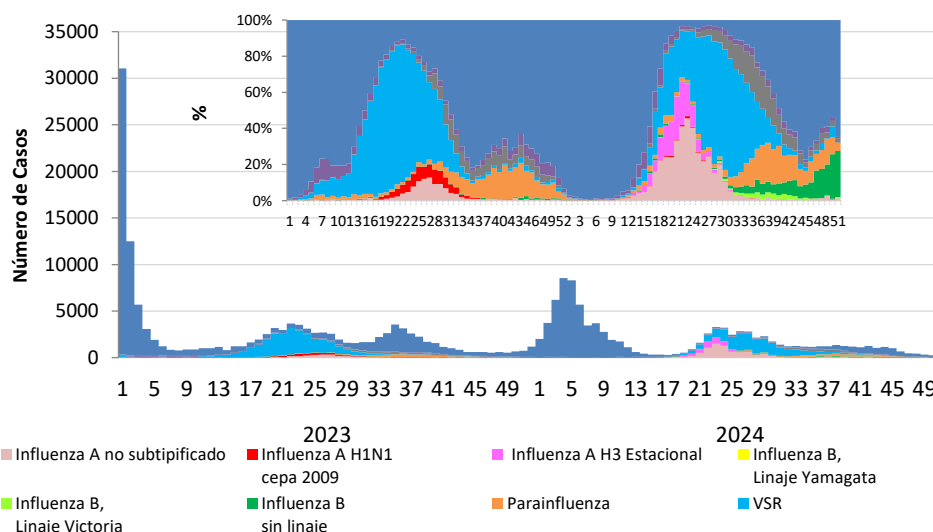
²¹ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

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 92% 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 SE51 de 2024 se verifica su circulación en orden de frecuencia: parainfluenza, metapneumovirus y adenovirus. Desde la SE23 se registra un ascenso de las detecciones de metapneumovirus, que alcanzó su máximo en SE38. 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 SE51/2024. Argentina.



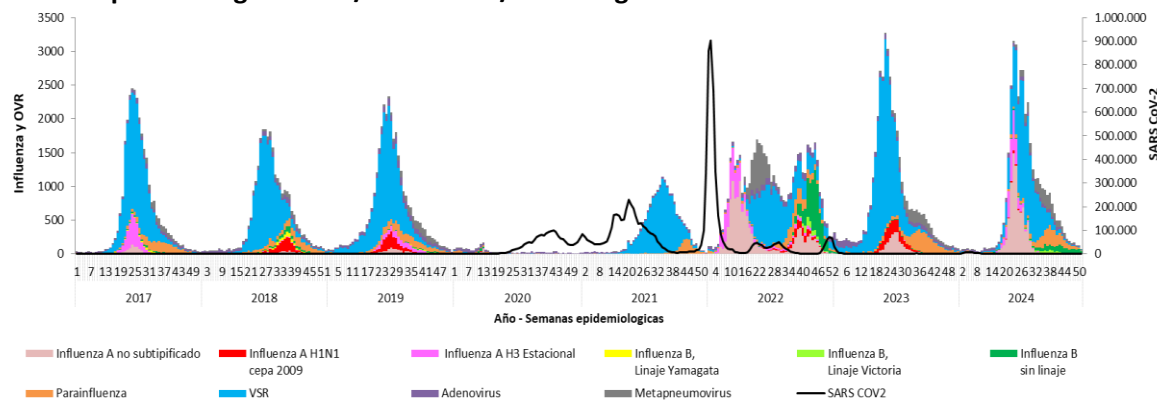
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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

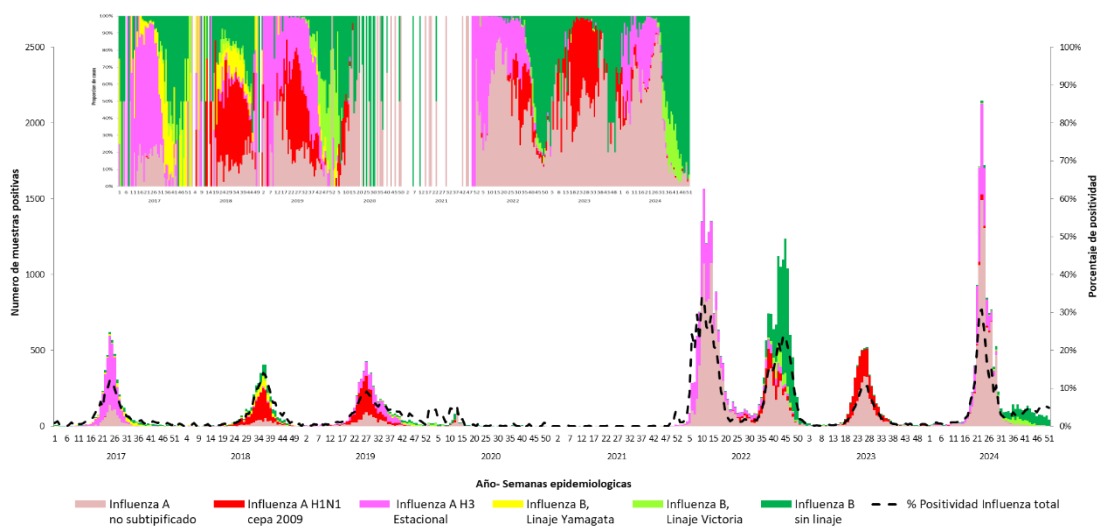
cuanto a metapneumovirus, se verificó un descenso de las notificaciones en 2023 respecto a las muestras positivas del año 2022, con un 43,32% menos detecciones en el 2023 y un comportamiento estacional similar al observado en el período 2017-2019. En relación a influenza, durante el año 2023 se observó 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- SE51/2024. 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- SE51/2024. 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 14 de octubre y el 10 de noviembre de 2024, se compartieron 24.086 secuencias de SARS-CoV-2 a través de GISAID, lo que representa una disminución del 32,7% en comparación con el período de 28 días anterior. De las secuencias compartidas, el 0,1% provino de África, el 52,8% de las Américas, el 0,1% del Mediterráneo Oriental, el 36,4% de Europa, el 0,2% del Sudeste Asiático y el 10,3% del Pacífico

Occidental.²²

Actualmente, la OMS está monitoreando una Variante de Interés (VOI), JN.1, y seis linajes descendientes de JN.1 (VUMs): JN.1.18, KP.2, KP.3, KP.3.1.1, LB.1 y XEC.^{23,24}

Durante este período de 28 días, XEC mostró un aumento en su prevalencia, pasando del 21,3 % al 28,4 %. En contraste, JN.1 disminuyó del 14,3 % al 13,1 %, JN.1.18 del 1,5 % al 1,3 %, KP.2 del 2,8 % al 1,5 %, KP.3 del 10,2 % al 7,7 %, KP.3.1.1 del 46,4 % al 45,6 %, y LB.1 del 1,8 % al 1,9 %. El riesgo para la salud pública que representa XEC, en comparación con otras variantes en circulación, ha sido evaluado como bajo. Aunque su prevalencia está aumentando, XEC sigue siendo una VUM, ya que actualmente no cumple con los criterios para ser clasificada como VOI.

La evolución del SARS-CoV-2 destaca la necesidad de una vigilancia genómica continua, ya que su capacidad de diversificación genética plantea riesgos continuos para la aparición de variantes que puedan desafiar las estrategias actuales de tratamiento y otras medidas de salud pública. Comprender estas dinámicas evolutivas sigue siendo crucial para mitigar el impacto de la pandemia.

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 BA.2.86* y JN.1*.

Entre las SE33 y 40 de 2024, se notificaron al SNVS 162 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales BA.2.86* se identificó en un 43,8% (n= 71), seguida de KP.3.1.1 en un 27,2% (n=44). Además, 13,6% correspondieron a JN.1* (n=22), 3,7% a LB.1 (n=6), 3,1% a XEC (n=5), 2,5% a KP.3 (n=4) y 1,9% a KP.2 (n=3) (*Indica la inclusión de linajes descendientes).²⁵

En total, al 25 de diciembre de 2024 en Argentina se detectaron 581 casos de la variante JN.1* y 130 casos confirmados de la variante BA.2.86*. Además, respecto a las VUM, se notificaron 49 detecciones de KP.3.1.1, 11 de XEC, 7 de LB.1, 5 de KP.3, y 3 de KP.2.

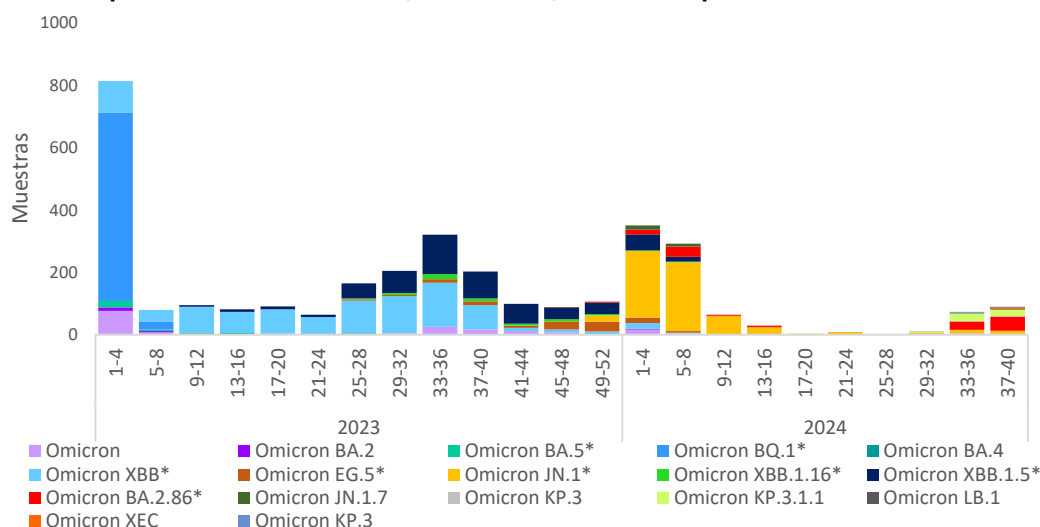
Los casos fueron detectados a partir del trabajo conjunto de la Red Nacional de Virus Respiratorios coordinada por el Laboratorio Nacional de Referencia de Virosis Respiratorias INEI-ANLIS, la Red Federal de Genómica y Bioinformática y por el Laboratorio de Salud Pública, Área Genómica y diagnóstico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

²² COVID-19 epidemiological update – 24 de diciembre 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>

²⁵ Información nacional actualizada el 6 de noviembre de 2024

Gráfico 20: Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrisesmanas. SE01/2023- SE40/2024.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)

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS²⁷

Situación Regional: La actividad de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) ha mostrado un incremento en las subregiones de América del Norte y el Caribe, asociado a la circulación de VRS e influenza. En el resto de las subregiones, la actividad de ETI se mantiene en niveles bajos. Por otro lado, la actividad de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) ha presentado una tendencia general a la baja en las últimas semanas en la mayoría de las subregiones, salvo en América del Norte, donde se ha observado un aumento vinculado también al VRS y la influenza. La actividad de SARS-CoV-2 continúa

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

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>

en descenso, aunque muestra una tendencia ascendente en Brasil, el Cono Sur y la subregión Andina. En cuanto a la influenza, se ha registrado un aumento en América del Norte y el Caribe, así como en algunos países de la subregión Andina y el Cono Sur. Finalmente, la actividad del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) sigue siendo alta en algunos países de América Central y en varios países y territorios del Caribe, aunque con una tendencia decreciente. En América del Norte, la actividad de VRS es elevada y continúa en ascenso.

América del Norte: Los casos de ETI, IRAG y las hospitalizaciones asociadas a virus respiratorios han mantenido una tendencia ascendente en las últimas cuatro SE, aunque aún en niveles bajos. La mayoría de los casos positivos de ETI se asocian a influenza, mientras que los de IRAG a VRS e influenza. La actividad de influenza ha registrado un incremento y se sitúa en niveles epidémicos en todos los países. Durante 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 descendido hasta niveles bajos.

Por países: En Canadá, la actividad de SARS-CoV-2, tras alcanzar niveles máximos similares a olas anteriores, continúa en descenso y se encuentra en niveles bajos. La actividad de influenza ha mostrado un incremento, sobrepasando el 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 de ETI se atribuyen a influenza, que se encuentra en ascenso, superando el umbral epidémico. Los casos de IRAG se asocian al VRS, cuya actividad se mantiene en niveles similares a los máximos observados en temporadas anteriores. La actividad de SARS-CoV-2 se encuentra en niveles bajos. En Estados Unidos, las tasas de hospitalización asociadas a virus respiratorios por cada 100,000 habitantes se mantienen en ascenso, aunque con niveles aún inferiores a los registrados en la temporada previa. Este incremento se asocia al aumento observado en las tasas de hospitalización por VRS e influenza. Asimismo, los casos de ETI han mostrado una tendencia creciente con niveles similares a los máximos alcanzados en la temporada previa. La actividad de influenza continúa en ascenso, habiendo superado el umbral epidémico. La actividad del VRS ha mostrado un claro aumento durante las últimas cuatro SE, alcanzando niveles similares a los máximos registrados en temporadas anteriores. Los niveles de positividad para SARS-CoV-2 permanecen bajos en comparación con olas previas.

Caribe: Los casos de ETI han mostrado un ligero incremento. Por otro lado, los casos de IRAG se han mantenido en niveles bajos. La actividad de influenza ha registrado un aumento, con circulación en numerosos países de la subregión, predominando el subtipo A(H1N1)pdm09. En cuanto al VRS, su actividad se ha mantenido elevada, aunque muestra un descenso en las últimas cuatro SE. En contraste, la actividad de SARS-CoV-2 continúa en niveles bajos.

Por países: En las últimas cuatro SE, se ha registrado actividad de influenza en Barbados, Santa Lucía, Jamaica, Surinam y San Vicente y las Granadinas. Además, se ha detectado actividad de VRS en Belice, República Dominicana, Surinam, Barbados, Guyana y San Vicente y las Granadinas.

En República Dominicana, la actividad de VRS, que alcanzó niveles elevados en SE previas, ha comenzado a descender, mientras que los niveles de influenza y SARS-CoV-2 permanecen bajos. Los casos de IRAG se han mantenido por debajo del umbral epidémico. En Jamaica, los casos de IRAG, tras el ascenso con niveles epidémicos en SE previas, han mostrado un descenso. Asimismo, los casos de neumonía, tras alcanzar niveles extraordinarios, han descendido a niveles moderados. Durante

las últimas cuatro SE, la actividad de influenza ha mostrado un aumento, superando el umbral epidémico y alcanzando niveles moderados. Por otro lado, la actividad de VRS, tras el incremento observado en SE previas, ha comenzado a descender, situándose en niveles bajos. • En Surinam, se ha observado un ligero aumento en los casos de IRAG, situándose en niveles cercanos al umbral epidémico, con detecciones positivas de VRS y, en menor medida, de influenza. • En Guyana, los casos de ETI han mostrado un ligero aumento durante las últimas SE, acompañado de un incremento en la proporción de casos positivos de VRS en semanas previas, que ha comenzado a descender. Los casos de IRAG se mantienen bajos.

Centroamérica: Se ha observado un descenso en la actividad de ETI e IRAG en las últimas cuatro SE. La actividad de influenza se mantiene en niveles bajos, por debajo del umbral epidémico en la mayoría de los países. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo B/Victoria, seguidos de influenza A(H3N2). La actividad de VRS, tras alcanzar niveles similares a los máximos registrados en temporadas previas, se mantiene en descenso. Por su parte, la actividad de SARS-CoV-2 se ha mantenido en niveles bajos.

Por países: En Costa Rica, tras el repunte observado en las SE previas en los casos de IRAG, se ha registrado un descenso, situándose en niveles moderados. La mayoría de los casos positivos son atribuibles al VRS, cuya actividad, aunque aún elevada, ha comenzado a disminuir. Los casos de ETI se mantienen en niveles bajos. La actividad de influenza se mantiene por debajo del umbral epidémico, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 continúa en niveles bajos. En El Salvador, la circulación de influenza ha mostrado una actividad fluctuante en torno al umbral epidémico en las últimas cuatro SE. La actividad del VRS, tras un marcado repunte acercándose a niveles similares a los máximos observados en temporadas previas, ha registrado un descenso en las dos últimas SE. Mientras tanto, la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos. En Guatemala, la actividad de ETI e IRAG se encuentra en niveles por debajo del umbral epidémico. La actividad del VRS está en descenso, mientras que la de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos. La actividad de influenza, por su parte, continúa fluctuando en niveles epidémicos. En Honduras, tras el incremento observado en los casos de IRAG, atribuibles al VRS e influenza, en semanas previas, se ha registrado un descenso hasta situarse en niveles epidémicos. Los casos de ETI se mantienen por debajo del umbral epidémico. La actividad de influenza se encuentra fluctuando en torno al umbral epidémico, y la actividad de VRS ha descendido hasta niveles bajos. Durante este período, no se ha detectado actividad de SARS-CoV-2. 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 período, situándose en niveles bajos. En Panamá, los casos de ETI e IRAG han continuado en descenso durante las últimas cuatro SE. La actividad del VRS, tras el pico registrado en semanas anteriores que alcanzó niveles máximos similares a temporadas previas, ha disminuido hasta niveles bajos. Asimismo, la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja, mientras que la actividad de influenza ha permanecido por debajo del umbral epidémico.

Países Andinos: La actividad de ETI e IRAG se ha mantenido en niveles bajos en las últimas cuatro SE en la mayoría de los países. La actividad de influenza se mantiene en niveles bajos en general, excepto en Ecuador, donde supera el umbral epidémico. Durante este período, ha predominado la influenza B/Victoria, seguida de influenza A(H3N2). La actividad de VRS y SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos en comparación con olas previas, aunque este último ha mostrado un ligero ascenso.

Por países: En Colombia, la actividad de IRA (Infección Respiratoria Aguda) ha registrado un ligero repunte en las últimas cuatro SE, superando el umbral epidémico. En contraste, la actividad de IRAG

se mantiene por debajo de dicho umbral. Los pocos casos positivos se atribuyen mayoritariamente a influenza, cuya actividad se sitúa en torno al umbral epidémico, y al VRS, que continúa en descenso. La actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos. En Ecuador, la actividad de IRAG y neumonía sigue en ascenso, alcanzando niveles altos y moderados, respectivamente. La mayoría de los casos positivos de IRAG están relacionados con la influenza, cuya actividad ha aumentado a niveles moderados, con predominio del tipo A(H3N2). Por otro lado, la actividad del VRS y SARS-CoV-2 continúa en niveles bajos. En Perú, los casos positivos de ETI e IRAG han mostrado un descenso, situándose en niveles bajos. La actividad de influenza permanece por debajo del umbral epidémico, mientras que los niveles de VRS continúan bajos. La actividad de SARS-CoV-2 ha presentado un ligero incremento, aunque se mantiene dentro de niveles bajos en comparación con olas previas. En Venezuela, tras el aumento en la actividad del VRS observado en semanas previas, se ha registrado un descenso hasta alcanzar niveles bajos. Por su parte, la actividad de influenza ha permanecido por debajo del umbral epidémico durante las últimas cuatro SE.

Brasil y Cono Sur: La actividad de ETI e IRAG se ha mantenido en niveles bajos durante las últimas cuatro SE. Se ha observado un ligero aumento en los casos de ETI, asociado con un incremento en la proporción de casos positivos a SARS-CoV-2. La actividad de influenza ha mostrado un leve ascenso, 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 del VRS continúa en niveles bajos, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 ha registrado un aumento, aunque sigue siendo inferior a los niveles máximos observados en olas previas.

Por países: En Argentina, la actividad de ETI e IRAG permanece por debajo del umbral epidémico. La actividad de influenza se encuentra en niveles epidémicos, impulsada por un repunte en las últimas SE, con predominio de la circulación de influenza B. La actividad del VRS se ha mantenido en niveles bajos. En cuanto a SARS-CoV-2, tras un incremento que alcanzó niveles intermedios en comparación con olas previas, su actividad ha comenzado a descender hasta niveles bajos. En Brasil, se ha registrado un descenso en los casos de ETI e IRAG durante las últimas cuatro SE, situándose por debajo del umbral epidémico. La actividad de influenza también se mantiene por debajo de este umbral, aunque ha mostrado un ligero ascenso asociado a la circulación de influenza B. Por su parte, la positividad de SARS-CoV-2 ha presentado un leve aumento, aunque sigue en niveles bajos en comparación con olas previas. La actividad del VRS continúa en niveles bajos. En Chile, la actividad de ETI ha descendido a niveles moderados durante las últimas cuatro SE, asociada principalmente a casos positivos de influenza y SARS-CoV-2. Los casos de IRAG continúan descendiendo, situándose por debajo del umbral epidémico. La actividad del VRS ha seguido disminuyendo, alcanzando niveles bajos. Por otro lado, la actividad de SARS-CoV-2 e influenza, aunque permanecen en niveles bajos, han 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/Victoria. En Paraguay, la actividad de IRAG se mantiene en descenso, con niveles cerca del umbral epidémico. La actividad de ETI permanece por debajo de este umbral. Los casos positivos se atribuyen principalmente a SARS-CoV-2, que ha mostrado un ligero incremento, y a influenza B, que se encuentra en niveles cercanos al umbral epidémico. 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 mostrado un aumento en el porcentaje de positividad, aunque se mantiene en niveles por debajo de los máximos observados en olas previas.

RUMORES SOBRE AUMENTO DE CASOS DE METAPNEUMOVIRUS EN CHINA

Informe resumen realizado por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, el Departamento de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS “Carlos G. Malbrán”

El metapneumovirus humano (hMPV), una de las principales causas de infección respiratoria aguda en humanos, fue identificado por primera vez en 2001 por científicos en los Países Bajos. El hMPV puede causar enfermedad de las vías respiratorias superiores e inferiores en personas de todas las edades, especialmente niños y adultos mayores. Si bien las infecciones por hMPV pueden ocurrir durante todo el año, su incidencia alcanza su pico durante el invierno y la primavera, coincidiendo con las estaciones del virus respiratorio sincitial (VSR) y la gripe estacional.

El uso más amplio de técnicas de diagnóstico molecular como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) ha permitido aumentar la detección y la conciencia sobre este virus²⁸.

El hMPV se clasifica en 2 subgrupos A y B, divididos a su vez en distintos genotipos, basados principalmente en variaciones del gen que codifica para la proteína de fusión F.

Actualmente, no existe una terapia antiviral específica para tratar el hMPV ni una vacuna para prevenirlo. El tratamiento médico es de apoyo, ya que la infección, en la mayoría de los casos, se resuelve por sí sola.

Sobre la situación en China

El día de la fecha, sábado 4 de enero de 2025, en horas de la mañana, a través del Centro Nacional de Enlace, se recibe la siguiente comunicación proveniente del Punto de Contacto Regional de la OMS sobre el RSI:

"Ante la circulación de diversos informes de prensa y rumores sobre un posible brote de metapneumovirus humano (hMPV) en China, que podría estar afectando instalaciones de salud y crematorios, así como rumores sobre la declaración de un estado de emergencia, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) comparte la siguiente información para mantener informados a los Estados Miembros:

- *La OMS no ha recibido informes de China que indiquen un aumento inusual en enfermedades respiratorias. La OMS continúa monitoreando los patógenos respiratorios a nivel global y en la Región, incluidos los cambios en cepas y variantes, y apoya los esfuerzos de detección y respuesta ante brotes. La OMS seguirá vigilando y proporcionando actualizaciones sobre cualquier nueva información.*
- *La OMS trabaja en estrecha colaboración con las autoridades sanitarias de China para fortalecer la vigilancia colaborativa, el manejo de casos, los servicios de laboratorio y el control de infecciones.*
- *De acuerdo con las últimas actualizaciones de datos de vigilancia del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de China (CDC de China), la magnitud e intensidad de las infecciones respiratorias fueron menores que las registradas en el mismo período del año anterior. Sin embargo, se ha observado un aumento en las infecciones respiratorias agudas,*

²⁸ Khan A, Khanna V, Majumdar K. Demographics, Clinical Presentation and Outcome of Metapneumovirus Infection in Adults: A Case Series Analysis at Scarborough General Hospital, United Kingdom. *Cureus*. 2024 Nov 8;16(11):e73292. doi: 10.7759/cureus.73292. PMID: 39524165; PMCID: PMC11548111. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11548111/#REF1>

incluidas la influenza estacional, el metapneumovirus humano (hMPV), la infección por rinovirus, el virus respiratorio sincitial (VRS) y otros, particularmente en las provincias del norte de China.

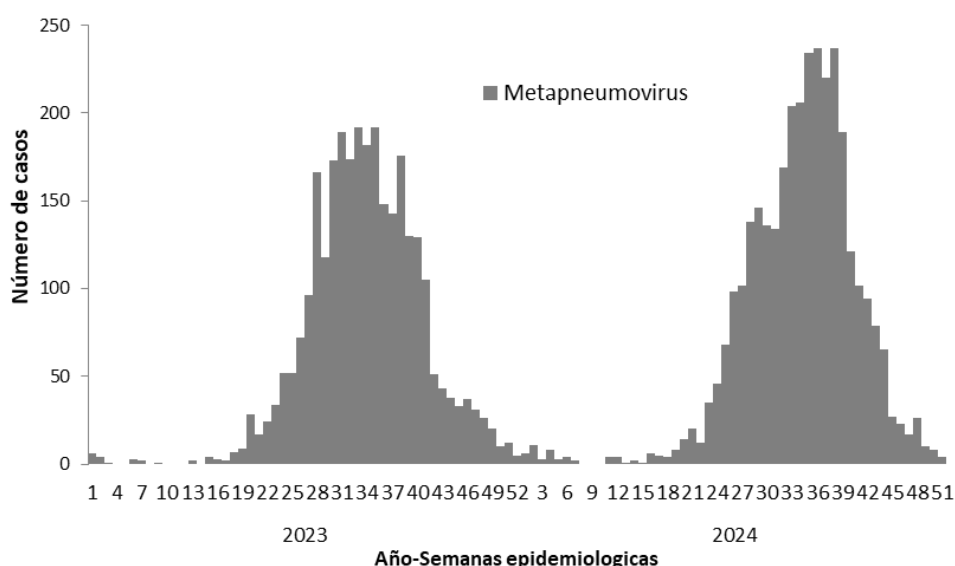
Se espera un aumento estacional de patógenos respiratorios en los países del hemisferio norte, especialmente durante el invierno."

Sobre la situación en Argentina

En Argentina la vigilancia de metapneumovirus se basa en la vigilancia por redes de laboratorios y consiste en la notificación semanal del número de casos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Como puede observarse en el siguiente gráfico, si bien se registran casos en casi todas las semanas del año, la mayoría de ellos se sitúa entre las semanas 25 (mediados de junio) y 45 (principios de noviembre). Se observa que en 2024 se alcanzó un mayor número de casos en comparación al año previo entre las SE33 y SE40.

Gráfico 21. Metapneumovirus. Casos por semana epidemiológica. Vigilancia por redes de laboratorios. Argentina. SE1 -2023 a SE51-2024.



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

Conclusión y recomendaciones

Al momento actual se registra un rumor sobre aumento de casos en China que no es corroborado por la Organización Mundial de la Salud.

En Argentina se observa una actividad dentro de lo esperado.

Las áreas técnicas correspondientes se encuentran trabajando en la vigilancia continua del evento en el país y en comunicación con sus contrapartes regionales en seguimiento de la situación epidemiológica.

Se recomienda permanecer en estado de atención a la información oficial proveniente de los Centros Nacionales de Enlace, la OPS y la OMS de acuerdo al reglamento sanitario internacional y fortalecer las acciones usuales de vigilancia de las Infecciones respiratorias en el marco de la vigilancia epidemiológica habitual, tanto clínica como laboratorial.

TEMAS ESPECIALES

LEGIONELOSIS

INTRODUCCIÓN

La bacteria *Legionella pneumophila* se describió por primera vez en 1977, como causa de un brote de neumonía grave registrado en 1976 en un centro de convenciones estadounidense²⁹.

La legionelosis es una enfermedad transmitida por la inhalación de aerosoles provenientes de fuentes de agua contaminada. Después de que las bacterias *Legionella* crecen y se multiplican en el sistema de agua, estas pueden dispersarse en forma de gotitas lo suficientemente pequeñas como para que las personas las inhalen. La infección también puede tener lugar a través de la aspiración de agua o hielo contaminados, sobre todo por parte de pacientes hospitalizados vulnerables.

Se han detectado brotes como consecuencia de problemas en el mantenimiento de sistemas artificiales de agua. Las bacterias del género *Legionella* se encuentran naturalmente en entornos acuáticos naturales -como ríos, lagos y embalses- y artificiales. Estas bacterias pueden convertirse en una preocupación de salud cuando se multiplican y propagan en los sistemas de agua artificiales de los edificios como cabezales de ducha y grifos de lavamanos; bañeras de hidromasaje; fuentes y accesorios decorativos con agua; tanques de agua caliente y calentadores de agua; torres de refrigeración o enfriamiento; condensadores evaporativos; sistemas de refrigeración de agua de proceso industrial; humidificadores; sistemas insertos en espacios de acceso y utilización pública que utilicen agua para fines recreativos y que puedan generar aerosoles de agua; redes prediales de agua - especialmente de agua caliente sanitaria con acumulador y circuito de retorno-; sistemas de riego o de enfriamiento por aspersión; fuentes ornamentales y otros generadores de aerosoles de agua.

Las instalaciones de riesgo en terapia intensiva a considerar son los equipos de terapia respiratoria; respiradores; nebulizadores; otros equipos médicos en contacto con las vías respiratorias. El agua destilada producida localmente también puede proporcionar un entorno adecuado para que estos microorganismos se multipliquen. Factores conocidos por potenciar la colonización y amplificación de *Legionella spp.* en ambientes de agua artificiales incluyen temperaturas de 20-45°C, estancamiento, incrustaciones y sedimentos, y la presencia de ciertas amebas acuáticas de vida libre que son capaces de soportar el crecimiento intracelular de *Legionella spp.*

La *Legionella* puede multiplicarse si el agua no es tratada de manera adecuada o si los sistemas de agua no son mantenidos adecuadamente. Estas bacterias viven y crecen en el agua a temperaturas comprendidas entre los 20°C y los 50°C (temperatura óptima: 35°C) y pueden sobrevivir y proliferar parasitando protozoos libres o dentro de las biopelículas que se forman en los sistemas de agua.

Aunque se desconoce cuál es la dosis infectante, cabe suponer que la misma es baja para las personas vulnerables a la bacteria, ya que se han dado casos tras tiempos de exposición muy breves y distancias grandes desde la fuente.

Las infecciones graves por *Legionella*, principalmente neumonía, son más frecuentes entre adultos mayores de 50 años, hombres, fumadores y huéspedes inmunocomprometidos o con ciertas enfermedades crónicas subyacentes.

La mayoría de las infecciones no causan síntomas cuando se trata de personas sin condiciones de riesgo. La probabilidad de contraer la enfermedad depende de la concentración del patógeno en la

²⁹ D.W. Fraser, T.R. Tsai, W. Orenstein, W.E. Parkin, H.J. Beecham, R.G. Sharrar, J. Harris, G.F. Mallison, S.M. Martin, J.E. McDade, C.C. Shepard, P.S. Brachman Legionnaires' disease: Description of an epidemic of pneumonia. N Engl J Med., 297 (1977), pp. 1189-1197

fuentes de agua involucrada, de la producción de aerosoles a las que estuvo expuesta la persona, a sus condiciones preexistentes, a la virulencia de la bacteria involucrada. Las infecciones por *Legionella* pueden producir enfermedad de gravedad variable: 1) *La enfermedad del legionario* se manifiesta como una neumonía y se caracteriza por fiebre, tos con o sin dolor torácico y dificultad respiratoria progresiva. Otros síntomas asociados son escalofríos, cefalea, mialgias, manifestaciones del tracto gastrointestinal, compromiso del sistema nervioso (delirio y confusión) y manifestaciones renales. Sin tratamiento, los síntomas pueden empeorar rápidamente llevando a insuficiencia respiratoria, shock, daño multiorgánico y muerte. La tasa global de letalidad es de aproximadamente el 10%, en los casos asociados al cuidado de la salud se ha reportado hasta el 25%. 2) *La fiebre de Pontiac* es una enfermedad febril, más leve, sin neumonía que se caracteriza por un inicio abrupto de síntomas similares a la influenza (fiebre, mialgias, cefalea, debilidad) y es autolimitada como resultado de la respuesta inflamatoria del huésped a la bacteria; 3) *Legionelosis extrapulmonar* es una forma rara en la que *Legionella* puede afectar otros órganos o sistemas fuera del pulmón y se ha asociado con endocarditis, miocarditis, infecciones de injertos, artritis, celulitis, abscesos cutáneos, artritis séptica, peritonitis.³⁰

Dado que la sintomatología de la enfermedad no se diferencia de otras enfermedades similares producidas por otras etiologías, el subdiagnóstico y la subnotificación constituyen un problema para la salud de las poblaciones, dado su potencial gravedad. La falta de diagnóstico adecuado y oportuno puede afectar la posibilidad de tratamiento adecuado y poner en riesgo a las personas inmunocomprometidas afectadas. Por ello, es importante que el equipo de salud mantenga un alto nivel de sospecha, especialmente en personas con neumonía que presentan factores de riesgo como edad avanzada, tabaquismo o inmunosupresión y sin otra etiología que la explique. Considerándola entre los diagnósticos diferenciales en casos de neumonías adquiridas en la comunidad con fracaso terapéutico; neumonías graves, particularmente aquellas que requieren cuidados intensivos; pacientes inmunodeprimidos con neumonía y neumonías asociadas a cuidados de la salud y neumonías en individuos con antecedentes de viajes.³¹

La enfermedad de los legionarios es un importante problema de salud pública particularmente por su frecuente presentación en forma de brotes, tanto comunitarios como nosocomiales, y por su letalidad, especialmente en personas de edad avanzada o con otras enfermedades.

La notificación oportuna de casos y/o brotes de enfermedad y la investigación epidemiológica permiten la identificación de la/s fuente/s de exposición y la adopción de medidas de prevención y control adecuadas. En Argentina la legionelosis es un Evento de Notificación Obligatoria desde 2022 en los términos de la Ley 15.465 y según Res. 2827/22, de modalidad individual/Nominal, estrategia universal de los componentes clínico, laboratorial y epidemiológico; de forma inmediata (dentro de las 24hs), ante la sospecha o la confirmación.

³⁰ Ministerio de Salud, *Legionelosis: Recomendaciones para la prevención, la vigilancia epidemiológica y el control de casos y brotes*. Disponible en

www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-04/20230404_legionelosis-recomendaciones.pdf

³¹ Cipolla L, Rocca F, Armitano R, López B, Prieto M. Enfermedad del legionario en Argentina: evolución de la estrategia diagnóstica en el laboratorio [Legionnaires' disease in Argentina: Evolution of the laboratory diagnostic strategy]. *Rev Argent Microbiol.* 2023 Apr-Jun;55(2):160-166. Spanish. doi: 10.1016/j.ram.2022.10.001. Epub 2023 Jan 3. PMID: 36604301

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN ARGENTINA

Toda la información que se describe a continuación proviene de datos del SNVS y están sujetos a modificación de acuerdo a las notificaciones que se reciban.

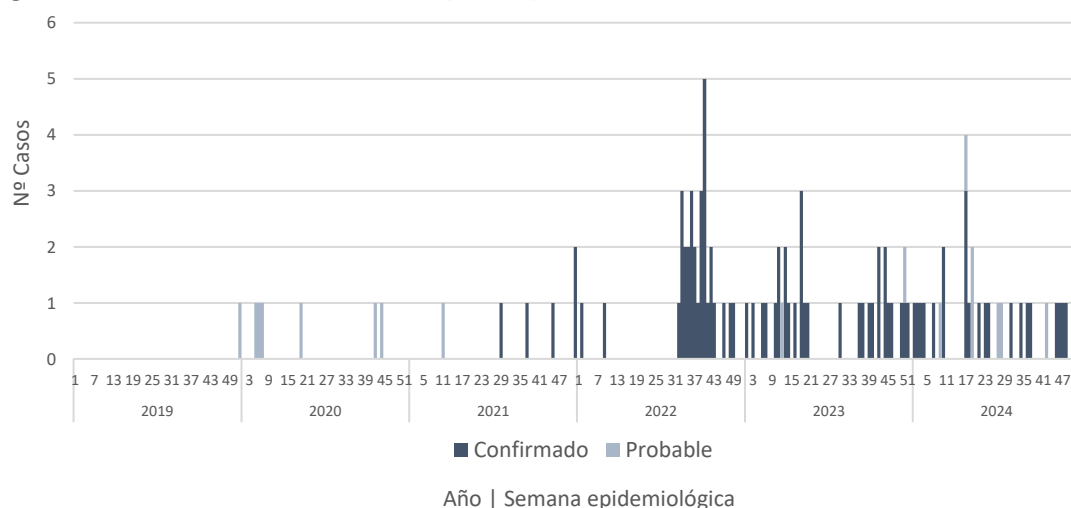
Entre SE01/2019 y SE 51/2024 se notificaron en Argentina 105 casos (confirmados y probables) de legionelosis, de los cuales 23 fallecieron (21,9%).

El 42% (44) de los casos presentaron información sobre antecedentes epidemiológicos, siendo los más frecuentes los casos asociados a instituciones de salud (70%), caso comunitario (14%), nexo epidemiológico con un caso confirmado en entorno sanitario (9%); trabajó, recibió tratamiento o visitó un hospital en los últimos 14 días (5%); caso asociado a viajes (5%) y expuesto a construcción, plomería, rotura de caños en últimos 6 meses (5%). Cada caso confirmado puede presentar más de un antecedente.

La curva de casos muestra en 2022 un incremento a partir de SE32, presentando un punto máximo en SE40 para luego descender. La mayor parte de los casos de 2022 corresponden a brotes institucionales en la provincia de Tucumán, detectándose 17 casos en agosto-septiembre y 5 casos en diciembre. Sin embargo, el pico de los 5 casos de SE40 se corresponde tanto a casos detectados en Tucumán como en CABA y en provincia de Buenos Aires. En 2023 el mayor número de casos se registró en SE18, con tres casos aislados. En 2024 se observa un pico de casos en SE17 con 3 casos confirmados y 1 probable, tratándose de tres casos comunitarios y uno asociado a institución de salud.

Entre SE01 y SE51 de 2024 se notificaron en Argentina 29 casos (confirmados y probables) de infecciones por *Legionella*, 8 de los cuales (27,6%) fallecieron. La tasa de incidencia fue de 0,06 casos cada 100.000 habitantes y la tasa de mortalidad de 0,17 por millón de habitantes.

Gráfico 1. Legionelosis: casos confirmados y probables según semana epidemiológica y año. Argentina, SE 01/2019 a SE51/2024³². (N=105)



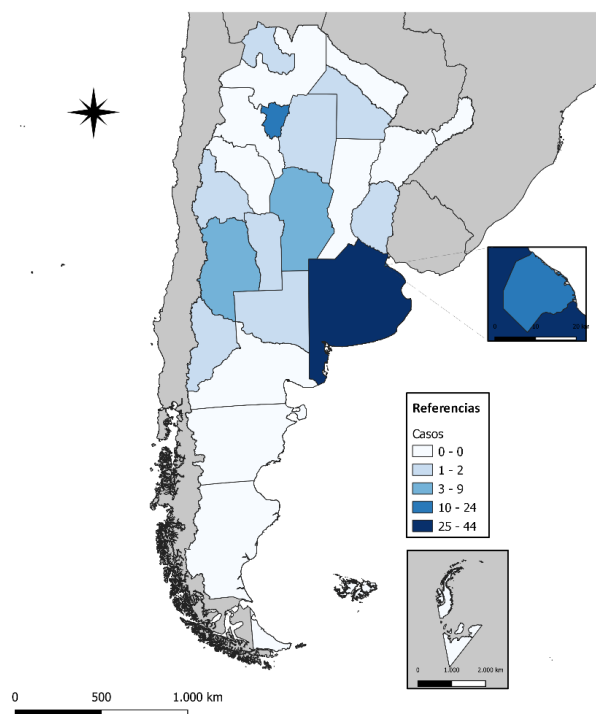
La distribución territorial de los casos puede observarse en el Tabla 1 y en el Mapa 1. Una adecuada interpretación de la información por región debe tener en cuenta que la inequidad en el acceso al diagnóstico sindrómico molecular y la no incorporación de pruebas más económicas como el antígeno urinario en el algoritmo diagnóstico de rutina para neumonías graves en población con factores de riesgo podría impactar en la cantidad de casos detectados y notificados.

Tabla 1. Legionelosis: casos confirmados y probables, fallecidos, incidencia acumulada y tasas de mortalidad por región. Argentina, SE 01/2019 a SE51/2024. (N=105)

Región	Casos	Fallecidos	Incidencia Acumulada c./ 100.000 hab.	Tasa de Mortalidad c./ 1.000.000 hab.
CENTRO	64	13	0,22	0,44
CUYO	11	2	0,33	0,60
NEA	1	0	0,02	0,00
NOA	27	6	0,47	1,05
SUR	2	2	0,07	0,67
TOTAL PAÍS	105	23	0,23	0,50

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

Mapa 1. Legionelosis: Mapa de casos confirmados y probables detectados por jurisdicción. Argentina, SE 01/2019 a SE51/2024. (N=105)

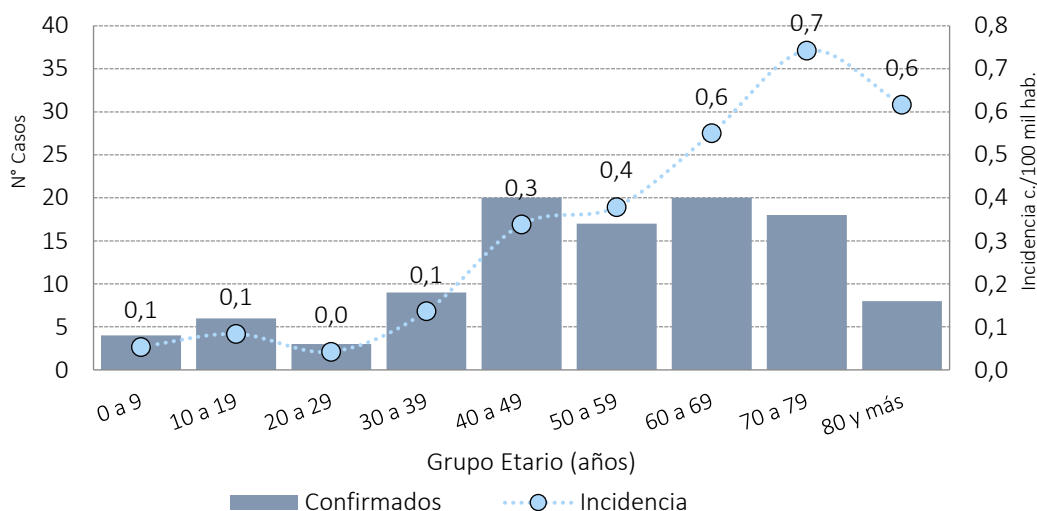


Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Considerando el período entre SE01/2019 y SE51/2024, se observa que la legionelosis afecta principalmente a la población de adultos (> 40 años de edad) y adultos mayores. La incidencia acumulada por grupo de edad más elevada se observó en adultos mayores, principalmente en el rango entre 70 y 79 años de edad (0,7 casos c/100.000 hab.), teniendo a su vez este grupo la mayor tasa de mortalidad (2,1 casos c/1.000.000 de hab.). A continuación, los grupos etarios más afectados en términos de incidencia son el de 60 a 69 años y el de 80 años y más (ambos con 0,6 casos c/100.000 hab.), encontrándose a su vez en el grupo de 60 a 69 años la segunda mayor tasa de mortalidad (1,9

casos c/1.000.000 hab.). La mayor cantidad de casos y fallecidos en términos absolutos se encuentra en los grupos entre 40 y 79 años de edad.

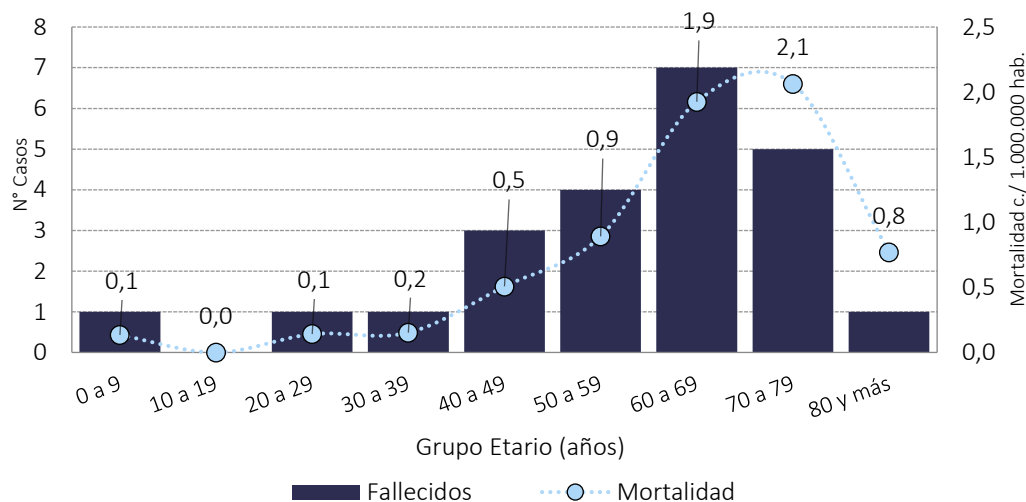
Gráfico 2. Legionelosis: casos confirmados y probables e incidencia cada 100 mil hab. según grupo etario. Argentina, SE 01/2019 a SE51/2024. (N=105)



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

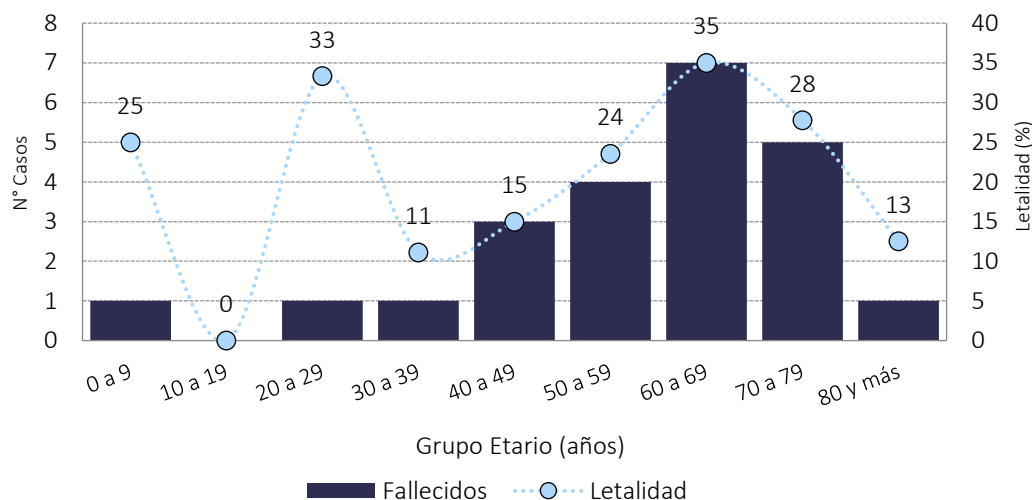
Respecto a las tasas de mortalidad por grupo de edad cada 1.000.000 habitantes, se observa que la población más afectada también fue la de adultos mayores, particularmente los de 70 a 79 años (2,1), seguidos por los de 60 a 69 años (1,9). La mayor cantidad de casos fallecidos se concentró en la población de 60 a 69 años (7), seguida por los grupos de 70 a 79 (5) y 50 a 59 (4).

Gráfico 3. Legionelosis: casos confirmados y probables fallecidos y tasas de mortalidad por millón de hab. según grupo etario. Argentina, SE 01/2019 a SE51/2024. (n=23)



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

Gráfico 4. Legionelosis: casos confirmados y probables fallecidos y letalidad según grupo etario. Argentina, SE 01/2019 a SE51/2024. (n=23)



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

BROTOS ASOCIADOS A INSTITUCIONES DE SALUD

Todo caso de legionelosis debe ser investigado para identificar la posible fuente de infección y otros posibles casos asociados. La investigación completa, incluyendo el muestreo ambiental, se emprenderá ante brotes de legionelosis o ante uno o más casos en una institución de salud o institución cerrada.

Se define como brote asociado a institución de la salud: i) Un caso o más de enfermedad del legionario asociada a cuidados de la salud presuntiva en cualquier momento; Ó ii) Dos o más casos de enfermedad del legionario asociada a cuidados de la salud posible con fecha de inicio de síntomas dentro de los 12 meses de otro caso en la institución.

En el presente apartado se describen 12 brotes asociados a instituciones de salud registrados por los establecimientos y jurisdicciones involucradas y procesados y analizados a nivel nacional por el LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, entre SE 01/2019 y SE 44/2024.

En 2020 se notificaron 2 brotes en la provincia de Buenos Aires. En febrero se detectaron dos casos en pacientes adultos inmunosuprimidos con cultivo positivo para *L. pneumophila*, sin recuperarse *Legionella spp.* en investigación ambiental. En diciembre, se detectó un caso en paciente adulto trasplantado, también con cultivo positivo para *L. pneumophila*, recuperándose posteriormente *L. pneumophila* en el cabezal de la ducha de la habitación del paciente. En ambos casos, se realizaron procedimientos de limpieza y desinfección, así como se instalaron protocolos de vigilancia activa, no registrándose casos adicionales en los siguientes 6 meses.

Durante 2021 tuvieron lugar 2 brotes en el Área Metropolitana de Buenos Aires, uno de ellos en la provincia de Buenos Aires (julio) y el otro en CABA (noviembre). El primero se trató de un paciente pediátrico inmunosuprimido, recuperándose *L. pneumophila* en antígeno urinario y cultivo. Además, se recuperó *L. pneumophila* en un grifo de la sala. El segundo, se trató de un paciente adulto oncológico con cultivo positivo para *L. pneumophila*, sin poder recuperarse el agente en muestras ambientales. Se realizó en ambos casos el procedimiento de limpieza y desinfección y cambio de grifo/cabezal afectado. Se realizó una vigilancia activa, sin detectarse casos adicionales en los siguientes seis meses.

En 2022 se produjeron 3 brotes. El más relevante hasta el momento en Argentina tuvo lugar en Tucumán, entre agosto y septiembre. Se detectaron 17 casos incluyendo a personal de salud y pacientes hospitalizados y ambulatorios. No se recuperó *Legionella spp.* en cultivo de muestras respiratorias disponibles ni en el antígeno urinario. Se detectó ADN de *L. pneumophila* en 7 pacientes, y 10 casos fueron confirmados por seroconversión. No se recuperó *Legionella spp.* en las muestras ambientales. En un primer momento, ante la falta de diagnóstico etiológico se decidió el cierre de la institución. Cuando se obtuvieron los resultados se procedió a la limpieza y desinfección de la institución. Se realizó una búsqueda activa, no registrándose nuevos casos en los siguientes seis meses.

En diciembre se produjo otro brote en otra institución de la misma jurisdicción, siendo afectados cinco pacientes adultos que se encontraban en la UTI, uno de los cuales arrojó resultados positivos para un panel molecular múltiple y cuatro mediante la detección y secuenciación de ADN de *L. pneumophila*. No se recuperó *Legionella spp.* de las muestras clínicas ni de las muestras ambientales. Se realizaron los procedimientos de limpieza y desinfección, así como la vigilancia activa, no registrándose nuevos casos en los siguientes seis meses.

A raíz de estos sucesos, la jurisdicción sanciona una resolución provincial para la implementación de un Programa de Gestión de Agua Segura en los centros de salud provinciales³³.

En ese mismo año, ocurrió un caso en un paciente adulto en una institución de la provincia de Neuquén, con cultivo positivo para *L. pneumophila*. No se recuperó *Legionella spp.* en las muestras ambientales. Se realizaron los procedimientos de limpieza y desinfección, así como una vigilancia activa durante los siguientes seis meses, sin registrar nuevos casos.

Durante 2023, se detectaron 4 brotes hospitalarios. Dos en la provincia de Buenos Aires (marzo y octubre), tratándose en el primero de un paciente adulto con cultivo positivo para *L. pneumophila*, con recuperación de *L. pneumophila* en muestras de agua durante la investigación ambiental. Se realizó el procedimiento de limpieza y desinfección, así como la vigilancia activa por los siguientes seis meses.

El segundo brote institucional detectado por PBA en ese año tuvo lugar en octubre, donde se presentaron tres casos en pacientes adultos, dos confirmados por PCR y uno por cultivo positivo para *L. pneumophila*. Se recuperó *L. pneumophila* en muestras de agua. Se realizó la limpieza y desinfección y también la vigilancia activa, sin registrar nuevos casos.

En marzo se detectó en Mendoza un caso en un paciente adulto, con antígeno urinario positivo y detección de ADN de *L. pneumophila* mediante panel sindrómico molecular. El LNR no recuperó *L. pneumophila* en el material respiratorio ni en las muestras de agua. Se recuperó en cultivo de muestras ambientales en recuento bajo realizado por empresa contratada por el nivel jurisdiccional. Se realizó un procedimiento de limpieza y desinfección, y se comenzó a armar un Plan de Gestión de Agua. La vigilancia activa no registró nuevos casos en los siguientes seis meses.

Por último, CABA detectó en abril dos casos en pacientes adultos inmunocomprometidos en una institución, confirmados para *L. pneumophila* mediante panel sindrómico molecular, antígeno urinario positivo y cultivo positivo para *L. pneumophila*. El estudio ambiental tercerizado detectó *L. pneumophila*. Se realizaron los procedimientos de limpieza, desinfección y adecuación de un sistema automático de cloración. Se realizó una vigilancia activa, sin detectarse nuevos casos en los siguientes seis meses.

³³ Resolución 183 del 28 de marzo de 2023. San Miguel de Tucumán.

Entre SE01 y SE44 de 2024 se ha detectado **1 brote** en una institución de salud de Mendoza, se trató de un caso pediátrico con cultivo positivo para *L. pneumophila*, sin recuperarse *Legionella spp.* en las muestras ambientales. Se realiza la limpieza, desinfección y vigilancia activa, sin haberse detectado nuevos casos al momento de la publicación del presente informe.

VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN³⁴

Definiciones de caso

La vigilancia de legionelosis se basa en casos de neumonías en los que se detecta *Legionella* o que tengan vínculos epidemiológicos con *Legionella*, en los casos de otras infecciones invasivas por *Legionella*, y en los brotes de enfermedad leve en entornos en los que se sospeche fiebre de Pontiac. Para la vigilancia epidemiológica, los casos de legionelosis se clasifican según la combinación de 3 criterios: clínico, epidemiológico y laboratorial.

1) Criterio clínico:

- Enfermedad del legionario (EL): neumonía diagnosticada clínica y radiográficamente.
- Fiebre de Pontiac (FP): inicio agudo de fiebre y 1 o más de los siguientes: escalofríos, malestar general, fatiga, mialgias, cefalea, náuseas y/o vómitos. Es un cuadro clínico autolimitado y raramente requiere hospitalización.
- Legionelosis extrapulmonar (LEP): afectación extrapulmonar por *Legionella* (endocarditis, infección de herida quirúrgica, compromiso articular, etc.).

2) Criterio epidemiológico:

- Fuente sospechosa de *Legionella*: vínculo epidemiológico con un entorno en el que está asociado con al menos un caso confirmado.
- Fuente confirmada de *Legionella*: vínculo epidemiológico con un entorno con resultado de muestreo ambiental positivo.

3) Criterio de Laboratorio:

Evidencia de laboratorio confirmatorio:

- Aislamiento de cualquier especie o serogrupo de *Legionella* en muestras respiratorias de vía aérea inferior, tejido pulmonar, líquido pleural u otras muestras clínicas de sitios normalmente estériles.
- Detección de material genético de *Legionella spp.* en muestras respiratorias de vía aérea inferior, tejido pulmonar u otras muestras normalmente estériles por un método de PCR validado³⁵.

³⁴ Los objetivos de vigilancia, las definiciones de caso, las definiciones de brote y la información completa para la adecuada vigilancia y notificación de casos se encuentran detallados en el documento *Legionelosis: recomendaciones para la prevención, la vigilancia epidemiológica y el control de casos y brotes*: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-04/20230404_legionelosis-recomendaciones.pdf

³⁵ Los métodos comerciales deben acreditar validación por parte del fabricante y los métodos *in house* deben acreditar protocolos de validación *in house*.

- Detección de material genético de *Legionella spp.* en muestras respiratorias de vía aérea inferior, tejido pulmonar u otras muestras normalmente estériles por métodos de PCR comerciales validados.
- Detección de antígeno *L. pneumophila* serogrupo 1 en orina por inmunocromatografía o ELISA.
- Seroconversión (aumento del título de anticuerpos en cuatro veces o más) frente a *L. pneumophila* serogrupo 1 por inmunofluorescencia indirecta, en sueros tomados en la fase aguda y convaleciente de la enfermedad.

Evidencia de laboratorio de apoyo:

- Aumento de cuatro veces o más en el título de anticuerpos contra especies o serogrupos específicos de *Legionella* distintos de *L. pneumophila* serogrupo 1.
- Aumento de cuatro veces o más en el título de anticuerpos contra múltiples especies de *Legionella* usando un pool de antígenos.
- Detección de material genético de *Legionella spp.* en muestras respiratorias de vía aérea inferior, tejido pulmonar u otras muestras normalmente estériles por métodos de PCR no validados.

De acuerdo entonces a estos tres criterios, los casos se clasificarán según su forma clínica (enfermedad del legionario, fiebre pontiac o legionelosis extra pulmonar) y según la evidencia de laboratorio o su asociación con una fuente común con un caso confirmado o un brote de legionelosis en:

Caso confirmado: caso clínicamente compatible con EL, FP o LEP y evidencia de laboratorio confirmatoria para *Legionella*.

Caso probable³⁶: caso clínicamente compatible con EL, FP o LEP y un vínculo epidemiológico³⁷ durante los 14 días anteriores al inicio de los síntomas para EL y de 3 días para LEP³⁸.

Caso sospechoso: caso clínicamente compatible con EL, FP o LEP con evidencia de laboratorio de apoyo (no confirmatorio) para *Legionella*³⁹.

Clasificación según el entorno probable de adquisición de la infección

Los casos se clasificarán según la fuente de exposición más probable, de acuerdo al resultado de la investigación epidemiológica respecto a los lugares visitados en los 2-14 días previos al inicio de los síntomas, en⁴⁰:

³⁶ La clasificación de casos como probable posibilita la identificación de aquellas personas con presentación clínica compatible con *Legionella* y vínculo epidemiológico en los que no haya posibilidad de realizar estudios por laboratorio. Se considera sólo en contexto de la investigación de brote y en relación a la potencial fuente de exposición.

³⁷ Exposición a la misma fuente que un caso confirmado o donde está ocurriendo un brote.

³⁸ En todos los casos probables se debe procurar el estudio etiológico ya que el criterio clínico no permite diferenciar las neumonías por *Legionella* de neumonías causadas por otros agentes etiológicos.

³⁹ En contextos de brote, los casos sospechosos con vínculos epidemiológicos con entornos con casos confirmados o fuente ambiental confirmada serán considerados casos por nexo epidemiológico.

⁴⁰ Los pacientes pueden presentar antecedente de viaje y exposición a instituciones de salud en los 14 días previos al inicio del cuadro, en consecuencia, las categorías de exposición no son mutuamente excluyentes.

a. Caso asociado a cuidados de la salud o institución cerrada^{41,42}:

- i. Legionelosis asociada a cuidados de la salud o institución cerrada *presuntiva*: caso con ≥ 10 días de estancia continua en un centro de salud o institución cerrada durante los 14 días previos al inicio de los síntomas.
- ii. Legionelosis asociada a cuidados de la salud o institución cerrada *posible*: caso que acudió en algún momento de los 14 días anteriores a la fecha de inicio de los síntomas a uno o más centros de salud, pero no cumple criterio para caso presuntivo.

b. Caso asociado a viajes:

- i. Un caso de enfermedad del legionario en una persona con antecedentes de viaje y de permanecer una o más noches, fuera de la residencia habitual en alojamientos como hoteles, apartamentos de vacaciones, campings, cruceros, etc. (excluyendo entornos de atención médica) en los 14 días anteriores al inicio de la enfermedad.

c. Caso comunitario:

- i. Cuando no es posible establecer un nexo con entornos sanitarios o viajes.

- **Ficha de notificación:**

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/legionelosis-ficha-de-derivacion.pdf>

- Se solicita que en caso de brotes se complemente con el **formulario de notificación de brotes** correspondiente.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO⁴³

Es importante considerar legionelosis en el diagnóstico diferencial de cuadros de neumonías severas, principalmente en los pacientes ingresados a unidad de cuidados intensivos, aquellos con una neumonía que no responde a la terapia con antibióticos beta-lactámicos, y pacientes con factores de riesgo específicos, por ejemplo, viajes recientes: dentro de los 10 días posteriores al inicio de los síntomas, ciertas ocupaciones en las que puede haber ocurrido exposición a *Legionella*, reparación reciente de sistemas de plomería, inmunosupresión y enfermedad subyacente grave.

Biomarcadores: Si bien no existen marcadores patognomónicos, la hipofosfatemia y la hiponatremia son marcadores sugestivos de neumonía por *L. pneumophila*.

⁴¹ La clasificación de los casos asociados a instituciones de salud como presuntivos y posibles refiere tanto a casos sospechosos como confirmados. A los fines de la vigilancia e investigación epidemiológica se debe considerar que los casos de enfermedad del legionario asociados al cuidado de la salud *posibles*, ya sea ambulatorios u hospitalizados, podrían haber estado expuestos a otras fuentes de exposición (en adición al centro de salud) durante los 14 días anteriores a la fecha de inicio de los síntomas, lo cual debe valorarse en la entrevista epidemiológica.

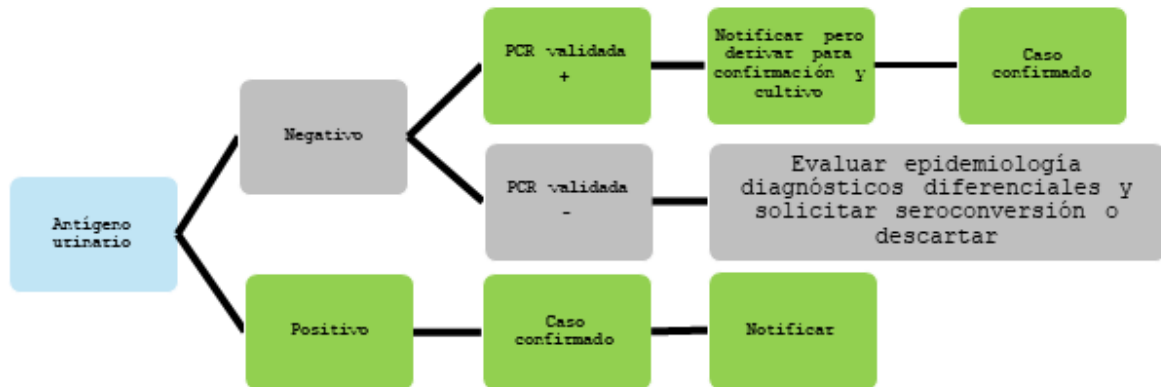
⁴² Considera a las categorías de establecimientos de salud según tipología y asistencia brindada definidas en el Registro Federal de establecimientos (REFES). Incluye establecimientos de salud con atención general y/o especializada, con y sin internación. Disponible en: https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050101/refes_tipologias.jsp

⁴³ La información completa para el diagnóstico por laboratorio, tipo de muestras y pruebas de laboratorio se encuentran disponibles en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/legionelosis_instructivo.pdf

Algoritmo diagnóstico

A continuación se presenta un algoritmo diagnóstico que orientará la toma de muestra para los casos en que se sospeche legionelosis⁴⁴.

Figura 1. Algoritmo diagnóstico de legionelosis a partir de muestra de orina.



Tipos de muestras aptas para diagnóstico

Orina: recolectada en un contenedor estéril, sin el agregado de preservantes. Se requiere un volumen mínimo de 5 ml. La muestra debe ser transportada al laboratorio inmediatamente a temperatura ambiente. En casos de demora del envío, la muestra debe ser refrigerada pero nunca congelada.

Muestra respiratoria baja: aspirado traqueal, minibal, BAL, líquido pleural, biopsia de pulmón (en caso de necropsia), esputo obtenido por expectoración o por aspiración. Volumen mínimo 600 microlitros. Transporte a 4°C en forma inmediata. *Legionella spp.* no sobrevive más de 3-4 días en los especímenes clínicos. Si no se procesa inmediatamente, congelar.

Las muestras respiratorias bajas son utilizadas para diagnóstico molecular con paneles sindrómicos para neumonía. En caso de resultado positivo, es importante derivar la muestra al laboratorio Nacional de Referencia (LNR) para su cultivo y análisis genómico. Los paneles moleculares sindrómicos muestran alta especificidad y sensibilidad, siempre que la muestra respiratoria cumpla con los criterios de calidad y el paciente no haya recibido más de 4 días de terapia antibiótica que incluya quinolonas o macrólidos. En estos casos, se puede obtener un resultado negativo debido a que las concentraciones de ADN de *Legionella* se encuentran por debajo del límite de detección del método.

Muestras NO aptas: hisopado nasofaríngeo NO es una muestra apta. La sangre NO es una muestra apta. Un único suero NO es una muestra apta.

⁴⁴ Este algoritmo aplica a los casos para los que se sospeche legionelosis. Las muestras respiratorias bajas serán en algunos casos el inicio de la investigación para casos de neumonía a los que se les aplica un panel sindrómico molecular, encontrándose la reactividad para legionelosis como hallazgo.

Metodologías diagnósticas

Orina⁴⁵: detección de antígeno urinario para *L. pneumophila* serogrupo 1 (inmunocromatografía).

Muestra respiratoria: detección de ADN por PCR validada, cultivo.

- **Ficha de derivación:**

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/legionelosis-ficha-de-derivacion.pdf>

TRATAMIENTO

Ver Anexo II del documento [Legionelosis: recomendaciones para la prevención, la vigilancia epidemiológica y el control de casos y brotes](#).

MEDIDAS DE CONTROL⁴⁶

La notificación oportuna de casos y/o brotes de enfermedad y la investigación epidemiológica permiten la identificación de la/s fuentes de exposición y la adopción de medidas de prevención y control adecuadas.

Medidas ante la ocurrencia de un brote asociado al cuidado de la salud

La investigación de los brotes de legionelosis debe orientarse a la identificación de la fuente de infección ambiental. El objetivo es la interrupción de la emisión de *Legionella* y evitar nuevos casos.

Se sugiere componer un comité de crisis con representación de los componentes epidemiológico, ambiental y clínico para evaluar la situación y gestionar las acciones de control ante casos o brotes.

La investigación debe comenzar lo más rápidamente posible, y debe incluir el estudio epidemiológico, ambiental y microbiológico. Ante la detección de casos de legionelosis o la sospecha de brote por *Legionella* en una sala de internación o de cuidados intensivos, hay medidas que se recomiendan tomar sin esperar los resultados de laboratorio que confirmaran el caso.

Los resultados del estudio descriptivo inicial guiarán el estudio ambiental, que incluirá necesariamente la inspección de las instalaciones y la toma de muestras de agua para detección de *Legionella*.

Es fundamental que se notifique a todo el personal sobre las medidas implementadas para garantizar su cumplimiento, además de definir pautas de alarma para la pronta notificación de síntomas en el personal de salud. Estas medidas pueden agruparse según se apliquen a control de infecciones, a los pacientes o al ambiente:

1. Control de infecciones (PCI). Medidas generales:

- Fortalecer precauciones estándares para la atención de los pacientes.

⁴⁵ Importante: un resultado negativo no descarta la enfermedad.

⁴⁶ Para información completa sobre Medidas de Control ver el documento *Legionelosis: recomendaciones para la prevención, la vigilancia epidemiológica y el control de casos y brotes*, pág. 13 y 24 disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-04/20230404_legionelosis-recomendaciones.pdf

- Utilizar respirador N95 en caso de realizar maniobras generadoras de aerosoles.
- Limitar o restringir el ingreso del personal a la unidad del paciente mientras se estén realizando procedimientos en la vía aérea.
- Continuar con el protocolo habitual de limpieza y desinfección de la unidad del paciente, realizando supervisión al proceso.
- Garantizar el suministro de agua segura, por lo que se recomienda que para todo uso se utilice agua embotellada mineral, evitando el consumo de agua potable de dispensadores o tuberías. Para los pacientes trasplantados usar agua estéril para la higiene bucal, beber y enjuagar los tubos de alimentación.

2. Pacientes:

- Toma de muestras al caso en estudio y remisión a laboratorio para diagnóstico y confirmación del caso (ver Anexo I)⁴⁷.
- Tratamiento empírico inicial del caso (ver Anexo II)²¹.
- Suspender el ingreso de nuevos pacientes en el área afectada y si la condición clínica de los pacientes lo permite, deben ser trasladados hasta tanto se realicen las medidas de descontaminación que correspondan.
- La decisión de trasladar o no a un paciente debe tomarse en función del análisis individual de cada caso clínico, y deberá ponderarse si el riesgo del traslado es superior al riesgo del contagio. - Identificación de todos los posibles casos teniendo en cuenta la definición del caso del brote (con una extensión de búsqueda de al menos dos períodos máximos de incubación desde la FIS del caso más temprano identificado).
- Seguimiento clínico de pacientes y de personas expuestas (durante el período de incubación desde la exposición).
- Búsqueda de casos de neumonías sin diagnóstico etiológico en forma retrospectiva hasta 12 meses previos al caso índice para determinar la magnitud del brote.

3. Ambiente:

- No usar agua de los grifos ni dispensadores en las habitaciones de los pacientes. Restringir el uso de las duchas y evitar la utilización de bañeras de terapia.
- El tratamiento de equipos de terapia respiratoria, laringoscopios y humidificadores, deberá garantizar la esterilización total de los mismos y la utilización de agua estéril en su funcionamiento. Se deberán descartar todos aquellos insumos en los que no se pueda garantizar un correcto proceso de lavado y desinfección y/o esterilización.
- Siempre que sea posible antes de la desinfección se deben tomar las muestras ambientales (ver Anexo III)².
- Realizar el relevamiento de las instalaciones identificando dispositivos que generen aerosoles y su ubicación en el lugar (canillas, dispositivos para terapia respiratoria, etc.). Esta tarea estará a cargo

⁴⁷ Anexo disponible en *Legionelosis: recomendaciones para la prevención, la vigilancia epidemiológica y el control de casos y brotes vigentes*: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-04/20230404_legionelosis-recomendaciones.pdf

de personal idóneo, quien deberá emitir un informe escrito del relevamiento en las primeras 24 hs. desde la notificación de la sospecha de brote.

- Proceder a la limpieza y desinfección ambiental según las características de las fuentes potenciales de contaminación (ver Anexo IV de las Recomendaciones antes mencionadas).

Medidas ante la ocurrencia de un brote comunitario o relacionado a actividades recreativas

Ante la detección de un caso de legionelosis asociado a viaje:

Como se mencionó en la sección Estudio de brotes, ante la detección de un caso asociado a viaje se debe iniciar una investigación epidemiológica para detección de posibles casos adicionales en posibles expuestos a la misma fuente (hotel, crucero, etc.) en los 28 días previos. Adicionalmente se debe verificar si existen registros de casos confirmados de legionelosis asociados a dicha locación en el último año.

Se reforzarán las medidas de prevención y cuidado del agua.

Ante dos o más casos de legionelosis en personas en un mismo establecimiento/alojamiento durante el periodo de un año:

Se debe investigar la exposición de los casos a una fuente común y examinar los registros de mantenimiento de sistemas de suministro de agua que sean posible fuente de infección. Se llevará a cabo la investigación ambiental con la consecuente toma de muestras ambientales⁴⁸. Se podría considerar la finalización del brote después de realizar todas medidas de desinfección y luego de 28 días sin nuevos casos. Las medidas correctivas por lo general requieren la desinfección del sistema de abastecimiento de agua implicado por medio de biocidas⁴⁹.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN⁵⁰

La *Legionella* puede multiplicarse si el agua no es tratada de manera adecuada o si los sistemas de agua no son mantenidos adecuadamente.

Gestión de agua segura

Para brindar una atención con agua segura, es fundamental trabajar en la prevención de reservorios de microorganismos que se caractericen por la supervivencia o proliferación en espacios húmedos.

Se deberá conformar un equipo multidisciplinario que trabaje en el diseño, desarrollo y gestión de un plan de gestión de agua. Entre sus responsabilidades principales están la definición de las actividades y la realización de un plan de acción con roles definidos.

Mínimamente, el plan de agua segura deberá contener las medidas preventivas orientadas al monitoreo mensual de:

- Temperatura del agua en los grifos, la misma debe ser superior a 60°C.

⁴⁸ Muestras de agua e hisopados, según la identificación de sitios críticos de acuerdo al análisis ambiental.

⁴⁹ Ver resolución 1702/2007 "Directrices sanitarias para natatorios y establecimientos spa", disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1702-2007-135789>

⁵⁰ Para información completa sobre Medidas de Prevención ver el documento *Legionelosis: recomendaciones para la prevención, la vigilancia epidemiológica y el control de casos y brotes*, pág. 16 disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-04/20230404_legionelosis-recomendaciones.pdf

- Concentración de cloro (tanques y grifos). La concentración de cloro residual libre debe ser de al menos 0,5 mg/l.
- Inspección ocular de tuberías en búsqueda de desperfectos o deterioros, los cuales se deben reparar durante un período no mayor a 30 días.
- En caso de cierre de áreas, se deberá realizar semanalmente la apertura de los grifos por al menos 5 minutos para evitar estancamiento de agua. En caso de no poder realizar esta acción, ante la reapertura del área se deberá realizar una descontaminación preventiva de las tuberías mediante cloración o tratamiento térmico.
- La limpieza de los tanques de agua se deberá realizar de acuerdo a la normativa vigente de la jurisdicción.

Curso gratuito y virtual de Prevención de Legionella en Instituciones de Salud del SADI-CDC-INEI-INE

+ **Contribución esperada:** el curso tiene como propósito brindar capacitación al Equipo de Salud para que incorpore herramientas para el desarrollo, gestión e implementación de un plan de agua segura, enfocado a minimizar los riesgos potenciales de eventos de legionelosis intrahospitalaria en los establecimientos de salud.

+ **Destinatarios:** integrantes del equipo de salud que deseen adquirir conocimientos sobre la prevención, detección y control de la legionelosis intrahospitalaria.

+ **Objetivos:** Adquirir herramientas para prevenir, identificar y controlar la presencia de *Legionella* en centros de salud. Desarrollar la capacidad para el diseño de un plan de gestión de agua en un centro de salud.

Programa: <https://ine.gov.ar/images/docs/Programas/2024/2024-LEGIONELLA.pdf>

Inscripción: <https://ine.gov.ar/index.php/departamentos/docencia#cursos>

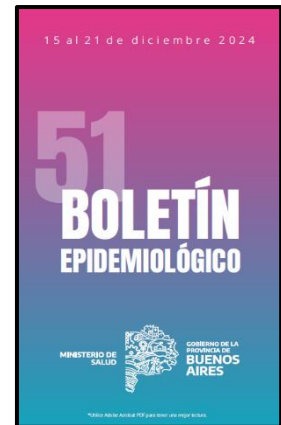
**DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES**

BUENOS AIRES: ARBOVIROSIS

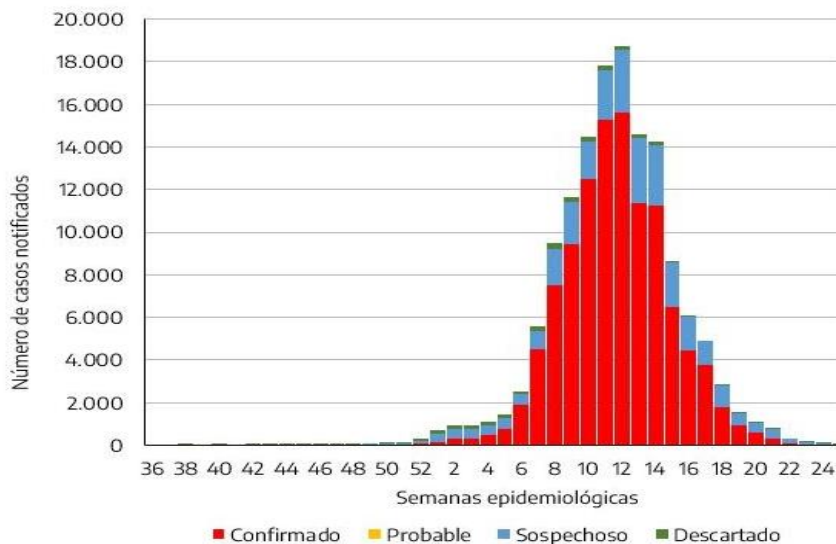
Entre el 23 de junio y el 21 de diciembre de 2024 (SE 26 a 51) se notificaron 2.504 casos compatibles con dengue, de los cuales 17 fueron confirmados por laboratorio, 95 son probables, 1.140 en estudio y 1.252 con muestras de laboratorio negativas.

Casos confirmados según clasificación epidemiológica. Desde el 23/6 al 21/12 (período inter epidémico)

RS	Municipio	Autóctono	Importado	En investigación	Serotipo	Casos en los últimos 15 días	Acciones de control registradas
III	Junín		1		S/D	NO	SI
V	Malvinas Argentinas		1		S/D	NO	S/D
VI	Quilmes		1		S/D	NO	S/D
	Lanús	1			DEN-1	NO	SI
VII	Morón	1		1	S/D	SI	SI
	Hurlingham			2	S/D	SI	SI
VIII	General Pueyrredón		1	1	S/D	SI	S/D
IX	Rauch		1		DEN-3	NO	SI
XI	La Plata		1		S/D	NO	S/D
XII	La Matanza	1	2	2	DEN-1 y DEN-2	SI	SI
Total		3	8	6			



Número de casos de dengue según por Semana epidemiológica temporada 2023-2024



Fuente: SNVS 2.0. 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

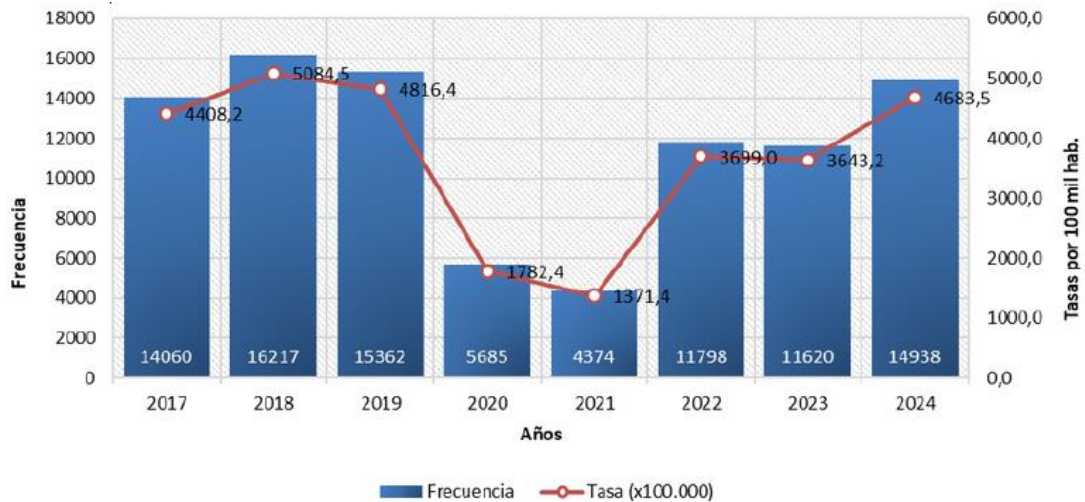
LA PAMPA: ENFERMEDADES GASTROENTÉRICAS

El número de notificaciones de diarreas en los siete años previos (2017-2023) muestra que el año con mayor número de casos entre SE1 a SE50 fue 2018. En 2020-2021 se registraron valores inusualmente bajos. Para los años 2022 y 2023 se registra un aumento de las notificaciones de diarrea sin superar al 2018. La frecuencia de notificación acumulada de 2024 es un 27% mayor a la frecuencia del año anterior.

En las últimas 2 semanas se estudiaron 18 coprocultivos, con 3 casos positivos para agentes bacterianos: 1 caso confirmado de *E. coli* diarreigénica, 1 caso de *Campylobacter* y 1 caso de *Shigella flexneri*.



Casos y Tasas (x100.000 hab.) de diarrea aguda. Periodo 2017-2024 hasta SE50. La Pampa.



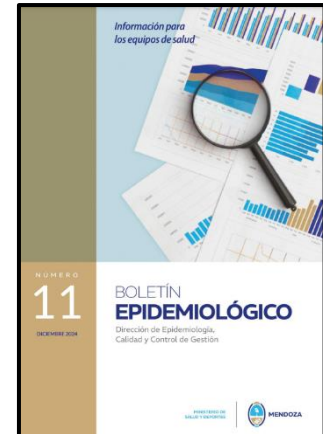
Fuente: Elaboración propia del Área de vigilancia de la Dirección General de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS.

Para más información:

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

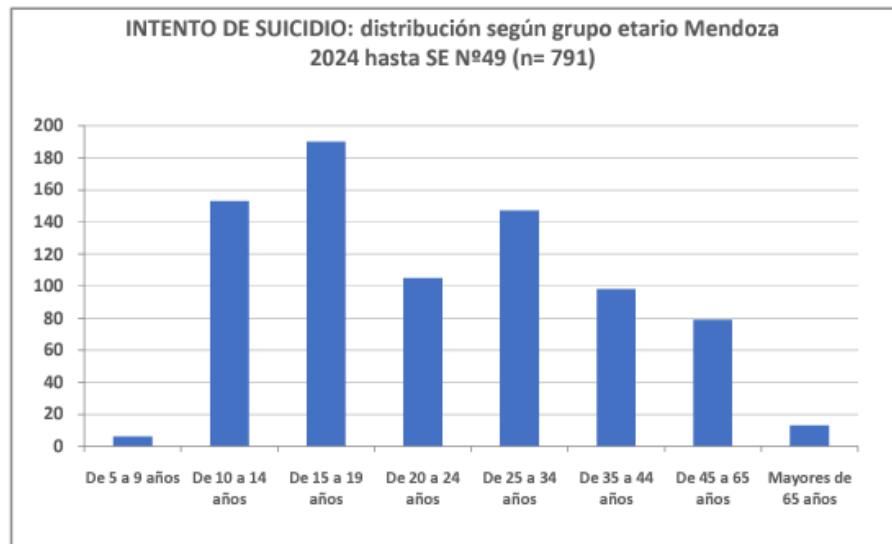
MENDOZA: INTENTOS DE SUICIDIO

En relación a las edades, se observan casos notificados a partir del grupo etario de “5 a 9 años” y hasta “más de 65 años”. En la distribución porcentual, el 75% de los casos se encuentra comprendido entre los 10 y 34 años, siendo el grupo de “15 a 19 años” el que presenta el valor más alto, que corresponde al 24% de los casos.



Intento de suicidio: distribución según grupo etario – Mendoza- Año 2024 hasta SE49.

Grupos etarios	Casos	%
De 5 a 9 años	6	1%
De 10 a 14 años	153	19%
De 15 a 19 años	190	24%
De 20 a 24 años	105	13%
De 25 a 34 años	147	19%
De 35 a 44 años	98	12%
De 45 a 65 años	79	10%
Mayores de 65 años	13	2%



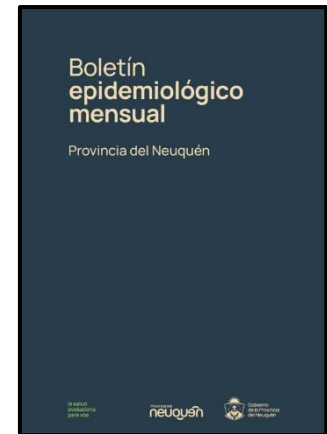
FUENTE: SNVS-SISA 2.0- Dpto de Epidemiología-Dirección de Epidemiología, Calidad y Control de Gestión

Para más información:

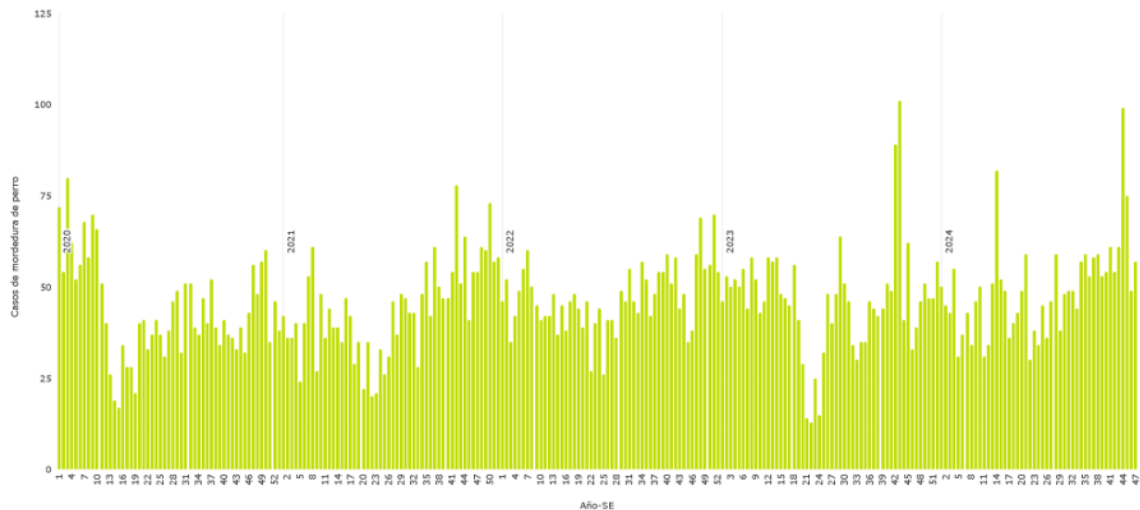
<https://www.mendoza.gov.ar/salud/boletines-epidemiologicos/>

NEUQUÉN: LESIONES POR MORDEDURA DE PERRO

Lesiones por mordedura de perro			
280			
Variación 60,0%			
Perro conocido en la vía pública	Perro desconocido en la vía pública	En la vivienda	Sin especificar
18	20	30	212



Distribución temporal de casos de mordeduras de perro por semana epidemiológica Desde SE 1/2020 hasta SE 47/2024. Provincia del Neuquén (n = 8380).



Para más información:

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

TIERRA DEL FUEGO: DIARREAS AGUDAS

Hasta la semana epidemiológica 52 en 2024 se notificaron 9.148 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo periodo del año 2023, se observa un aumento del 35,6 % de los casos registrados a nivel provincial.



Diarreas Agrupadas, años 2023 y 2024.

	SE 52/ Año 2023	SE 52 /Año 2024	% Variación interanual
Río Grande	3078	3601	↑ 17,0
Tolhuin	405	317	↓ -21,7
Ushuaia	3261	5230	↑ 60,4
Tierra del Fuego	6744	9148	↑ 35,6

A nivel provincial, la incidencia se ubica en la zona de seguridad, con un total de 9.148 casos acumulados.

-En Ushuaia, la incidencia se ubica en zona de seguridad, se mantiene la tendencia luego del brote ocurrido entre (SE) 31 y (SE) 36, alcanzando un total de 5.230 casos.

-En Río Grande, la incidencia se ubica en zona de seguridad, con un total de 3.601 casos acumulados.

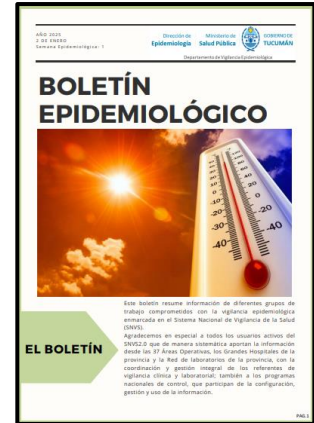
-En Tolhuin la incidencia se ubica en zona de alerta, con un total de 317 casos acumulados.

Para más información:

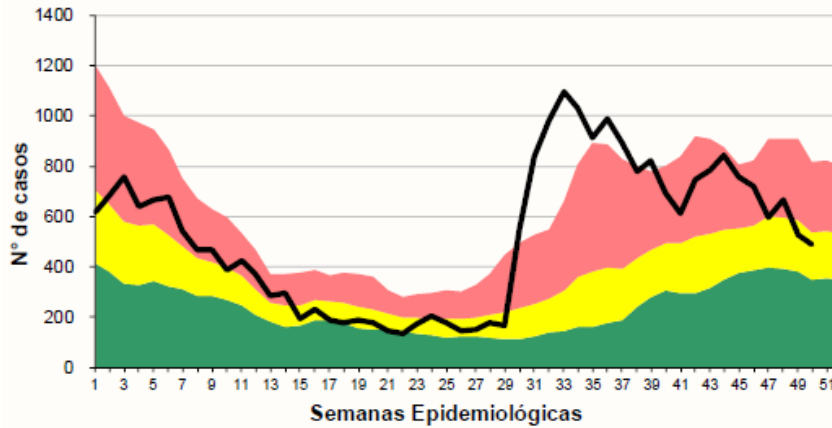
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

TUCUMÁN: DIARREAS

En Las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los problemas más serios en salud pública, constituyendo una de las principales causas que podría evolucionar en un desenlace fatal en niños menores de 5 años. En la semana epidemiológica 51 se notificaron 520 casos de diarreas en menores de 5 años.

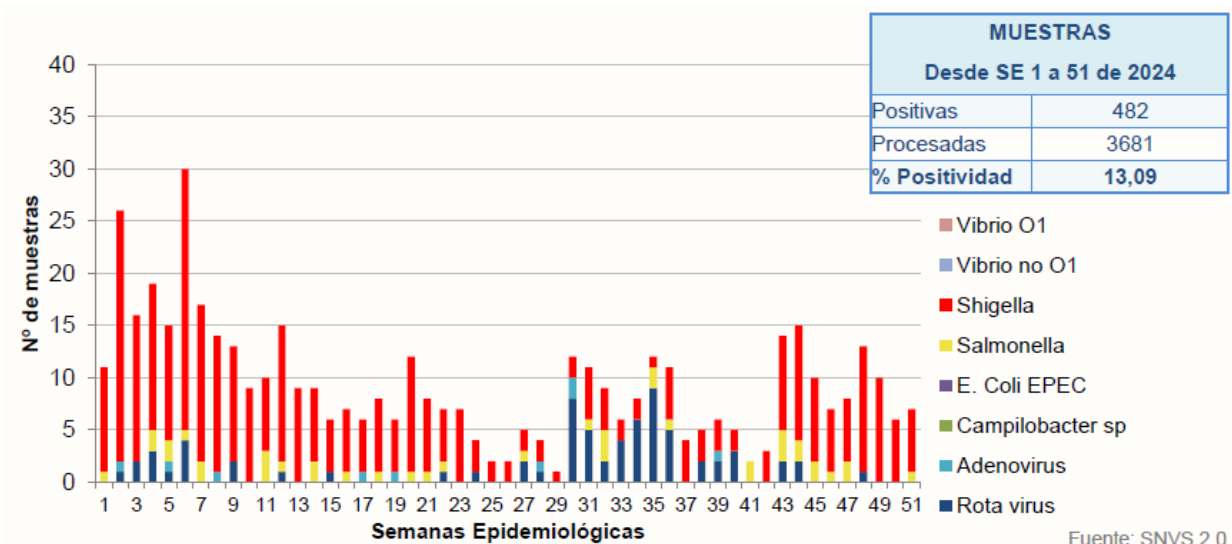


Diarreas en menores de 5 años. Provincia de Tucumán



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0. Provincia de Tucumán

Diarreas: Muestras positivas según etiología. Provincia de Tucumán. Desde SE 1 a 51 del 2024



Fuente: SNVS 2.0

Para más información: direpitucuman@gmail.com

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

CALENDARIO EPIDEMIOLÓGICO 2025

CALENDARIO
EPIDEMIOLÓGICO

2025

		D	L	M	M	J	V	S
Enero	1	29	30	31	1	2	3	4
	2	5	6	7	8	9	10	11
	3	12	13	14	15	16	17	18
	4	19	20	21	22	23	24	25
	5	26	27	28	29	30	31	1
Febrero	6	2	3	4	5	6	7	8
	7	9	10	11	12	13	14	15
	8	16	17	18	19	20	21	22
	9	23	24	25	26	27	28	1
Marzo	10	2	3	4	5	6	7	8
	11	9	10	11	12	13	14	15
	12	16	17	18	19	20	21	22
	13	23	24	25	26	27	28	29
Abril	14	30	31	1	2	3	4	5
	15	6	7	8	9	10	11	12
	16	13	14	15	16	17	18	19
	17	20	21	22	23	24	25	26
Mayo	18	27	28	29	30	1	2	3
	19	4	5	6	7	8	9	10
	20	11	12	13	14	15	16	17
	21	18	19	20	21	22	23	24
Junio	22	25	26	27	28	29	30	31
	23	1	2	3	4	5	6	7
	24	8	9	10	11	12	13	14
	25	15	16	17	18	19	20	21
	26	22	23	24	25	26	27	28

		D	L	M	M	J	V	S
Julio	27	29	30	1	2	3	4	5
	28	6	7	8	9	10	11	12
	29	13	14	15	16	17	18	19
	30	20	21	22	23	24	25	26
	31	27	28	29	30	31	1	2
Agosto	32	3	4	5	6	7	8	9
	33	10	11	12	13	14	15	16
	34	17	18	19	20	21	22	23
	35	24	25	26	27	28	29	30
Septiembre	36	31	1	2	3	4	5	6
	37	7	8	9	10	11	12	13
	38	14	15	16	17	18	19	20
	39	21	22	23	24	25	26	27
Octubre	40	28	29	30	1	2	3	4
	41	5	6	7	8	9	10	11
	42	12	13	14	15	16	17	18
	43	19	20	21	22	23	24	25
Noviembre	44	26	27	28	29	30	31	1
	45	2	3	4	5	6	7	8
	46	9	10	11	12	13	14	15
	47	16	17	18	19	20	21	22
Diciembre	48	23	24	25	26	27	28	29
	49	30	1	2	3	4	5	6
	50	7	8	9	10	11	12	13
	51	14	15	16	17	18	19	20
	52	21	22	23	24	25	26	27
	1	28	29	30	31	1	2	3

Dirección de
Epidemiología

Subsecretaría de Vigilancia
Epidemiológica, Información
y Estadísticas de Salud



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

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"
DICIEMBRE	Dengue	Evento	Clasificación manual de caso	Se modificó la etiqueta de la opción "Caso sospechoso con antecedente de vacunación menor a 21 días" por "Caso sospechoso con antecedente de vacunación menor o igual a 30 días"
	Dengue durante la gestación			Se quitó la opción "Caso de dengue en brote con laboratorio +"
DICIEMBRE	Fiebre Q	Clínica	Signo/Síntoma	Se reemplazaron las opciones "Caso confirmado por nexos epidemiológico importado" y "Caso confirmado por nexos epidemiológico autóctono" por "Caso probable por nexos epidemiológico"
			Diagnóstico referido o constatado	Se quitó la opción "Endocarditis"
		Laboratorio	Determinaciones/ Técnicas	Se adicionaron las opciones: "Afectación respiratoria", "Fatiga", "Leucopenia", "Elevación de transaminasas" y "Trombocitopenia"
				Se adicionaron las opciones: "Neumonía", "Encefalitis", "Meningitis", "Endocarditis" y "Osteomielitis"
				Se adicionó determinación "Detección de anticuerpos IgG de Fase 1" asociada a la técnica "Inmunofluorescencia indirecta (IFI)"
				Se adicionó determinación "Detección de anticuerpos IgG de Fase 2" asociada a la técnica "Inmunofluorescencia indirecta (IFI)"
				Se quitó determinación "Detección y semicuantificación anticuerpos específicos IgM IgG" asociada a la técnica

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del Evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
				"Inmunofluorescencia indirecta (IFI)"
			Resultados	Se adicionaron las opciones: "No reactivo", "No reactivo, título menor a 1/16 con antígeno de Fase I", "Reactivo" y "Reactivo, título mayor o igual a 1/16 con antígeno de Fase I"
DICIEMBRE	Paracidioidomicosis	Laboratorio	Muestras	Se adicionó la opción "Biopsia de boca"

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](#)